



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
31 de enero de 2011  
Español  
Original: inglés

---

### Comisión de Población y Desarrollo

#### 44° período de sesiones

11 a 15 de abril de 2011

Tema 3 del programa provisional\*

#### Medidas para poner en práctica las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

### Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la fecundidad, la salud reproductiva y el desarrollo

#### Informe del Secretario General

#### *Resumen*

El presente informe sobre el seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la fecundidad, la salud reproductiva y el desarrollo, se ha elaborado en respuesta al programa de trabajo plurianual centrado en temas determinados por orden de prioridad de la Comisión de Población y Desarrollo, que el Consejo Económico y Social hizo suyo en su decisión 2009/239. En virtud de su decisión 2008/101, la Comisión decidió que el tema especial para su 44° período de sesiones, que se celebraría en 2011, sería la fecundidad, la salud reproductiva y el desarrollo.

En el informe se examinan las interrelaciones entre la fecundidad, la salud sexual y reproductiva, el desarrollo y los derechos humanos. Se examina asimismo la labor en curso en lo que respecta a progresos en materia de compromisos a diferentes niveles, asociaciones y experiencias y lecciones de diferentes ámbitos programáticos. Al abordar las tareas futuras, se ponen de relieve las medidas de demostrada eficacia y las acciones requeridas para acelerar el progreso y cumplir la promesa de acceso universal a la salud sexual y reproductiva y llegar a los marginados.

---

\* E/CN.9/2011/1.



## Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	3
II. Fecundidad, salud sexual y reproductiva, desarrollo y derechos humanos.....	4
III. La salud sexual y reproductiva y el sistema de atención de la salud.....	6
IV. La promesa incumplida de acceso universal: el desafío de incluir a los excluidos.....	7
V. Labor en curso: compromisos y asociaciones.....	11
VI. Labor en curso: programas sobre el terreno.....	14
VII. Obstáculos para la ejecución de los programas.....	17
VIII. Requisitos para acelerar el progreso.....	19

## I. Introducción

1. El Programa de Acción<sup>1</sup>, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, creó conciencia respecto de la importancia de los derechos humanos, la igualdad de los géneros y un concepto más amplio de salud sexual y reproductiva, sexualidad y paternidad para el programa de población y desarrollo. En el período de 16 años durante el cual se ha ejecutado el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se han registrado múltiples éxitos y adelantos. Sin embargo, quedan lagunas, que deben recibir mayor atención, acción y financiación internacionales.

2. La ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo está íntimamente vinculada con la acción mundial para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sostenible. Los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, y la igualdad entre los géneros determinan la dinámica de la población, fundamental para el desarrollo y la sostenibilidad. En respuesta a la petición de la Comisión de Población y Desarrollo, el presente informe examina los progresos en la ejecución del Programa de Acción en los ámbitos de la fecundidad, la salud sexual y reproductiva y el desarrollo. El informe está dividido en ocho secciones. La sección II comienza examinando la interrelación entre la fecundidad, la salud sexual y reproductiva, el desarrollo, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y los derechos humanos. En la sección III se examina un conjunto esencial de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con el sistema de atención de la salud. En la sección IV se abordan los progresos en la consecución de la meta de acceso universal a la salud reproductiva e inclusión de los marginados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No se trata solamente de un imperativo de derechos humanos: reducir las disparidades e incluir a los excluidos determinará en gran medida el grado en que se alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el relacionado con el alivio de la pobreza. También es fundamental para determinar si la población mundial podrá estabilizarse antes de lo previsto, lo cual tendría un impacto enorme en la sostenibilidad ambiental y en otros problemas.

3. En las secciones V y VI se examinan a continuación los diferentes aspectos de la labor en curso en lo que respecta a los adelantos pertinentes en materia de compromisos a distintos niveles, asociaciones y experiencias en distintos ámbitos programáticos. En las secciones VII y VIII del informe se destacan los obstáculos para la ejecución y las acciones que aún se requieren. El compromiso político, la creación de capacidad y una financiación fiable y suficiente son elementos decisivos para acelerar el progreso.

4. Los encargados de las políticas y la financiación deben destinar los escasos recursos a los grupos pobres y marginados y, al mismo tiempo, abordar las causas de su vulnerabilidad. Estos grupos incluirán muy probablemente a los pobres, los adolescentes y los jóvenes, los migrantes y la población afectada por crisis humanitarias, los habitantes de zonas rurales, minorías étnicas y poblaciones indígenas. Los factores relacionados con el género afectan a todos estos grupos, y debería prestarse especial atención a las niñas y mujeres marginadas. En conclusión,

---

<sup>1</sup> *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 septiembre 1994*, (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución I, anexo.

el informe señala que la visión de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, reflejada en varias metas del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, destaca el valor de un enfoque integral para la atención primaria de la salud y para la planificación y priorización participativas y amplias en el plano nacional. Debe prestarse especial atención a los jóvenes, que representan una gran proporción de los marginados y que son fundamentales para producir los cambios positivos necesarios para lograr el acceso universal, estabilizar el crecimiento de la población mundial y acelerar el desarrollo económico.

## **II. Fecundidad, salud sexual y reproductiva, desarrollo y derechos humanos**

5. El Programa de Acción dimanante de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo colocaba a los derechos humanos, la equidad, la elección y la decisión individual en el centro de las políticas y programas de población y desarrollo. La planificación de la familia se integró en una definición más amplia de salud sexual y reproductiva que abarcaba también la atención de la salud de la madre y el recién nacido; la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones transmitidas sexualmente, incluido el VIH; la salud sexual y reproductiva del adolescente; la prevención del aborto y la gestión de las consecuencias del aborto<sup>2</sup>, la detección del cáncer; y el asesoramiento sobre infertilidad. El acceso a una educación sexual amplia es otro componente fundamental del Programa de Acción.

6. Al definir la salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias”, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo incluyó en este concepto la eliminación de la violencia basada en el género, las prácticas nocivas, la coerción o los malos tratos y la desigualdad entre los géneros. La salud sexual, íntimamente vinculada con la salud reproductiva, supone la capacidad de expresar la propia sexualidad sin riesgo de infecciones transmitidas sexualmente, incluido el VIH, embarazos no deseados, coerción, violencia, estigma y discriminación. La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de llevar una vida sexual informada, satisfactoria y sin riesgos.

7. Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, empoderar a las mujeres, los hombres y los jóvenes para que ejerzan su derecho a la salud sexual y reproductiva y reducir las desigualdades es fundamental para el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. Esto se reafirmó en 2007, cuando el acceso universal a la salud reproductiva se añadió como segunda meta del quinto objetivo de desarrollo del Milenio. La salud sexual y reproductiva forma ahora parte de la agenda política de los líderes mundiales y se tiene cada vez más en cuenta en las normas internacionales de derechos humanos.

8. La información y los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la planificación de la familia, pueden salvar la vida de muchas personas y mejorar la calidad de vida de muchas más promoviendo al mismo tiempo los derechos humanos, el alivio de la pobreza y el desarrollo. Tener menos hijos con mayores

---

<sup>2</sup> En el párrafo 8.25 del Programa de Acción se afirma que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas”.

intervalos entre los nacimientos está asociado con la reducción de la mortalidad de la madre y el niño y es menos gravoso para los hogares, la comunidad y los recursos ambientales. Permite también que las familias inviertan más en la educación, la alimentación y la salud de cada hijo y que los gobiernos utilicen las economías para otras prioridades sociales. Además, si se permite que las mujeres decidan si desean tener hijos y cuándo se les da la oportunidad de educarse y trabajar<sup>3</sup>.

9. La reducción de la fecundidad crea poderosos incentivos para el crecimiento económico. Por ejemplo, teniendo en cuenta el menor coeficiente de dependencia de las familias y la capacidad de las mujeres de buscar empleo, se estimó que la eliminación de la fecundidad no deseada aumentó los ingresos de los pobres entre el 10% y el 20% en Honduras y Colombia<sup>4</sup>. En condiciones de extrema pobreza, el efecto puede ser equivalente a aumentar el ingreso en un 20%, efecto similar o incluso mayor que el de las transferencias condicionales de efectivo.

10. Los posibles beneficios microeconómicos y macroeconómicos derivados de la reducción de la fecundidad y del coeficiente de dependencia y de la mayor concentración de la población en grupos de edad productivos cuando una numerosa cohorte de jóvenes alcance la edad adulta son muy reales. Más importante aún, estos beneficios se derivan del hecho de que las personas, especialmente las mujeres, ejercen sus derechos. Las políticas facilitadoras (como la creación de empleos, la educación y la formación profesional de quienes se incorporan por primera vez a la fuerza de trabajo) garantizan este dividendo demográfico. Las políticas necesarias para que el dividendo demográfico se traduzca en crecimiento económico acelerado consisten mayormente en inversiones en capital humano e infraestructura, y deben formar parte de toda buena política de desarrollo.

11. El uso de anticonceptivos seguros y fiables es uno de varios factores que determinan la fecundidad, al permitir que las mujeres y las parejas decidan el momento, el espaciamiento y el número de los embarazos. El acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, en particular a anticonceptivos seguros y fiables, ha aumentado desde el decenio de 1960 y varía en función de la región y las características socioeconómicas de las mujeres y los hogares. Por consiguiente, a partir del decenio de 1960 se observó una drástica reducción de la fecundidad en gran parte del mundo, seguida de reducciones más graduales a partir de 1995. Los niveles de fecundidad varían según las regiones y las características de las mujeres y los hogares.

12. La reducción de la fecundidad contribuye a retardar el crecimiento de la población, pero según las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas en su variante media, incluso con una reducción de la fecundidad, el crecimiento continuará, al menos, hasta 2050<sup>5</sup>. La mayor parte del crecimiento tendrá lugar en el mundo en desarrollo, como resultado de los efectos combinados del gran número de mujeres en edad reproductiva debido a la fecundidad del pasado (ímpetu

---

<sup>3</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Sexual and Reproductive Health for All: reducing poverty, advancing development and protecting human rights* (Nueva York, UNFPA, 2010).

<sup>4</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Population and Poverty Linkages: Impacts of population dynamics, reproductive health and gender on poverty*. (Nueva York, UNFPA (de próxima publicación)).

<sup>5</sup> *World Population Prospects: The 2008 Revision* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.10.XIII.2).

demográfico), la reducción de la mortalidad y la persistente alta tasa de fecundidad en algunas partes del mundo. El ímpetu demográfico será el factor más determinante, seguido de la reducción de la mortalidad y la alta tasa de fecundidad, dado que una mayor población en edad reproductiva aumenta el número de nacimientos, incluso si las parejas tienen sólo dos hijos. Sin embargo, existen importantes diferencias entre las regiones y los países; por ejemplo, la alta tasa de fecundidad sigue siendo el mayor determinante del crecimiento en el África Subsahariana.

13. Abordar el problema de la alta tasa fecundidad en los lugares donde existe sigue siendo una estrategia viable, siempre que las actividades de los programas se basen en los derechos humanos y den a las mujeres la oportunidad de participar en la decisión del número de hijos que desean y el espaciamiento entre los nacimientos. En otras situaciones donde el crecimiento de la población ya se debe casi exclusivamente al ímpetu demográfico, sería posible reducir el crecimiento de la población a corto plazo demorando el momento de la procreación. El aumento de la edad del matrimonio, fomentado por la mayor educación de las mujeres, la mayor igualdad de los géneros y la mayor participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, puede tener efectos importantes en las tasas de crecimiento de la población y puede promover el crecimiento económico.

14. La integración de la salud sexual y reproductiva, en particular la planificación de la familia, los programas para adolescentes y jóvenes y otros componentes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de lucha contra la pobreza, es una buena opción desde el punto de vista de la eficiencia y la eficacia. Las sinergias resultantes crean situaciones promisorias a mediano y largo plazo, que son fundamentales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la sostenibilidad ambiental, y las estrategias de adaptación y mitigación en relación con el cambio climático.

### **III. La salud sexual y reproductiva y el sistema de atención de la salud**

15. La prestación sostenible de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad requiere sistemas de atención de la salud operativos. La cobertura mínima de atención de la salud debe incluir servicios de salud sexual y reproductiva a todos los niveles, especialmente a nivel primario. Un conjunto básico de esos servicios incluye: planificación de la familia; atención de la madre y el recién nacido (incluida atención de calidad durante el parto y servicios obstétricos de urgencia); prevención del aborto y gestión de las consecuencias del aborto; prevención y servicios relacionados con las infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, incluido el acceso a preservativos para hombres y mujeres, asesoramiento y prueba voluntaria, prevención del contagio de la madre al niño y terapia antirretroviral, ya sea en las mismas instalaciones o mediante remisión<sup>6</sup>. Los servicios de salud sexual y reproductiva también deberían ser accesibles a las personas que viven con el VIH. Este conjunto de servicios debe tener en cuenta asimismo la violencia basada en el género y las prácticas nocivas.

<sup>6</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: Reproductive rights and sexual and reproductive health framework* (Nueva York, UNFPA, 2008).

16. La integración de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud es un elemento fundamental de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y tiene beneficios múltiples. La incorporación de las mujeres y los grupos vulnerables, incluidos los adolescentes, en el sistema de atención de la salud brinda la oportunidad de identificar a las personas en situaciones de riesgo, ofrecer información y servicios de planificación de la familia y prevención del VIH y diagnosticar y tratar otras infecciones transmitidas sexualmente. Productos de alta calidad y múltiples intervenciones de salud sexual y reproductiva deben estar siempre disponibles cuando se necesitan. La capacidad de satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva es, por tanto, un indicador de la cobertura y la accesibilidad de los servicios de salud en general. En lugares donde los servicios son limitados, deben crearse unidades y servicios móviles en el lugar de trabajo. La capacitación y la remuneración adecuadas de los trabajadores de la salud son fundamentales.

17. Dicho esto, el sector de la salud por sí solo no puede alcanzar el objetivo de salud sexual y reproductiva para todos. Las normas socioculturales relacionadas con la igualdad de los géneros, la sexualidad, la reproducción y las prácticas nocivas deben cuestionarse para abordar las causas profundas de la mala salud sexual y reproductiva y lograr la participación de las personas a nivel de la comunidad. Esto supone una importante colaboración intersectorial, la movilización de la comunidad, y estrategias innovadoras de los medios de información y comunicación para transmitir información y alentar normas sociales, conductuales y culturales que promuevan la igualdad de los géneros y la buena salud. Esto también significa impartir educación sexual a los jóvenes y ayudar a las mujeres y las niñas a desarrollar aptitudes de decisión y negociación. Además, es fundamental incorporar a los hombres y los niños en los programas e iniciativas que fomentan la equidad entre los géneros, la igualdad y el empoderamiento de las mujeres.

#### **IV. La promesa incumplida de acceso universal: el desafío de incluir a los excluidos**

18. En el decenio de 1960 empezaron a observarse marcadas reducciones de la fecundidad en gran parte del mundo, que fueron seguidas de reducciones más graduales a partir de 1995<sup>7</sup>. La fecundidad media en el mundo en desarrollo (incluida China) fue de 2,7 hijos por mujer entre 2005 y 2010. Se estima que en los países menos adelantados la fecundidad ha sido de 4,4 hijos por mujer en 2005-2010. La reducción de la fecundidad se ha ralentizado en los últimos años en muchas regiones. En el África Subsahariana, la tasa de fecundidad se ha mantenido muy alta, a un nivel de aproximadamente cinco hijos por mujer. Los países con más altos niveles de fecundidad, como por ejemplo Burundi, Malí, Níger y Sierra Leona, también tienen una alta tasa de mortalidad infantil e ingresos per cápita muy bajos<sup>8</sup>. Varios factores influyen en la fecundidad: la edad, la educación, el lugar de residencia, el estado civil, la riqueza del hogar, la edad en el momento de contraer matrimonio, la disponibilidad y el uso de anticonceptivos, entre otros.

<sup>7</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2009.

<sup>8</sup> Banco Mundial, "The World's Bank Reproductive Health Action Plan 2010-2015" (abril de 2010).

19. El uso de anticonceptivos aumentó drásticamente desde la introducción de anticonceptivos orales en el decenio de 1960. En 2007, el 63% de las mujeres de todo el mundo (de 15 a 49 años) casadas o en pareja usaban algún método anticonceptivo, frente al 55% en 1990<sup>9</sup>. La planificación de la familia ayudó a reducir la tasa de embarazos no deseados en un 20% en los países en desarrollo entre 1995 y 2008<sup>10</sup>. Además, si se satisficiera la necesidad actual de anticonceptivos modernos y servicios de atención de la salud de la madre y el recién nacido en los países en desarrollo, las muertes maternas se reducirían en más de dos tercios y las muertes de recién nacidos en más de la mitad. Con todo, la tasa de uso de anticonceptivos sigue siendo baja, especialmente en el África Subsahariana, donde fue del 12% en 1990, del 20% en 2000 y apenas por debajo del 22% en 2007<sup>9</sup>. Las disparidades han persistido o aumentado dentro de los países: por ejemplo, en toda el África Subsahariana, el uso de anticonceptivos entre las mujeres que viven en el 20% más rico de los hogares fue, en 2007, casi cuatro veces superior que el de las mujeres que viven en el 20% más pobre de los hogares<sup>11</sup>.

20. Un número estimado de 215 millones de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en pareja, tienen una necesidad no satisfecha de planificación de la familia; esto significa que usarían anticonceptivos para impedir o demorar el embarazo si tuvieran información adecuada y acceso a servicios. Si se incluyeran los datos sobre mujeres solteras, la cifra absoluta de mujeres con una necesidad no satisfecha sería significativamente mayor. Los datos demuestran que, a nivel mundial, la necesidad no satisfecha de planificación de la familia ha permanecido prácticamente constante, pues pasó del 13% en 1990 al 11% en 2007<sup>11</sup>. La necesidad no satisfecha siempre restringe el ejercicio de los derechos reproductivos. Sin embargo, la interpretación de las tendencias a lo largo del tiempo puede no ser tan simple, pues éstas reflejan también cambios en el suministro y la demanda de anticonceptivos y están asociadas con cambios de comportamiento. La necesidad no satisfecha varía enormemente entre las regiones y dentro de ellas. En los países menos adelantados, se estima que el 24% de las mujeres en edad reproductiva casadas o en pareja tienen una necesidad no satisfecha de planificación de la familia, en comparación con el 11% en las regiones en desarrollo en general<sup>12</sup>. En América Latina y el Caribe, el grado de necesidad no satisfecha variaba entre un nivel bajo, del 6% al 7%, en Brasil y Colombia, al 38% en Haití<sup>13</sup>. La necesidad no satisfecha en Asia meridional y sudoriental iba del 5% en Viet Nam al 25% en Camboya.

21. Los datos del África Subsahariana también demuestran que el uso de anticonceptivos es poco frecuente entre las mujeres pobres, no educadas o de zonas rurales. Las mujeres de las zonas rurales en el África Subsahariana tienen una tasa de uso de anticonceptivos de 17, en contraposición con 34 de sus contrapartes

<sup>9</sup> *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2010* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.10.I.7).

<sup>10</sup> Susheela Singh y otros, *Adding It Up: The benefits of investing in family planning and reproductive health* (Nueva York, Guttmacher Institute y el UNFPA, 2009).

<sup>11</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence* (Nueva York, UNFPA, 2010).

<sup>12</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2010, véase <http://unstats.un.org/unsd/mdg/>.

<sup>13</sup> Gilda Sedgh y otros, "Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method", *Occasional Report*, No. 37. Nueva York, Guttmacher Institute (junio de 2007); censo demográfico y sanitario de Camboya correspondiente a 2005.

urbanas<sup>14</sup>. Las disparidades son incluso mayores cuando se miden por hogares, riqueza y educación. Las mujeres sin educación tienen una tasa de uso de anticonceptivos del 10%, en comparación con el 42% de las mujeres con educación secundaria superior.

22. En un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el UNFPA y el Banco Mundial se estima que en 2008 se produjeron 358.000 muertes maternas en todo el mundo, una reducción del 34% con respecto a 1990, año en que se registraron 546.000 muertes<sup>15</sup>. Este progreso es alentador pero insuficiente. Los países en desarrollo siguen representando el 99% del total de las muertes maternas, y el 87% de ellas ocurren en el África Subsahariana y el Asia meridional. En el África Subsahariana, una de cada 31 mujeres muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, en comparación con 1 de cada 480 en América Latina y el Caribe y 1 de cada 3.600 en los países desarrollados<sup>15</sup>. Nuevamente, se registran disparidades dentro de los países: los grupos más ricos y las poblaciones urbanas han logrado progresos importantes, en tanto que los pobres y las poblaciones rurales siguen registrando altas tasas de mortalidad.

23. La atención durante el embarazo, un factor determinante para reducir la mortalidad materna, ha aumentado, y los mayores adelantos se han registrado en el África septentrional, donde la proporción de mujeres que realizaron al menos una visita médica durante el embarazo aumentó el 70%, y en el Asia meridional y el Asia occidental, con aumentos registrados de prácticamente el 50%<sup>3</sup>.

24. Se ha estimado que los abortos practicados en condiciones peligrosas causan alrededor del 13% de las muertes maternas en todo el mundo<sup>16</sup>. En algunas regiones, como América Latina, es la principal causa de muerte materna. En 2003, casi la mitad de todos los abortos realizados en el mundo fueron practicados en condiciones peligrosas y casi todos en países en desarrollo<sup>17</sup>. En el plano mundial, los abortos inducidos se redujeron de prácticamente 46 millones en 1995 a cerca de 42 millones en 2003. La mayor reducción se produjo en Europa oriental, donde se pasó de 90 a 44 abortos por 1.000 mujeres en edad de reproducción<sup>18</sup>. La reducción se dio paralelamente con un aumento importante del uso de anticonceptivos.

25. En 2009, un número estimado de 33,3 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo<sup>19</sup>. Se estimó que en 2009 la cantidad de nuevas infecciones fue de 2,6 millones, cifra 21% inferior a la correspondiente a 1997, que fue el año de mayor intensidad de la epidemia. La prevalencia del VIH se está reduciendo entre los jóvenes en 16 de los 21 países más afectados por el VIH, debido en gran medida al menor número de nuevas infecciones y a los cambios en la edad de la primera

<sup>14</sup> Davidson R. Gwatkin y otros. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview* (Washington, D.C., Banco Mundial, 2007).

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial (Ginebra, OMS, 2010).

<sup>16</sup> Organización Mundial de la Salud, *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Ginebra, OMS, 2008).

<sup>17</sup> Susheela Singh y otros, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (Nueva York, Guttmacher Institute, 2009).

<sup>18</sup> Gilda Sedgh y otros "Legal abortion worldwide: incidence and recent trends", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 39, núm. 4. (Nueva York: Guttmacher Institute, 2007).

<sup>19</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Global Report: Report on Global AIDS Epidemic* (Ginebra, ONUSIDA, 2010).

relación sexual, el número de parejas sexuales y el uso de preservativos<sup>20</sup>. El África Subsahariana sigue siendo la región más afectada: en 2009 el 69% de todas las nuevas infecciones del VIH se produjeron allí. Se han hecho enormes progresos en el número de personas tratadas con la terapia antirretroviral; sin embargo, las medidas de prevención deben fortalecerse, lo cual supone información y servicios de salud sexual y reproductiva más amplios e integrales (véase A/64/735).

26. En los últimos años se observaron algunos progresos en el acceso de los adolescentes y los jóvenes a información y servicios de salud sexual y reproductiva. Con todo, enfrentan graves retos. La tasa de madres adolescentes en los países en desarrollo se redujo de 65 por mil en 1990 a 55 por mil en 2000, pero se ha estancado desde entonces y en 2007 fue de 53 por mil. El África Subsahariana tiene la más alta tasa de madres adolescentes y la reducción registrada es mínima<sup>11</sup>. También sigue habiendo altos niveles en América Latina, Oceanía y el Asia meridional y occidental. Al mismo tiempo, las disparidades en las tasas de madres adolescentes están aumentando: se redujeron en las zonas urbanas del África Subsahariana, pero pueden estar aumentando entre las niñas más pobres y menos educadas<sup>11</sup>. Todos los años, prácticamente 15 millones de adolescentes tienen un hijo. La jóvenes también tienen ocho veces más probabilidades que los varones de la misma edad de infectarse con el VIH en algunos de los países más afectados, pues la desigualdad de su situación aumenta el riesgo<sup>19</sup>.

27. La maternidad prematura, asociada al matrimonio precoz, tiene consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva. Aunque la edad del matrimonio ha aumentado, especialmente en partes de Asia y África del Norte, muchas mujeres de países en desarrollo todavía contraen matrimonio a una edad muy temprana: casi una de cada cuatro adolescentes de 15 a 19 años del mundo en desarrollo (con exclusión de China) está casada<sup>17</sup>. La tasa de matrimonio precoz es el doble en las zonas rurales que en las ciudades<sup>21</sup>. Hace mucho tiempo que el pleno consentimiento para contraer matrimonio se ha reconocido como un derecho humano, sin embargo, el ejercicio de ese derecho aún no está universalmente garantizado.

28. Las investigaciones han revelado que un sector desproporcionado del gasto público en salud y educación se destina a los sectores más ricos de la sociedad<sup>14</sup>. Los ricos tienen un acceso cada vez mayor a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin embargo, los marginados por la pobreza, el género, la etnia, la edad, el lugar de residencia, la falta de educación, el conflicto u otras formas de marginación suelen quedar excluidos. Datos de 24 países del África Subsahariana demuestran que las mujeres que forman parte de los hogares más ricos y las mujeres con educación secundaria o superior han hecho notables progresos, a diferencia de las más pobres y las menos educadas.

29. La falta de acceso a la salud sexual y reproductiva agrava la pobreza. Sin embargo, los que reciben servicios hacen rápidamente la transición a menores niveles de mortalidad, morbilidad y fecundidad, y a estructuras familiares con menor tasa de dependencia. Como resultado, tienen una mayor capacidad para reasignar recursos del consumo básico al mejoramiento de la educación, la nutrición

<sup>20</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Outlook Breaking News*, “Young people leading the prevention revolution” (Ginebra, ONUSIDA, 2010).

<sup>21</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.09.XX.1).

y la salud, así como al ahorro y los bienes de capital. Por el contrario, los que quedan excluidos tienen una mayor carga de enfermedad y mayores niveles de mortalidad, además de mala nutrición. También utilizan una mayor proporción del ingreso del hogar para la subsistencia básica. Su alta fecundidad se traduce en un gran número de niños a cargo privados de educación y opciones en la vida, quienes, a su vez, tienden a casarse y tener hijos prematuramente, reproduciendo un ciclo vital de privación y pobreza.

## V. Labor en curso: compromisos y asociaciones

30. El compromiso político es un factor clave para lograr el progreso en materia de salud sexual y reproductiva. Se han observado a todos los niveles cambios positivos en lo que respecta a compromisos, políticas, leyes, asociaciones y enfoques para el desarrollo, que promueven un entorno propicio para la salud sexual y reproductiva y orientan estrategias para ampliar los beneficios y corregir las desigualdades evidentes. La presente sección pone de relieve unos pocos ejemplos importantes para ilustrar los progresos alcanzados desde esa perspectiva.

### Nivel mundial

31. Los progresos a nivel mundial han sido importantes. Las conferencias internacionales celebradas en el decenio de 1990 y su seguimiento han promovido la comprensión de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, allanando el camino para una mejor aplicación. Durante el último decenio, las normas internacionales de derechos humanos y los órganos de supervisión de tratados de las Naciones Unidas, que son jurídicamente vinculantes para los gobiernos, han reconocido cada vez más la salud sexual y reproductiva, en particular los derechos de los adolescentes, la salud materna y la planificación de la familia.

32. Durante el último decenio se reconoció en muchos procesos intergubernamentales la pertinencia de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la adición de la meta 5B sobre acceso universal a la salud reproductiva complementa otros objetivos relativos a distintos aspectos del Programa de Acción, por ejemplo, el tercer objetivo (promover la igualdad entre los géneros), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: mejorar la salud materna (quinto Objetivo), reducir la mortalidad infantil (cuarto Objetivo) y combatir el VIH (sexto Objetivo). El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas reconoció en su informe principal que la salud reproductiva era una iniciativa de efectos rápidos<sup>22</sup>. En el documento final aprobado por la Reunión Plenaria de Alto Nivel en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tuvo lugar en Nueva York en septiembre de 2010, los líderes mundiales confirmaron su compromiso con la salud sexual y reproductiva e identificaron una serie de acciones para su ejecución en forma integrada, sobre la base de las lecciones aprendidas y buenas prácticas para cada uno de los objetivos, incluidos los relacionados con la salud (véase resolución 65/1 de la Asamblea General).

<sup>22</sup> Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Invirtiendo en el Desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (London y Sterling, Virginia: Earthscan, 2005).

**Nivel regional**

33. En el plano regional ha habido importantes declaraciones y compromisos en materia de políticas, especialmente en África. El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (más conocido como Protocolo de Maputo) se firmó en 2003 y entró en vigor en 2005. Este Protocolo condena y prohíbe la violencia sexual y las prácticas nocivas y afirma los derechos de las mujeres a la salud, especialmente los derechos reproductivos. También obliga a los gobiernos a proporcionar información y servicios adecuados, asequibles y accesibles a las mujeres para que ejerzan esos derechos. En 2006, la Unión Africana apoyó el Marco Político Continental en Materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África. Los Ministros de Salud africanos elaboraron luego un documento en el que se esboza un plan de acción, que fue refrendado en 2007. En julio de 2010 fue reafirmado por los ministros, quienes también recomendaron que los países africanos participaran en la Campaña para la reducción acelerada de la mortalidad materna en África, una iniciativa encaminada a pedir rendición de cuentas a los gobiernos respecto de las medidas adoptadas en cumplimiento de sus promesas.

34. Los Ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe se comprometieron a invertir en servicios integrales de educación sexual y en servicios de salud adaptados a los jóvenes a través de la Declaración Ministerial “Educar para prevenir”. Esta Declaración se aprobó en México D.F. en agosto de 2008, antes de la 17ª Conferencia Internacional sobre el SIDA.

**Iniciativas y asociaciones mundiales y regionales**

35. El Grupo de los Ocho (G8), integrado por las naciones industrializadas, viene tratando la cuestión de la salud como un aspecto esencial del desarrollo desde comienzos del decenio de 1990. En 2000, el G8 comenzó a establecer el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; en 2001, se comprometió a romper el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad; en 2005, convino promover las inversiones en el VIH/SIDA y la malaria; y en la reunión más reciente, celebrada en Muskoka, Ontario, decidió que la salud de la madre, el recién nacido y el niño sería una iniciativa primordial del G8, y la planificación de la familia un componente esencial. Se encomendó al P4H, una iniciativa de protección de la salud coordinada por Alemania y Francia, la ejecución de las decisiones adoptadas en las cumbres del G8 para fortalecer los sistemas de salud. Además, el Grupo de los Veinte (G20) reafirmó su compromiso de cumplir las promesas de financiación para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la AOD, de conformidad con los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra.

36. Un proyecto conjunto del UNFPA, el UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y ONUSIDA tiene por finalidad mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Esta iniciativa, conocida como H4+, está ayudando a 49 países a crear capacidad en este ámbito y ha obtenido un número sin precedentes de compromisos de países de todo el mundo. Programas conjuntos en países, incluidos Bangladesh, Etiopía, Nigeria y el Pakistán, han ayudado a sentar las bases para aplicar la Estrategia Mundial para la salud de la mujer y el niño lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en septiembre de 2010.

37. La Estrategia Mundial es el primer proyecto de ese tipo para intensificar y coordinar las medidas existentes, obtener nuevos compromisos y establecer un marco de rendición de cuentas para conseguir resultados. La Estrategia fue apoyada por gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones filantrópicas, la sociedad civil, la comunidad empresarial, trabajadores de la salud, asociaciones profesionales e instituciones académicas y de investigación, y fue acogida con beneplácito por los 192 Estados Miembros. Esta estrategia da a la comunidad mundial un plan acordado que pone de relieve la necesidad de inversiones, innovación y resultados mensurables, acompañados de más de 40.000 millones de dólares en promesas de apoyo.

38. En 2005 se lanzó la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño para armonizar la acción en este ámbito. La Alianza proporciona un foro a través del cual los miembros pueden aunar fuerzas y ejecutar soluciones inviables para cada uno de los asociados individualmente.

39. La Alianza Sanitaria Internacional está llevando a mayor escala la acción para promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La Alianza está fortaleciendo procesos nacionales en 21 países de África y Asia, centrándose en la reactivación de los sistemas de salud.

40. La Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva es una asociación mundial de organizaciones multilaterales y bilaterales, fundaciones privadas, gobiernos, la sociedad civil y representantes del sector privado, dedicada a lograr que todas las personas de los países de ingresos bajos y medianos puedan conseguir y usar anticonceptivos asequibles de buena calidad y otros suministros de salud reproductiva.

41. El Mecanismo de armonización para la salud en África, un mecanismo regional en el que participan el Banco Africano de Desarrollo, el ONUSIDA, el UNFPA, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, está facilitando la planificación, la determinación de costos y la presupuestación basadas en datos y en países; promoviendo la armonización y coherencia con los procesos nacionales; y ayudando a resolver problemas de los sistemas de salud.

#### **Iniciativas de fundaciones privadas**

42. Cada vez son más las fundaciones que apoyan la salud sexual y reproductiva como parte de su programa; por ejemplo, en junio de 2010, la Bill and Melinda Gates Foundation anunció que se comprometía a proporcionar 1.500 millones de dólares hasta 2014 para planificación de la familia, atención de la salud de mujeres embarazadas, recién nacidos y niños, y nutrición.

#### **Plano nacional**

43. El reciente examen de 15 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ha revelado la profundidad y la variedad de los cambios normativos producidos en el plano nacional<sup>23</sup>: compromisos, políticas, estrategias y planes para realizar los derechos reproductivos, eliminar la violencia basada en el género, impartir educación sexual a los jóvenes y mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva a nivel de la atención primaria de la salud, entre otras cosas. El

<sup>23</sup> UNFPA, *Looking Back, Moving Forward: The results and recommendations of the ICPD-at-15 review*, 2010.

cumplimiento de estos compromisos y planes en contextos nacionales diversos con limitados recursos es uno de los más importantes obstáculos para seguir avanzando.

## **VI. Labor en curso: programas sobre el terreno**

### **Mejoramiento de la salud materna**

44. A través del Fondo temático para la salud materna, el UNFPA está prestando apoyo a los países con altas tasas de mortalidad y morbilidad materna para el tratamiento de la fistula obstétrica, la atención obstétrica de urgencia y la atención de urgencia para el recién nacido. Por ejemplo, con apoyo de H4+ y la Universidad de Columbia, el Gobierno de Etiopía llevó a cabo una evaluación de las necesidades de atención obstétrica de urgencia y la atención de urgencia para el recién nacido para documentar las deficiencias en la prestación, la calidad y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva. Los resultados se están utilizando en la formulación de políticas y la planificación, en particular para la elaboración de un plan nacional quinquenal para el sector de la salud, constituido por un plan básico anual y un programa conjunto de las Naciones Unidas para mejorar la salud materna y del recién nacido, que incluye capacitación, contratación y retención de trabajadores de la salud, con resultados alentadores hasta la fecha.

45. En 2008, el UNFPA y la Confederación Internacional de Comadronas lanzaron un programa conjunto para mejorar la atención profesional de los partos en lugares de bajos recursos creando un equipo sostenible de parteras. El programa se está ejecutando ahora en 15 países, la mayoría en el África Subsahariana, donde parteras asesoras en oficinas nacionales trabajan con los gobiernos para remediar las deficiencias y aumentar la disponibilidad y calidad de la atención.

46. En Mongolia, con el apoyo del UNFPA y otros asociados, el mejoramiento de la atención prenatal y la promoción de servicios móviles de salud sexual y reproductiva y actividades de divulgación para llegar a poblaciones aisladas y vulnerables han contribuido a reducir la tasa de mortalidad materna de 79 por 100.000 nacimientos vivos en 2005 a 65 por 100.000 en 2008<sup>15</sup>.

47. A fin de abordar sistemáticamente el problema de la alta tasa de mortalidad materna y del recién nacido, el UNFPA, el UNICEF y la OMS, con apoyo financiero del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la Unión Europea, aunaron fuerzas con el Gobierno de Bangladesh para aplicar una iniciativa integral encaminada a mejorar la utilización de servicios para la madre y el recién nacido, especialmente entre los grupos pobres y socialmente excluidos. Como resultado, el número de partos en centros de salud pública ha aumentado, lo mismo que el tratamiento de casos complicados en hospitales.

### **Ampliación del acceso a la planificación de la familia**

48. El Programa Mundial para mejorar la seguridad de los suministros de salud reproductiva está apoyando a unos 45 países para aumentar la tasa de utilización de anticonceptivos y reducir la necesidad no satisfecha de planificación de la familia. El programa proporciona anticonceptivos y otros suministros esenciales de salud sexual y reproductiva, y ayuda a aumentar la demanda y crear capacidad nacional para la gestión de suministros de salud sexual y reproductiva. En Madagascar, por

ejemplo, donde la necesidad no satisfecha de planificación de la familia es del 24%, el UNFPA ha apoyado con éxito un sistema de distribución de salud pública mediante capacitación, programas informáticos y suministros para evitar el agotamiento de existencias y el exceso de existencias en las instalaciones sanitarias.

49. En Jamaica, el UNFPA ha estado prestando apoyo para reducir los embarazos de adolescentes y lograr que las adolescentes embarazadas reciban los servicios que necesitan para mitigar los efectos del embarazo prematuro en sus oportunidades educacionales, económicas y sociales. Las niñas tienen acceso a la planificación de la familia y reciben educación sexual y asesoramiento.

#### **Atención post aborto**

50. En la Argentina, las complicaciones de los abortos han sido la causa principal de muerte materna durante más de 25 años. El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del UNFPA y el PNUD, inició un proyecto para mejorar la calidad del tratamiento de las complicaciones del aborto, destinado a fortalecer la capacidad de los hospitales públicos de suministrar tratamiento integral a las mujeres con abortos incompletos. El proyecto ha permitido reducir los tiempos de espera y el tiempo total de hospitalización<sup>24</sup>.

#### **Lucha contra el VIH**

51. En Zimbabwe, el porcentaje de infectados en el grupo de edad de 15 a 19 años se redujo del 23,7% en 2001 al 14,3% en 2010. En ese país, el UNFPA, en colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y asociados, ayudó a elaborar un programa integral de preservativos y una campaña masiva de comunicación para promover un cambio de conducta que llegó a todos los sectores de la sociedad.

#### **Protección de las adolescentes**

52. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las adolescentes está promoviendo la colaboración a nivel nacional para que las adolescentes puedan reclamar sus derechos y tener acceso a los servicios sociales. El Equipo ha iniciado actividades dirigidas a las adolescentes en Etiopía, Guatemala, Liberia y Malawi. En la región de Amhara en Etiopía, por ejemplo, donde el 48% de las mujeres casadas en las zonas rurales y el 28% de las mujeres casadas en las zonas urbanas han contraído matrimonio antes de los 15 años, un programa apoyado por el UNFPA permitió aumentar la edad media del matrimonio de 13,5 a 15 años mediante un proyecto integral dirigido a las adolescentes.

#### **Eliminación de las prácticas nocivas**

53. El Programa Conjunto sobre la mutilación/ablación genital femenina del UNFPA-UNICEF, que comenzó en 2007, se ejecuta en 17 países con alta prevalencia de esa práctica. El programa está concebido para facilitar programas de educación comunitaria a nivel de las bases y campañas de movilización social encaminadas a lograr el abandono colectivo de esta práctica nociva. Sólo en 2009,

---

<sup>24</sup> Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *MDG Good Practices*, 2010, disponible en: [www.undg-policynet.org/?q=node/11](http://www.undg-policynet.org/?q=node/11), consultado el 19 de enero de 2011.

esas actividades produjeron al abandono de la práctica en cientos de comunidades en Gambia, Guinea, el Senegal y el Sudán.

### **Ampliación de la educación sexual**

54. Hay datos que demuestran que los jóvenes quieren información sobre la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH. Las investigaciones también indican que los programas de educación sexual tienden a aplazar el comienzo de la actividad sexual de los jóvenes, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de preservativos<sup>25</sup>. Desde 1993, con el apoyo del UNFPA, el Gobierno de Colombia está ejecutando un programa amplio encaminado a mejorar el conocimiento de los jóvenes de cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva y promover la igualdad de los géneros. Más de 2.000 maestros han asistido a 180 cursos prácticos en el contexto del programa. Las universidades ofrecen ahora cursos sobre educación en sexualidad, garantizando así la disponibilidad de maestros capacitados.

### **Innovación y nuevas tecnologías**

55. Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la tecnología de los preservativos y otras intervenciones relacionadas con la salud reproductiva han progresado, lo cual ha permitido el mejoramiento y la diversificación de los métodos existentes y el desarrollo de otros nuevos. Gracias a ello, las mujeres tienen más opciones, se ha logrado un mayor grado de seguridad y eficacia y se han encontrado modos adicionales de distribución. Sin embargo, la financiación para la investigación y el desarrollo en materia de anticonceptivos, como por ejemplo, la obtenida a través del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana del PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, sigue siendo insuficiente.

56. También se han hecho progresos en el desarrollo de nuevas tecnologías para prevenir y tratar las enfermedades transmisibles sexualmente, como una nueva prueba de sífilis que puede hacerse a nivel de la atención primaria de la salud<sup>26</sup>. Dos vacunas elaboradas recientemente pueden proteger contra la infección de algunas cepas del virus del papiloma humano, que causa la mayoría de los cánceres cervicales. Si se administra esta vacuna a las preadolescentes y las adolescentes es posible reducir las tasas de cáncer cervical entre las mujeres de los países menos adelantados. En Georgia, por ejemplo, se han hecho importantes progresos en materia de prevención y detección temprana del cáncer. A principios de 2000, el Gobierno se centró en el tratamiento en etapas avanzadas de la enfermedad. Actualmente, el programa de detección del cáncer de mama y el cáncer cervical en Georgia, que empezó en 2006 con apoyo del UNFPA, ofrece servicios para promover la detección temprana y se propone lograr la cobertura nacional en los próximos años.

57. El uso de teléfonos móviles en los países en desarrollo, donde se concentran los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, puede tener efectos

---

<sup>25</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*, Vol. 1 (París, UNESCO, 2009).

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud, *Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006-2015: Breaking the chain of transmission* (Ginebra, OMS, 2007).

de gran alcance. Por ejemplo, la supervisión y remisión de pacientes a través del teléfono móvil podría permitir el seguimiento de las mujeres desde el comienzo del embarazo hasta después del parto. El uso de teléfonos móviles también puede reducir las demoras de las decisiones y el transporte durante el parto<sup>27</sup>. Con apoyo del UNFPA, Malí está elaborando un sistema de salud móvil para el seguimiento de las muertes maternas y de recién nacidos y la supervisión de las existencias de anticonceptivos y fármacos vitales en las instalaciones sanitarias.

## VII. Obstáculos para la ejecución de los programas

58. **Compromiso político y buena gobernanza.** La salud sexual y reproductiva para todos exige hacer frente a limitaciones a muchos niveles: en el hogar y la comunidad, en el sistema de prestación de servicios de salud, en el sector normativo general y las instituciones públicas, y entre los donantes y las organizaciones internacionales. La calidad de la gobernanza en los planos nacional y local es crucial, lo mismo que los compromisos, la credibilidad y la capacidad para concebir y aplicar buenas políticas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud y crear un entorno propicio que posibilite el acceso universal.

59. **Tendencia de la financiación.** En los últimos años, los donantes han dejado de financiar proyectos concretos o programas para enfermedades específicas y, en cambio, están prestando un apoyo más amplio al sector de la salud para hacer frente a las causas profundas de la pobreza y apoyar los sistemas sanitarios en su conjunto. Con frecuencia, sin embargo, importantes aspectos de la salud, como la salud sexual y reproductiva, no se tienen en cuenta en el proceso. La asistencia para el desarrollo destinada a la salud en general prácticamente se triplicó entre 2000 y 2008, debido principalmente al rápido aumento de la financiación para el VIH/SIDA, en tanto que la asistencia para otros servicios de salud sexual y reproductiva quedó a la zaga y la financiación para la planificación de la familia se redujo. Según los datos del proyecto sobre corrientes de recursos del UNFPA (Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos), la financiación para la planificación de la familia aumentó ligeramente en los últimos años, pero todavía se mantiene por debajo de las cifras de 1994<sup>28</sup>. Al mismo tiempo, el número de mujeres en edad reproductiva ha aumentado sustancialmente, lo mismo que el porcentaje de las que desean prevenir o demorar el embarazo. La imprevisibilidad de la financiación de un año al siguiente también dificulta la efectiva planificación<sup>29</sup>.

60. **La crisis financiera y económica mundial.** Los países más pobres del mundo están sufriendo especialmente los efectos indirectos de la lenta recuperación de los países desarrollados y el aumento asociado de los precios de los alimentos, pues la mayoría de ellos son importadores netos de productos alimentarios. Varios gobiernos donantes se han atrasado en el cumplimiento de sus compromisos de asistencia y los esfuerzos de los gobiernos para reducir los déficits presupuestarios y

<sup>27</sup> *Women Deliver Bulletin* (diciembre de 2010).

<sup>28</sup> UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities*, varios años, e informe del Secretario General sobre *Corrientes de recursos financieros destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (E/CN.9/2011/5).

<sup>29</sup> Giulia Greco y otros, "Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006", *The Lancet*, Vol. 371, No. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1268 a 1275.

la deuda pública probablemente desalentarán un nuevo aumento de la asistencia para el desarrollo, lo cual tendrá efectos negativos en todos los ámbitos, incluidos el sector de la salud y otros sectores sociales<sup>30</sup>. Con todo, la promesa efectuada en junio de 2010 por el G8 de aportar 5.000 millones de dólares para la salud de la madre, el recién nacido y el niño (incluida la salud sexual y reproductiva), es alentadora.

**61. Sistemas de salud debilitados y falta de profesionales de la salud.** La atención de la salud sexual y reproductiva debe formar parte de todo buen sistema de salud pública. Este sistema debe estar debidamente financiado, mediante asociaciones bien reguladas y efectivamente administradas del sector privado y el sector público, y debe tener un número suficiente de profesionales calificados y capacitados. También debe tener seguros y otros mecanismos para garantizar la cobertura de la atención de la salud para todos<sup>8</sup>. En realidad, los sistemas de salud tienen escasez de fondos y personal, lo cual obstaculiza la atención de la salud, especialmente entre los pobres y marginados. Muchos países, especialmente en África, enfrentan una grave falta de personal de atención de la salud. Se estima que a nivel mundial se necesitan 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras adicionales<sup>8</sup>.

**62. Persistencia de las igualdades entre los géneros y violaciones de derechos.** Cada año, niñas y mujeres mueren innecesariamente, a causa de la negligencia, la discriminación y la violencia. Millones son agredidas por su pareja, son víctimas de crímenes de “honor” y crímenes pasionales y carecen de atención médica o nutrición adecuada<sup>31</sup>. La desigualdad entre los géneros y la falta de reconocimiento y garantías de los derechos de las mujeres y las niñas impiden el progreso de la salud sexual y reproductiva.

**63. Participación de los dirigentes religiosos y las organizaciones confesionales.** Si bien se ha logrado que muchos dirigentes religiosos y muchas congregaciones apoyen el programa de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, sigue habiendo reductos de oposición organizada a los programas de salud sexual y reproductiva basados en datos, que pueden impedir el adelanto de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

**64. Eliminación de las desigualdades.** A pesar de considerables adelantos en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, estos no suelen llegar a los pobres, lo cual genera una tasa desproporcionadamente alta de morbilidad y mortalidad por causa de salud sexual y reproductiva y un bajo nivel de acceso a la información y los servicios. Los más marginados y vulnerables no se tienen suficientemente en cuenta en la elaboración, planificación y ejecución de los programas y las políticas de salud sexual y reproductiva.

<sup>30</sup> “Swimming against the tide: how developing countries are coping with the global crisis”, documento de antecedentes preparado por el personal del Banco Mundial para la reunión de Ministros de Finanzas y gobernadores de bancos centrales del G20, celebrada en Horsham (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) los días 13 y 14 de marzo de 2009.

<sup>31</sup> Nicholas Kristof y Sheryl WuDunn, *Half the Sky: turning oppression into opportunity for women worldwide*, Nueva York, Alfred A. Knopf, Random House, 2009.

## VIII. Requisitos para acelerar el progreso

65. Para hacer progresos en materia de acceso universal a la salud sexual y reproductiva se requiere una acción urgente y sostenida a todos los niveles. Los requisitos son financiación adecuada, firme voluntad política, programación audaz y creativa y participación de diversos sectores, incluidos la sociedad civil, asociados de organizaciones confesionales y el sector privado. Los elementos fundamentales para seguir avanzando son los siguientes:

66. **Convertir la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en una prioridad nacional.** Un firme compromiso nacional acompañado de financiación, un sistema de atención de la salud operativo, la integración de la salud sexual y reproductiva a todos los niveles de la atención sanitaria, especialmente la atención primaria de la salud, y medidas para incluir y atender a los grupos vulnerables son elementos fundamentales. La salud sexual y reproductiva debe incorporarse en los mecanismos nacionales de planificación del desarrollo y superar la etapa de la mera descripción en los análisis de la situación para traducirla en estrategias, resultados y financiación. Los planes deben incluir indicadores, como las tasas de fecundidad y mortalidad materna para la población en su conjunto y/o grupos concretos. También deben incluirse indicadores de los procesos, como la utilización de los servicios y el acceso, la proporción de centros de prestación de servicios que cuentan con suficiente personal y tienen el equipo y los suministros necesarios, y el porcentaje de centros de prestación de servicios que ofrecen servicios particulares de salud sexual y reproductiva.

67. **Utilización de un marco de derechos humanos.** Un enfoque basado en derechos que promueva la igualdad entre los géneros, la equidad y la imparcialidad es esencial. Las leyes y políticas deben prohibir y sancionar las prácticas nocivas, la violencia basada en el género y la discriminación en el acceso a la atención de la salud. La creación de un entorno normativo efectivo supone también el establecimiento de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas. Las comunidades afectadas deben participar activamente en la elaboración de leyes y políticas y en su aplicación efectiva.

68. **Adopción de un enfoque multisectorial.** Si las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva se elaboran y aplican en forma aislada, el acceso universal no se logrará. Es necesario integrarlas en otras medidas destinadas a lograr la igualdad entre los géneros, el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas y el acceso universal a la educación, y en procesos que promuevan una gobernanza democrática y participativa. La experiencia de los últimos decenios aporta suficientes pruebas de las medidas que realmente funcionan. Las medidas preventivas maximizan el bienestar y protegen los derechos, además de aportar grandes beneficios en lo que respecta a reducir costos para los sistemas de salud pública. Los enfoques más efectivos deben reproducirse y llevarse a mayor escala.

69. **Identificación e inclusión de los grupos más vulnerables.** Para promover la justicia social y maximizar los escasos recursos públicos, deben hacerse esfuerzos para eliminar las desigualdades económicas, sociales y culturales. Los contextos regionales, nacionales y locales varían enormemente, por lo cual se requieren datos fiables sobre población, análisis y consultas para identificar a los más vulnerables y excluidos. Los encargados de las políticas y la financiación deben destinar los escasos recursos a esos grupos y abordar las causas profundas que contribuyen a su

vulnerabilidad. La cobertura universal de la atención de la salud es una meta a largo plazo. Entre tanto, puede ser necesario establecer niveles de protección social para los grupos e individuos desfavorecidos.

70. **Respuesta a las necesidades y realidades de los adolescentes.** Las políticas y los programas deben apoyar el desarrollo integral de los jóvenes a través de enfoques multisectoriales, incluido el acceso a la enseñanza de aptitudes para la vida y la educación sexual; y la promoción de un conjunto básico de servicios de salud y de salud sexual y reproductiva/VIH que responda a las necesidades de los jóvenes y a los múltiples factores que determinan el comportamiento sexual. También deben alentar el liderazgo y la participación de los jóvenes en todas las cuestiones que afectan a su vida y su futuro.

71. **Creación de procesos participativos.** Para hacer frente a las causas sociales y culturales de la mala salud sexual y reproductiva es necesario obtener recursos a nivel de la comunidad para las mujeres y las niñas y contar con la participación de los hombres y los niños. La ejecución, supervisión y evaluación son más efectivas cuando incluyen a todas las partes interesadas y están sustentadas en la planificación y movilización de la comunidad. La participación de las organizaciones comunitarias asegura la identificación con el proyecto y la adecuación de las políticas y los programas a las necesidades y realidades de las personas.

72. **Fortalecimiento de los sistemas de salud.** El fortalecimiento de los sistemas de salud para una prestación equitativa, eficiente y sostenible de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad es fundamental. Deben tomarse medidas para crear capacidad nacional para la planificación, la ejecución y la supervisión. Un aspecto fundamental de este objetivo es llegar a los grupos marginados y eliminar los obstáculos para el acceso, incluidos los de carácter jurídico, cultural y económico.

73. **Capacitación de profesionales de la salud.** La capacitación de profesionales, incluso para la delegación de funciones, puede contribuir a paliar la escasez de personal sanitario. Los médicos son necesarios para atender problemas graves de salud sexual y reproductiva. Otros profesionales de la salud, como las parteras y personal especializado, pueden recibir capacitación para ocuparse de la mayoría de los aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluidos partos, planificación de la atención postnatal, detección y tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente y prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

74. **Mantenimiento de la corriente de suministros de salud sexual y reproductiva.** La disponibilidad, gestión eficiente y distribución efectiva de productos asequibles de alta calidad, incluidos anticonceptivos, preservativos masculinos y femeninos, fármacos y equipo es fundamental para el funcionamiento del sistema de salud.

75. **Integración de la salud sexual y del VIH.** Muchos problemas de salud sexual y reproductiva, incluido el VIH, las necesidades no satisfechas de planificación de la familia y la alta tasa de mortalidad materna comparten las mismas causas profundas, a saber, la desigualdad entre los géneros, la pobreza, la exclusión y el estigma. Y muchas de las estrategias para hacer frente a esas causas profundas son las mismas: modificar los comportamientos sexuales y las normas comunitarias relacionadas con el género, la sexualidad y la reproducción; fortalecer y mejorar el acceso a los servicios básicos de salud; cuestionar los tabúes relacionados con la sexualidad, etc. Por tanto, la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH deben integrarse a

todos los niveles: formulación de políticas, sistema de atención de la salud y comunidades y hogares.

**76. Aumento de la financiación y promoción de una buena relación costo-beneficios para la salud sexual y reproductiva.** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud sexual y reproductiva requieren recursos adicionales que se orienten estratégicamente y se utilicen efectivamente, incluidos los siguientes:

a) *Servicios de planificación de la familia.* Proporcionar inmediatamente anticonceptivos a todos aquellos que desean demorar, espaciar o evitar el embarazo costaría al año 6.700 millones de dólares (en dólares de los Estados Unidos de 2008): esta cifra incluye 3.100 millones para prestar servicios a los actuales usuarios de métodos anticonceptivos modernos, más 3.600 millones para atender necesidades no satisfechas. Si los 215 millones de mujeres que se estima tienen una necesidad no satisfecha de métodos modernos de planificación de la familia usara anticonceptivos, los embarazos no deseados en los países en desarrollo se reducirían en 53 millones (a 22 millones) y se evitarían 25 millones de abortos provocados y 7 millones de abortos espontáneos<sup>10</sup>;

b) *Atención de la salud materna y del recién nacido.* El costo actual de la atención de las mujeres embarazadas y los recién nacidos es de 8.600 millones de dólares al año. Esta cifra permite una cobertura incompleta. La ampliación de los servicios para que todas las madres y todos los recién nacidos reciban la atención recomendada aumentaría los costos en 14.300 millones de dólares, a un total de 23.000 millones de dólares al año. Se estima que como resultado de ello las muertes maternas se reducirían en un 57%. La satisfacción de la necesidad no satisfecha de anticonceptivos modernos reduciría el número de embarazos no deseados, ahorrando 5.100 millones de dólares, que podrían utilizarse para la atención de las mujeres embarazadas y los recién nacidos. Por tanto, el costo anual del acceso universal a la atención de la madre y el recién nacido aumentaría a sólo 17.900 millones de dólares y no a 23.000 millones<sup>10</sup>.

**77. Mejoramiento de la planificación, la supervisión y la evaluación.** Una mejor administración de los fondos disponibles requiere una mayor capacidad y metodologías mejoradas para orientar la formulación de políticas y la asignación de recursos. Esto incluye indicadores para medir los progresos hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, la reunión de datos periódicos de calidad, desglosados por sexo, edad, riqueza, estado civil, residencia y otras características pertinentes, como la etnia, por ejemplo; y la utilización de los datos existentes para planificar programas, supervisar la situación y adaptar las estrategias en función de las necesidades.

78. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son interdependientes y se abordan cada vez más conjuntamente; el adelanto en la consecución de uno de ellos promueve progresos en todos los demás. La salud sexual y reproductiva para todos participa de esta dinámica. La salud sexual y reproductiva promueve el progreso social, económico, político y cultural y, a su vez, es afectada por él. Además, es fundamental para la dignidad y el bienestar del ser humano. Esto es coherente con la visión abarcadora del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que reconoce la importancia de ampliar la educación, especialmente para las niñas, lograr la igualdad de los géneros y reducir la pobreza y el hambre. La comprensión y consideración de la dinámica del crecimiento de la

población es un aspecto fundamental de la respuesta al cambio climático y otros daños ambientales que amenazan nuestra supervivencia.

79. La visión de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoce tanto los efectos inmediatos como los efectos a largo plazo de dar a las personas y las parejas los medios para cumplir sus deseos respecto del momento y el espaciamiento del nacimiento de sus hijos. Si se promueve el objetivo de acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención y tratamiento del VIH, se salvarán muchas vidas y se mejorarán muchas otras. En momentos en que los recursos son escasos, la inversión en salud sexual y reproductiva es un modo seguro de resolver una multiplicidad de problemas de desarrollo y romper el ciclo de pobreza intergeneracional.

---