



Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva

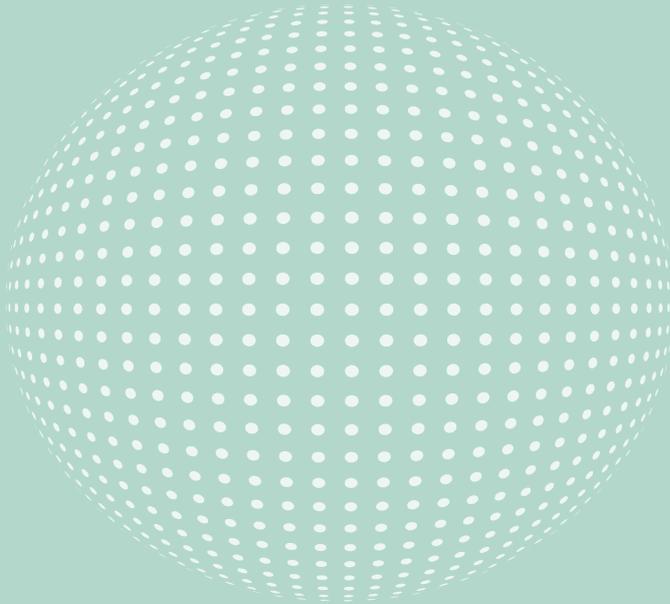


Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados



Organización
Mundial de la Salud





Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados.

1. Medicina reproductiva. 2. Accesibilidad a los servicios de salud. 3. Servicios de salud reproductiva. 4. Indicadores de salud. I. Organización Mundial de la Salud. II. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

ISBN 978 92 4 359683 9

(Clasificación NLM: WQ 200):

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

Agradecimientos	i
1. SEGUIMIENTO DE LOS LOGROS EN EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA: ANTECEDENTES Y PRINCIPIOS	1
1.1 Antecedentes de la consulta y objetivos	1
<i>Objetivos</i>	2
<i>Resultados previstos</i>	3
1.2 Medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva	3
1.3 Trabajo anterior sobre los indicadores de la salud sexual y reproductiva	5
1.4 El “Acceso universal a la salud reproductiva” en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y consecuencias para los programas en los países	6
1.5 Resultados de salud sexual y reproductiva y atención sanitaria en el contexto de la CIPD	7
<i>Medición de los resultados de salud sexual y reproductiva</i>	8
<i>La función de la atención sanitaria y de los determinantes sociales</i>	9
1.6 Resumen y recomendaciones	10
2. MARCO DE REFERENCIA PARA EVALUAR AVANCES EN LOS LOGROS EN EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	13
2.1 Indicadores recomendados	15
2.2 Discusión y recomendaciones	25
<i>Principios</i>	25
<i>Limitaciones</i>	25
<i>Camino que hay que seguir</i>	26
3. INDICADORES POTENCIALES DE LOS VÍNCULOS ENTRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL VIH/SIDA	29
3.1 Antecedentes y razones	29
3.2 Indicadores potenciales	30
3.3 Discusión y recomendaciones	30
REFERENCIAS	32
ANEXO 1. Aplicación de indicadores definidos mundialmente a contextos locales – estudios monográficos	33
ANEXO 2. Prestación de servicios de salud reproductiva en países en desarrollo: factores propicios y limitaciones – el caso del Congo	38
ANEXO 3. Indicadores potenciales de los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH en el nivel de la prestación de servicios	40
ANEXO 4. Definiciones	43
ANEXO 5. Programa de la reunión	44
ANEXO 6. Lista de participantes	46

AGRADECIMIENTOS

La coordinación de la consulta técnica y de la preparación del presente informe corrió a cargo de Lale Say y Mike Mbizvo, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de Stan Bernstein y Hedia Belhadj, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Affette McCaw-Binns redactó el primer borrador del presente informe. La OMS agradece a los expertos enumerados en el anexo 6 su contribución al informe, y a Paul Van Look el detallado examen del mismo. Janet Petitpierre se encargó del diseño y la maquetación.

1. SEGUIMIENTO DE LOS LOGROS EN EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA: ANTECEDENTES Y PRINCIPIOS



1.1 Antecedentes de la consulta y objetivos

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 identificó el “*acceso universal a la salud reproductiva*” como un objetivo de desarrollo, convirtiéndolo en una meta importante para los sistemas de salud de muchos países¹. En 2004, la Asamblea Mundial de la Salud renovó el compromiso de la comunidad internacional con la salud sexual y reproductiva adoptando una estrategia global de salud reproductiva (resolución WHA57.12). El propósito de ésta resolución era acelerar el avance hacia el logro de los objetivos internacionales de desarrollo, incluido el objetivo de la CIPD de lograr el acceso universal a la salud reproductiva².

En la resolución se hacía un llamamiento a los Estados Miembros de la OMS para que, con carácter de urgencia, “*hagan que la salud reproductiva y sexual forme parte integrante de los procesos nacionales de planificación y preparación de presupuestos*” y “*refuercen la capacidad de los sistemas de salud, con la participación de la comunidad y de los grupos no gubernamentales, con el fin de lograr el acceso universal a la atención en materia de salud sexual y reproductiva, haciendo particular hincapié en la salud de las madres y los recién nacidos en todos los países*”. En este sentido, en 2005, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA58.31, en la que se hacía un llamamiento a los Estados Miembros para que “*aceleren la aplicación de medidas nacionales para lograr el acceso y la cobertura universales en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, mediante la atención de salud reproductiva*” y “*elaboren mecanismos de vigilancia para medir los avances conseguidos en el cumplimiento de los objetivos acordados, en particular la meta relativa al acceso universal a la salud reproductiva antes de 2015*”, entre otros.

Aunque el concepto de la salud reproductiva de la CIPD no se incluyó explícitamente en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los participantes en la Cumbre Mundial de 2005 enfatizaron fuertemente la importancia de la salud sexual y reproductiva para el logro de los ODM relacionados con el género y la salud, y recomendaron que la meta de “*lograr el acceso universal a la salud reproduc-*



tiva” se integrase en los mecanismos de vigilancia de los ODM. Posteriormente, en 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Memoria del Secretario General en la que se recomendaba la inclusión de la meta de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva” en el ODM 5 (que guarda relación con la mejora de la salud materna)³.

Se ha emprendido un proceso de identificación de indicadores con el fin de hacer un seguimiento mundial de los logros en el acceso a la salud sexual y reproductiva en el marco de vigilancia de los ODM. Este proceso consiste en la selección de un número limitado de indicadores que cumplan ciertos criterios^a. La OMS —a través de su Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR)— y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han participado en debates interinstitucionales relacionados con esta cuestión.

No obstante, este proceso no es suficiente para supervisar los logros en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva a los efectos de la adopción de decisiones a nivel nacional y subnacional. Para que los programas en los países puedan medir y supervisar el logro del acceso universal, se necesita un conjunto más amplio de indicadores con los que abordar los múltiples componentes de la salud sexual y reproductiva.

El establecimiento de dicho conjunto de indicadores requiere la elucidación del concepto de “acceso universal a la salud reproductiva” y de sus determinantes, no sólo para medir el grado de logro del acceso universal, sino también para planificar y aplicar las medidas necesarias para hacer efectivo dicho acceso. Por tanto, es esencial llegar a una definición operativa del “acceso universal a la salud reproductiva” y, sobre la base de esa definición, identificar un conjunto de indicadores para supervisar los avances.

Se organizó una consulta técnica en Ginebra (Suiza) del 13 al 15 de marzo de 2007. Esta consulta fue organizada conjuntamente por OMS/RHR y UNFPA para

^a Para servir como indicador de los ODM, un indicador debe ser pertinente para la meta respectiva; debe existir una metodología establecida para medirlo; se debe disponer de datos de un amplio abanico de países para poder calcular los valores totales regionales y las tendencias temporales; y un organismo de las Naciones Unidas se debería encargar de reunir, examinar y publicar los datos.

examinar la supervisión a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Basándose en la labor realizada anteriormente en la materia y en el conocimiento creciente de ambas dimensiones de la salud sexual y reproductiva y del concepto de “acceso universal”, la consulta tuvo como objetivo recomendar, en un marco claramente especificado, un conjunto de indicadores para supervisar los logros en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el nivel de los países. En el presente capítulo se destacan las cuestiones clave examinadas y las recomendaciones formuladas en la consulta técnica.

En los siguientes capítulos del presente documento figuran las recomendaciones y resultados de la consulta, en particular:

- un marco recomendado de indicadores relativos a cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva; y
- posibles indicadores de vínculos programáticos entre los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.

OBJETIVOS

Los objetivos de la consulta fueron:

- analizar los conceptos de salud sexual y reproductiva y de cuidado de la salud;
- analizar los conceptos de acceso, acceso universal e igualdad de acceso;
- analizar los determinantes sociales y contextuales de la salud sexual y reproductiva;
- recomendar un conjunto de indicadores dentro de un marco conceptual para medir el acceso universal en el nivel de los países;
- examinar posibles indicadores para supervisar los vínculos entre la atención de la salud sexual y reproductiva y la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH; y
- estudiar la viabilidad de establecer un grupo técnico de referencia para los indicadores de la salud sexual y reproductiva.

RESULTADOS PREVISTOS

Algunos de los resultados previstos de la consulta fueron los siguientes:

- el establecimiento de un marco en el que inscribir un conjunto de indicadores para hacer un seguimiento del logro del acceso universal a la salud sexual y reproductiva;
- la formulación de recomendaciones para aplicar el marco en los programas nacionales; y
- la formulación de recomendaciones sobre posibles indicadores para medir el acceso a través de vínculos entre la atención de la salud sexual y reproductiva y la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.

1.2 Medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva

Por diversas razones, la medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva y la vigilancia del grado en que dicho acceso se ha logrado plantean desafíos operativos e interpretativos (véase el recuadro 1). El primero de estos desafíos consiste en que la salud reproductiva es un concepto amplio y general, definido por la CIPD de la siguiente forma:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social —y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia— en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos¹.

Esta definición engloba una serie de aspectos (incluida la planificación familiar, la salud materna, las infecciones de transmisión sexual o del aparato reproductor, como el VIH/SIDA, el aborto peligroso y la salud sexual) y de vínculos entre ellos. La CIPD pone un fuerte énfasis en las necesidades y derechos de las personas y de las poblaciones desfavorecidas, así como en la influencia del contexto más amplio en el logro de la salud sexual y reproductiva.

Un segundo desafío guarda relación con el hecho de que la “salud” (en este contexto, la salud sexual y reproductiva) se ve influida por una serie de factores, entre ellos los hábitos relacionados con la salud, los factores prenatales, la primera infancia, la posición social, el apoyo disponible, las condiciones de vida, la educación, los servicios de salud, la nutrición y el

estrés⁴. Para vigilar el grado de logro de la salud es necesario medir los resultados sanitarios; sin embargo, también es necesario examinar los determinantes que influyen en el proceso de elaboración de los programas correspondientes.

Sobre la base de la definición de la CIPD, en un documento de trabajo anterior de la OMS se distinguen tres dimensiones de la salud reproductiva a efectos operativos:

- la condición humana (como el nivel de salud y las esferas del bienestar conexas);
- un enfoque (políticas, legislación y actitudes); y
- servicios de atención de la salud (prestación de servicios, acceso a ellos y su uso en el contexto de la atención sanitaria primaria)⁵.

Una distinción como la propuesta podría ser útil para definir indicadores de salud sexual y reproductiva que permitan medir el logro del acceso universal. No obstante, la segunda dimensión debería ampliarse para incluir los diversos factores o determinantes,^{b,6} sociales que influyen en los resultados de salud⁷ —algunos de los cuales aparecen reflejados en el contexto de salud reproductiva de la CIPD (por ejemplo, derechos, poblaciones vulnerables, educación, desigualdades). La tercera dimensión está relacionada con la atención sanitaria necesaria para mejorar la salud sexual y reproductiva.

Debido a la influencia directa de la atención sanitaria eficaz en la mejora de la salud y habida cuenta de su utilización como medidas de los esfuerzos programáticos, los indicadores relativos a la atención de la salud, se utilizan ampliamente para vigilar los avances hacia el logro del objetivo de la CIPD de “acceso universal”—que en ocasiones se interpreta como el “acceso a la atención de la salud” más que como el “acceso a la salud”⁸. La medición de los resultados relativos a la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, la tasa de mortalidad materna) ha planteado problemas en los países en desarrollo. Por tanto, los indicadores

^b En un resumen de los estudios dedicados a los determinantes sociales de la salud se emplearon los siguientes indicadores: el gradiente social, el estrés, los primeros meses de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación y el transporte.

de la atención de la salud (por ejemplo, el acceso a la atención de la salud o su uso) se suelen utilizar como medidas aproximadas del estado de salud.

Un tercer desafío es la complejidad de formular y medir el concepto de “acceso” a la atención de la salud. El término “acceso” se refiere no sólo al acceso físico o a los costos (tanto financieros como operativos) sufragados por el receptor de la atención sanitaria⁹. Más bien, el “acceso” suele representar un concepto amplio que incluye la disponibilidad de servicios, la información sobre ellos, y el coste y la calidad de los mismos¹⁰.

En análisis realizados en los Estados Unidos, el “acceso” suele referirse a la cobertura de seguro de las personas¹¹. En otros contextos, el “acceso” se refiere, en un sentido más amplio, a la “posibilidad de obtener una determinada serie de servicios de un nivel específico de calidad, con sujeción a un determinado nivel máximo de molestias y costos personales, y disponiendo de un nivel específico de información”¹⁰.

Lo ideal sería que la medición del “acceso” conllevara la articulación de todos estos múltiples componentes. Aunque estos pueden medirse por separado, el complejo concepto que los incluye a todos rara vez puede observarse directamente. En consecuencia, se suele medir el uso de los servicios de atención sanitaria para reflejar el “acceso”. Sin embargo, el uso de los servicios se ve influido por factores relativos a la

demanda (por ejemplo, la necesidad de una atención sanitaria formal y las percepciones y creencias sobre ella), además de por los factores relativos a la oferta descritos más arriba. Por tanto, si el “uso” de la atención sanitaria se emplea como medida aproximada del “acceso” a la misma, es importante hacer una distinción entre los factores relacionados con la oferta y los relacionados con la demanda.

Por último, pese a ser un objetivo de muchos sistemas de salud, la definición de “acceso universal” sigue siendo un tanto elusiva. En un sentido amplio, el acceso universal implica que quienes precisen atención sanitaria puedan obtenerla. Esta definición conlleva, por ejemplo, que todos los individuos con una infección de transmisión sexual (ITS) diagnosticada puedan recibir un tratamiento eficaz, o que quienes quieran retrasar el embarazo puedan obtener anticonceptivos eficaces. En términos prácticos, por tanto, el “acceso universal” significa “acceso equitativo”, esto es, el mismo acceso para las personas con las mismas necesidades⁹. Esta definición requiere la mejora de la prestación de los servicios para aumentar su utilización y uso por aquellos que los necesitan.

1.3 Trabajo anterior sobre los indicadores de la salud sexual y reproductiva

La OMS y otras organizaciones asociadas (entre ellas el UNFPA) han realizado una labor considerable para definir indicadores de la salud sexual y reproductiva.

Recuadro 1. Desafíos de medición: acceso universal a la salud sexual y reproductiva

- Diversos acontecimientos mundiales decisivos, como la CIPD de 2004, cambiaron el enfoque de las políticas de población y desarrollo desde el control de la población hacia la satisfacción de todos los aspectos de las necesidades de salud reproductiva de las personas. Este enfoque se formuló como el objetivo de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva”. Aunque al principio se excluyó de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el objetivo del acceso universal se incorporó a las metas de los ODM en 2006, lo que hizo necesario el desarrollo de indicadores para vigilar el cambio.
- En la medición de los logros en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva se debe tener en cuenta el concepto multidimensional de la salud reproductiva. Los indicadores deberían incluir resultados, así como determinantes importantes, para guiar la planificación de intervenciones eficaces y documentar el papel de la atención sanitaria.
- Para medir el acceso a la salud sexual y reproductiva es necesario interpretar y hacer efectivo el acceso a la atención sanitaria. Este enfoque incluye la medición del acceso físico, de los recursos financieros y de las limitaciones, así como la documentación de la calidad— que influye en la utilización. Por tanto, el acceso universal es una función de la necesidad en su dimensión tanto clínica como social.

En 1998, el UNFPA publicó indicadores para los programas de población y salud reproductiva¹². En 1999 y 2001 se celebraron dos reuniones interinstitucionales en las que se estableció una lista corta de 17 indicadores para la vigilancia mundial, sobre la base de recomendaciones formuladas en el marco del seguimiento quinquenal de la CIPD (CIPD+5). Recientemente se ha publicado un documento de la OMS en el que se proporcionan orientaciones acerca de la recopilación de datos, el análisis y la interpretación de estos indicadores¹³.

Los 17 indicadores abarcan los principales aspectos de la salud sexual y reproductiva y constituyen una lista de la que se pueden elegir algunos. Estos indicadores, no obstante, no están concebidos específicamente para medir el “acceso” ni constituyen un marco para tratar todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva de forma sistemática. Por tanto, el presente esfuerzo se basa en este trabajo y lo desarrolla y avanza a partir de él.

En otras dos reuniones se ha debatido acerca de la medición del acceso universal a la salud sexual y reproductiva a nivel mundial. En una consulta del UNFPA y la OMS celebrada en 2003 para definir indicadores mundiales se recomendaron cuatro indicadores, tres de los cuales ya figuran en el marco de los ODM⁸. En 2005, la OMS organizó otra consulta técnica para examinar las propuestas anteriores.

En la consulta de 2005 se recomendó un conjunto de indicadores para la vigilancia mundial de la salud reproductiva en el contexto de los ODM¹⁴. Estas recomendaciones se remitieron al Grupo Interinstitucional y de Expertos (IAEG, por sus siglas en inglés) sobre los indicadores de los ODM^c, para que se estudiase su inclusión en el marco de supervisión de los ODM (véase la sección 1.4, relativa a los indicadores de la salud reproductiva en el marco de los ODM).

Otros documentos recientes clave (el marco de aplicación de la estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS¹⁵ y del Plan de Acción de Maputo de la Unión Africana)¹⁶ proporcionan un abanico de indica-

dores para la supervisión de políticas y programas. No obstante, se precisan orientaciones sobre las cuestiones relativas a la medición y el establecimiento de prioridades.

Por último, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS colaboró con el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”)¹⁷. En el informe resultante se establece un enfoque de los indicadores de la salud basado en los derechos humanos, y se aplica dicho enfoque a la estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS. El marco establecido en este informe incluye indicadores de los principales aspectos de la salud sexual y reproductiva, con arreglo a la definición establecida en la estrategia mundial.

Estos resultados proporcionan información y herramientas útiles para supervisar los avances hacia el logro de varios aspectos de la salud sexual y reproductiva o de la atención de la salud, y se han utilizado para diversos fines. Por ejemplo, la lista corta de 17 indicadores mundiales se modificó según los contextos locales tanto de países en desarrollo como de países desarrollados (véase el anexo 1)^{18,19}. La experiencia obtenida en este proceso dio forma a las recomendaciones de la presente consulta.

Además, en el debate que tuvo lugar en la reunión consultiva se convino en que era importante garantizar que la terminología fuera coherente en toda la documentación. En consonancia con un enfoque de la salud sexual y reproductiva que abarca la totalidad del ciclo vital, los participantes en la consulta también identificaron la necesidad de determinar las necesidades de las mujeres y hombres mayores en materia de salud sexual y reproductiva, y recomendaron que se prestara especial atención a las necesidades de los grupos marginados.

Se observó que las herramientas existentes no miden la utilización de los sistemas de salud alternativos, de los proveedores informales de servicios sanitarios o del sector privado. También se necesitan estrategias para abordar los determinantes sociales ajenos al mandato del sector de la salud, que podrían ser esen-

^c El IAEG sobre los indicadores de los ODM es el órgano técnico del sistema de las Naciones Unidas que hace un seguimiento de los indicadores de los ODM en lo que respecta a la divulgación, los aspectos técnicos y la mejora de los datos.

ciales para realizar intervenciones fructíferas. En la reunión también se reconoció la importancia de mantener un enfoque basado en los derechos y que tenga en cuenta la dimensión de género.

1.4 El “Acceso universal a la salud reproductiva” en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y consecuencias para los programas en los países

La historia de los ODM y del acceso universal a la salud reproductiva comenzó en junio de 2000, cuando en el informe sobre los objetivos de desarrollo del Secretario General de las Naciones Unidas y de los Jefes de Agencias, se incluyó una meta relativa al acceso universal a la salud reproductiva entre los objetivos de desarrollo. Sin embargo, en septiembre de 2000 no se mencionó la salud reproductiva en la Declaración de la Cumbre del Milenio²⁰.

En 2001 se publicó un documento en el que se ofrecía una “guía general” para hacer efectiva la visión de la Cumbre del Milenio y en el que figuraban una serie de objetivos relacionados con la salud reproductiva (por ejemplo, la salud materna, la supervivencia infantil y el VIH/SIDA), sin hacerse una referencia explícita al concepto general de salud reproductiva^d. En 2004, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas pidió que el acceso universal a la salud reproductiva se incluyera como meta en el marco de vigilancia de los ODM, y posteriormente publicó un análisis del papel de la salud sexual y reproductiva en el logro de los ODM.^{21,22}

El apoyo político al acceso universal a la salud sexual y reproductiva aumentó después de que en la resolución WHA58.31 se hiciera un llamamiento para que se acelerase la aplicación de medidas nacionales para lograr el acceso y la cobertura universales en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, mediante la atención de salud reproductiva.²³ En eventos posteriores (por ejemplo, la Cumbre Mundial de 2005, el Marco de Políticas Continentales de la Unión Africana sobre la salud y los derechos sexuales

y reproductivos de 2006) se puso énfasis en los ODM y en sus vínculos con la salud sexual y reproductiva.

En la Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización que se presentó a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 se recomendaron oficialmente cuatro nuevas metas para su inclusión en los ODM, entre ellas el acceso universal a la salud reproductiva. Se tomó nota de la Memoria y, atendiendo a la recomendación, se solicitó al IAEG que identificara indicadores pertinentes³. El IAEG propuso un conjunto básico de indicadores para la nueva meta del acceso universal a la salud reproductiva, que incluye, entre otros indicadores, *la tasa de uso de anticonceptivos, las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, la tasa de natalidad entre las adolescentes y la cobertura de atención prenatal*.

A nivel nacional, el marco formal de indicadores sobre los ODM de ámbito mundial no abarca todo el abanico de servicios o determinantes de la salud sexual y reproductiva (dentro y fuera de los sistemas de salud). Se precisan orientaciones programáticas para establecer prioridades, hacer un seguimiento de las mejoras en los sistemas de salud (incluida la integración de los servicios) y llegar a los grupos de población especiales. En los planes de desarrollo y de cobertura informativa de ámbito nacional se deberían seleccionar y adaptar indicadores de un grupo básico de mediciones relevantes para la salud reproductiva.

Uno de los nuevos desafíos para el logro del acceso universal a la salud sexual y reproductiva a nivel nacional es el entorno cambiante de la ayuda (por ejemplo, la financiación con recursos comunes y el establecimiento de prioridades nacionales) en medio de los procesos de reforma del sector de la salud y de las Naciones Unidas. La persistencia de programas verticales y las diversas iniciativas de elaboración de “guías generales” (por ejemplo, para la salud materna y la supervivencia infantil) también hacen necesaria la formulación de orientaciones claras acerca de un conjunto básico de indicadores del contexto social, de los sistemas de salud y de los resultados que se puedan incorporar a las aplicaciones nacionales.

Estos procesos de elaboración de guías generales en curso y otros procesos relacionados con los ODM

^d Naciones Unidas. 2001. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: informe del Secretario General (A/56/326, 6 de septiembre de 2001).

referentes a la salud se emprendieron antes de que se adoptara la meta relativa a la salud reproductiva (véase el anexo 2, *El caso del Congo*). Por tanto, los sistemas de vigilancia y evaluación se convierten en un mecanismo primordial para garantizar que se preste atención a los resultados de la salud reproductiva – de ahí la necesidad de proporcionar herramientas para aplicar la nueva meta.

Los indicadores recomendados pueden utilizarse para supervisar los avances en la supresión de obstáculos, la mejora de los sistemas de salud y el afrontamiento positivo de las necesidades y riesgos en materia de salud sexual y reproductiva. La disseminación, la prueba y el uso de un conjunto básico de indicadores pueden garantizar la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los diálogos nacionales sobre políticas y en los planes y estrategias nacionales – incluidos los relacionados con la reducción de la pobreza.

1.5 Resultados de salud sexual y reproductiva y atención sanitaria en el contexto de la CIPD

La CIPD considera la salud reproductiva como el derecho básico de todas las parejas/individuos. Hace hincapié en los derechos de los individuos a decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos y el momento en que desean tenerlos, así como a disponer de la información y los medios para ello; en el derecho de alcanzar el mayor nivel posible de salud reproductiva, y en el derecho a tomar decisiones respecto de la reproducción al margen de toda discriminación, coacción y violencia.

Estos derechos incluyen la equidad para ambos sexos, así como prestar atención a las necesidades individuales, incluidas las de los adolescentes y los grupos de población desfavorecidos (como los pobres, las personas que viven en zonas rurales y los desplazados). También se reconocen explícitamente las necesidades de hombres y niños y las de los hombres y mujeres de edad avanzada.

A la luz de estos principios subyacentes, los países se han comprometido a proporcionar los medios (a través del sistema de atención primaria de la salud) para

garantizar el bienestar reproductivo de sus habitantes tal como es estipulado en el principal objetivo del acceso universal de la CIPD (véase el recuadro 2).

Recuadro 2. Objetivo de la CIPD del acceso universal

Todos los países deberían esforzarse por hacer accesible, a través del sistema de atención sanitaria primaria, la salud reproductiva a todos los individuos de edades apropiadas tan pronto como sea posible y a más tardar en 2015.

Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.6

En el Programa de Acción de la CIPD se describe la atención de la salud reproductiva como “la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo mediante la prevención y solución de problemas de salud reproductiva”. Esta descripción también incluye la salud sexual, cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida y de las relaciones personales, y no sólo el asesoramiento y la atención relacionados con la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

Según el Programa de Acción de la CIPD, los siguientes servicios de atención de la salud sexual y reproductiva deberían ofrecerse en el nivel de la atención primaria; deberían estar diseñados para atender las necesidades de las mujeres, pero también ser accesibles a los hombres, incluidos los adolescentes (con las derivaciones necesarias); y deberían satisfacer las necesidades de:

- asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de **planificación familiar**;
- educación y servicios de **atención prenatal, parto sin riesgo y atención** postnatal, especialmente en lo que respecta a la lactancia natural y a la atención sanitaria de niños y mujeres;
- prevención y tratamiento apropiado de la **infertilidad**;
- prevención del aborto peligroso y el tratamiento de sus complicaciones;

- tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, de las **enfermedades de transmisión sexual** y de otras **afecciones de la salud reproductiva**;
- información, educación y asesoramiento, según corresponda, sobre **sexualidad humana**, salud reproductiva y paternidad responsable; y
- oposición activa a las **prácticas perniciosas**, como la mutilación genital femenina.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Debido a la relativa facilidad de medición, los indicadores con que se miden los resultados de la salud sexual y reproductiva se centran tradicionalmente en los resultados negativos como medidas aproximadas del logro del bienestar reproductivo (a través del abanico de servicios de atención sanitaria mencionado más arriba), tal como lo define la CIPD. Por ejemplo, para medir el **cumplimiento de la fecundidad**, deseada se computan los embarazos no deseados, la infertilidad y las complicaciones derivadas de abortos;

para medir el **parto sin riesgo**, se tienen en cuenta las muertes y enfermedades maternas (fístula, anemia); para medir la **salud del recién nacido y la lactancia natural**, se contabilizan las muertes de recién nacidos, las muertes perinatales y la insuficiencia ponderal del recién nacido; para medir el **prácticas sexuales sin riesgo**, se contabilizan las prácticas sexuales de riesgo y las ITS; para medir el **bienestar reproductivo**, se tienen en cuenta los cánceres del aparato reproductor; y para medir la **satisfacción sexual**, se toma en consideración la insatisfacción sexual y la mutilación genital femenina.

De los 17 indicadores de la salud reproductiva establecidos a los efectos de su vigilancia mundial, 10 son indicadores de resultados¹³. En el cuadro 1 se muestran estos indicadores en relación con cada uno de los aspectos de la salud sexual y reproductiva. Como se puede ver, los indicadores de algunas áreas de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, la planificación familiar y la salud materna) están más plenamente establecidos que los relativos a otras (por ejemplo, las ITS y la salud sexual).

Cuadro 1. Indicadores de resultado de salud sexual y reproductiva que figuran entre los 17 indicadores de la OMS

Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicadores de resultado
Fecundidad/planificación familiar	Tasa global de fecundidad Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que pueden quedar embarazadas y que notifican que llevan intentando quedarse embarazadas dos años o más
Salud materna y perinatal	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva cuyos niveles de hemoglobina evidencian anemia Razón de mortalidad materna Tasa de mortalidad perinatal Porcentaje de nacidos vivos con insuficiencia ponderal
Salud materna y perinatal transversal e ITS (incluido el VIH)	Mujeres embarazadas que reciben atención prenatal y presentan serología positiva para la sífilis Mujeres embarazadas con el VIH
ITS en hombre	Casos notificados de uretritis en hombres
Prácticas sexuales nocivas	Casos notificados de mujeres a quienes se les ha practicado la mutilación genital femenina

LA FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Es necesario adoptar medidas eficaces de atención sanitaria para prevenir y tratar las afecciones indicadas en el cuadro 1. Por tanto, “el acceso universal a la atención de la salud reproductiva” – o, en un sentido más práctico, “el acceso equitativo a la atención de la salud reproductiva” – es el objetivo de los programas nacionales destinados a aumentar el bienestar reproductivo de sus habitantes.

El acceso a la atención de la salud, tal como se explica en esta sección, ha resultado difícil de medir debido a sus múltiples componentes (por ejemplo, la accesibilidad física, el costo, la información y la calidad). Por esta razón, se suele tomar en consideración la utilización para obtener una estimación del acceso. Un modo práctico de medir el grado de logro del acceso universal (o “acceso equitativo”) es examinar y explicar las desigualdades en el uso de intervenciones eficaces. Sólo intentando determinar detenidamente las razones subyacentes a las variaciones de uso puede el observador:

- evaluar si las variaciones son realmente un motivo de preocupación (es decir, si se deben a una necesidad clínica y reflejan opciones plenamente informadas, podrían no ser inequitativas);
- determinar las políticas que se deben adoptar para enfrentarlas (por ejemplo, no es necesario abrir más dispensarios si la razón real de la subutilización reside en actitudes negativas del personal de los dispensarios respecto de ciertos grupos de personas.

Al explicar las desigualdades, se puede tomar un simple enfoque económico en el que la demanda y la oferta interactúen para determinar si las personas reciben la atención necesaria. Si se separan las influencias en el uso en cuestiones de demanda y oferta, la identificación de las causas de la variación es más fácil.

Desde el punto de vista de la oferta, la variación en el acceso puede ocurrir si se produce la exclusión de ciertos grupos debido a los costes directos e indirectos del acceso, diferencias en la calidad de la atención ofrecida, falta de información, y diferentes “propensio-

nes” de los profesionales médicos respecto del control de entrada. No obstante, la oferta no explica todas las variaciones en el acceso.

Suelen existir factores del uso relacionados con la demanda, como las variaciones respecto de la necesidad de un servicio determinado, las diferentes evaluaciones de los beneficios y riesgos del tratamiento, las distintas percepciones de la disponibilidad y la eficacia, las diferentes interpretaciones de los consejos médicos, los distintos costes/precios implícitos del uso, y la disponibilidad de opciones alternativas de atención. En este contexto, la necesidad puede definirse por el nivel de enfermedad o la capacidad para beneficiarse de la asistencia, y puede variar dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se mida.

Asimismo, es posible que la necesidad no permanezca constante en todos los grupos. Incluso los indicadores más simples de medición de la necesidad, como la morbilidad autonotificada, puede diferir según la cultura o el lugar donde viva la persona. Por tanto, en la planificación de los programas nacionales se debería especificar cuales son las poblaciones necesitadas, tomándose en consideración los servicios específicos enumerados anteriormente en esta sección.

La interpretación de los datos empíricos requiere un conocimiento de las fuentes de variación relevantes en contraposición a las irrelevantes. En ocasiones, una mayor utilización puede evidenciar un uso inapropiado y no equitativo (por ejemplo, las tasas de cesárea). Tasas de utilización muy bajas pueden poner de manifiesto alternativas públicas/privadas/familiares. Otras cuestiones incluyen el control de la variación en las necesidades, las desventajas múltiples y la “falacia ecológica”^e. Se debe tener cuidado al interpretar las pruebas a gran escala en contraposición a las pruebas a pequeña escala, así como ser conscientes de que la asociación no siempre implica causalidad.

Es particularmente importante tomar en consideración los factores ajenos al sistema de salud al estudiar el acceso a la salud sexual y reproductiva: los factores conductuales, socioculturales, políticos y económicos desempeñan un papel primordial tanto en los

resultados de salud conexos como en la capacidad para obtener los servicios necesarios. Por ejemplo, el deseo de tener familias numerosas se ha debido en parte a la necesidad de garantizarse el cuidado en la vejez en ausencia de regímenes de seguridad social.

Las regulaciones y las políticas pueden restringir o propiciar la mejora de la salud sexual y reproductiva. Los marcos restrictivos pueden prohibir la educación sexual para los jóvenes, limitar la adopción libre y fundamentada de decisiones acerca de la regulación de la fecundidad, y reducir la financiación pública destinada a la planificación familiar y a la atención de la maternidad. Los entornos propicios garantizan una licencia adecuada de maternidad (y paternidad), promueven la divulgación de información sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, y reconocen la autonomía de la mujer para decidir acerca de su propia fecundidad. Estas influencias deberían tenerse en cuenta al examinar el uso variable de la atención sanitaria, así como al intentar lograr la equidad en la atención de la salud reproductiva.

1.6 Resumen y recomendaciones

- El principal objetivo de la CIPD consiste en garantizar el “acceso a la salud”, por lo que este objetivo no se limita a la atención de la salud. No obstante, en el Programa de Acción se aboga por que este objetivo se logre mediante la atención primaria de la salud, aun reconociéndose la influencia del contexto más amplio que afecta al comportamiento relativo a la salud y a la utilización de los servicios. Por tanto, los indicadores de la atención de la salud constituyen un componente principal para determinar el grado de consecución del objetivo de la CIPD. Sin embargo, existen importantes factores sociales que también se deberían vigilar.
- El concepto de “acceso universal” debería reflejar equidad (igualdad de acceso para la misma necesidad) y la capacidad de determinar distintos niveles de necesidad entre las personas y durante períodos diferentes para cada persona. La equi-

dad es difícil de definir y medir. A modo de aproximación, se pueden medir las diferencias relativas en el acceso y el uso por cada necesidad.

- Es necesario abordar las diferencias económicas y geográficas que limitan el disfrute de los servicios de salud sexual y reproductiva. Los recursos financieros y humanos destinados a la salud deben distribuirse de forma equitativa, y los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluirse en un conjunto de medidas sanitarias esenciales.
- Algunos de los resultados en materia de salud sexual y reproductiva son más fáciles de modificar mediante intervenciones en la esfera de la atención de la salud (por ejemplo, la mortalidad y la morbilidad maternas), pero otros (como la mutilación genital femenina y la violencia sexual) lo son menos. Este último grupo de resultados se ve ampliamente influenciado por determinantes sociales y culturales, y la forma en que los medios y vigilamos es decisiva para el desarrollo de indicadores sólidos.
- El abanico de indicadores debería incluir los determinantes sociales, los indicadores de procesos, los de acceso, utilización, calidad, y de resultados.
- Aunque para lograr el acceso universal es necesario aumentar los servicios que se prestan, también se tienen que invertir esfuerzos en garantizar el incremento de su utilización y su uso sostenido. Por tanto, la cuestión del acceso universal debe examinarse en el contexto de la disponibilidad, asequibilidad, adecuación, calidad, aceptabilidad y continuidad/sostenibilidad de los servicios.
- Al evaluar los servicios de salud sexual y reproductiva, se debería disponer de datos relativos a las aportaciones (como las políticas, la financiación y los recursos humanos), los productos (como la información sanitaria, la disponibilidad de servicios y la calidad) y los resultados (como la utilización demográfica y geográfica) para ponerlos en correlación con indicadores de resultados como el bienestar, la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad.

° La falacia ecológica consiste en la adopción de una suposición incorrecta sobre un individuo sobre la base de datos totales relativos a un grupo.

- Los indicadores de proceso que miden el rendimiento en una fase más avanzada de la “cadena causal” (esto es, indicadores intermedios de los resultados referentes a la utilización y uso de los servicios) son indicadores más precisos que los utilizados en fases anteriores de la intervención (esto es, indicadores de las aportaciones e indicadores directos de los resultados referentes a la disponibilidad, la accesibilidad física y la calidad de la atención), cuya influencia en los posibles resultados se verá afectada por diversos factores.

2. MARCO DE REFERENCIA PARA EVALUAR LOGROS EN EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



De acuerdo con los debates y las recomendaciones resumidos en el capítulo anterior, los participantes en la consulta acordaron elaborar un marco de vigilancia en consonancia con los cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva que figuran en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS^a. En el marco se incluirían indicadores de los resultados de salud sexual y reproductiva, indicadores del acceso a la atención de la salud y de su uso (indicadores de proceso), y determinantes sociales y contextuales.

Se formaron grupos de trabajo de acuerdo con los aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva. Estos grupos elaboraron y propusieron una serie de indicadores clave para cada una de las esferas amplias indicadas a continuación:

- planificación familiar;
- salud materna, perinatal y del recién nacido, incluida la eliminación del aborto peligroso;
- infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), infecciones del aparato reproductor (ITS/IAR) y otras enfermedades del aparato reproductor, incluido el cáncer; y
- salud sexual, incluidas la sexualidad adolescente y las prácticas nocivas.

Los grupos de trabajo examinaron los marcos de indicadores existentes, en particular la lista de los 17 indicadores de salud reproductiva de la OMS. A continuación, los grupos intentaron completar y subsanar las deficiencias existentes en los indicadores de resultados de ciertas esferas de la salud sexual y reproductiva, así como en intervenciones clave (tanto en el ámbito del cuidado de la salud como en el ámbito social y de políticas) para lograr mejores resultados.

^a En la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS se describen cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva: mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las infecciones de transmisión sexual (en particular el VIH), las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual.



El abanico de indicadores definido por cada grupo de trabajo se presentó a la plenaria y se debatió. Los resultados de los grupos de trabajo, las exposiciones y los debates se incorporaron a los cuadros 2a a 2d de la sección 2.1. En estos cuadros se presentan los indicadores recomendados para cada uno de los cinco aspectos clave de la salud sexual y reproductiva, indicadores que en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS aparecen clasificados dentro de las siguientes cuatro categorías:

- determinantes: factores sociales y de políticas;
- indicadores de acceso: disponibilidad, información/demanda, calidad;
- indicadores de uso; y
- indicadores de resultados/impacto.

Los indicadores se clasificaron como **básicos**, **adicionales** o **ampliados**, según su importancia relativa, la facilidad de la recopilación de datos, y la pertinencia contextual. Los indicadores **básicos** son aquellos sobre los que todos los países deberían informar;

los indicadores **adicionales** son aquéllos sobre los que los países podrían informar con arreglo a sus necesidades especiales, características contextuales y capacidades (por ejemplo, cuando la cobertura para los datos básicos es elevada); y los indicadores **ampliados** pueden ser pertinentes para los países en que prevalezcan problemas particulares (por ejemplo, la ablación genital femenina).

Estas clasificaciones pueden cambiar con el tiempo, y pueden adquirir diferentes niveles de importancia para cada uno de los países. En la mayoría de los casos, los indicadores básicos deberían estar fácilmente disponibles, mientras que los indicadores adicionales y ampliados pueden requerir encuestas especiales para documentar los cambios.

En la consulta también se llamó la atención hacia las esferas en que existían deficiencias a los efectos del desarrollo de indicadores. Por último, en la consulta se recomendó seguir trabajando para subsanar esas deficiencias (véase el cuadro 3).

2.1 Indicadores recomendados

Cuadro 2a. Indicadores de determinantes sociales y de políticas

DETERMINANTES: FACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador (básico, adicional ^a o ampliado)	Fuente de datos
General	Política (o estrategia) nacional de salud sexual y reproductiva	Sí/No	Básico	Examen de políticas
	Asignación presupuestaria para productos de salud sexual y reproductiva en los presupuestos nacionales u otras fuentes controladas nacionalmente	Sí/No	Básico	Registros administrativos
Planificación familiar	Puntaje de las intervenciones de planificación familiar ^b (indicadores múltiples)	Puntaje	Adicional	Encuesta (de expertos)
	Plan plurianual para la adquisición de cada producto de planificación familiar	Sí/No	Adicional	Examen de políticas
	Compromiso de los interesados con el plan de adquisición	Sí/No	Adicional	Evaluación por expertos
	Fondos de los donantes para la planificación familiar	Sí/No (cantidad en dólares de los EE.UU.)	Adicional	Registros administrativos
	Fondos de los países para la planificación familiar	Sí/No (cantidad en dólares de los EE.UU.)	Básico	Registros administrativos
Salud materna y perinatal	Existen sistemas de información para identificar a la población que puede desplazarse a los establecimientos en un máximo de una hora (Sistema de Información Geográfica – SIG)	Sí/No	Adicional	SIS ^d
	Se define un conjunto mínimo de servicios de atención prenatal	Sí/No	Básico	Registros administrativos
	Realización de pruebas de anemia forma parte de los servicios básicos de atención prenatal	Sí/No	Básico	Registros administrativos
	Registro de incidencias de mutilación genital femenina durante el parto	Sí/No/NA ^c	Ampliado	SIS
	Registro obligatorio de los recién nacidos (incluida la información sobre su peso)	Ambas informaciones/Sólo el registro de los recién nacidos/ Ninguna de las dos informaciones	Básico	Registro civil

^a Los indicadores que requieren esfuerzos especiales de recopilación de datos (por ejemplo, encuestas) y/o sistemas de información sobre la salud relativamente desarrollados se clasifican como “adicionales” en lugar de “básicos”, aunque entre estos últimos hay algunos importantes que requieren esfuerzos especiales de recopilación de datos.

^b Este indicador es una puntaje (de 0 a 120) que mide la solidez del programa nacional de planificación familiar a través de informes de expertos encuestados de un determinado país sobre cuatro aspectos (actividades de creación de políticas y marcos; servicios y actividades relacionadas con los servicios; evaluación y mantenimiento de registros; y disponibilidad y accesibilidad de productos y servicios de control de la fecundidad) (*Compendio de Indicadores para Evaluar Programas de Salud Reproductiva*, Serie de Manuales MEASURE Evaluation, Número 6, 2002).

^c NA= No se aplica.

^d Sistemas de Información Sanitaria.

DETERMINANTES: FACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS (continúa)				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador (básico, adicional o ampliado)	Fuente de datos
ITS/IAR/enfermedades del aparato reproductor	Política en materia de detección del cáncer cervicouterino	Sí/No	Básico	Examen de políticas
	Política en materia de control de las ITS	Sí/No	Básico	Examen de políticas
Salud sexual	La ley prohíbe la discriminación por razones de identidad de género, orientación sexual o discapacidad física o intelectual	Sí/No	Básico	Examen de políticas
	La ley prohíbe el matrimonio de hombres y mujeres menores de 18 años	Sí/No	Ampliado	Examen de políticas
	La ley requiere el consentimiento pleno y libre de las partes para contraer matrimonio	Sí/No	Básico	Examen de políticas
Violencia sexual	La ley prohíbe la violencia sexual	Sí/No	Básico	Examen de políticas
	La ley prohíbe la violación en el matrimonio	Sí/No	Básico	Examen de políticas
	Estrategia/plan para prevenir la violencia sexual, incluida la violación en el matrimonio, y adoptar medidas al respecto	Sí/No	Básico	Examen de políticas
Prácticas nocivas	La ley prohíbe todas las formas de mutilación genital femenina	Sí/No/NA	Ampliado	Examen de políticas
	Estrategia/plan para eliminar la mutilación genital femenina (según la necesidad local y de acuerdo con las informaciones resultantes de las investigaciones locales sobre las prácticas culturales)	Sí/No	Ampliado	Examen de políticas
	Existencia de reglamentaciones médicas contra la práctica de la mutilación genital femenina	Sí/No/NA	Ampliado	Examen de políticas
Salud sexual de los adolescentes ^e	La educación sobre sexualidad en la escuela es obligatoria	Sí/No	Básico	Examen de políticas

^e Se aplica la definición de adolescente de la OMS (de 10 a 19 años). No obstante, en lo que respecta a ciertos indicadores de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, las fuentes de datos habituales sólo dan información para el grupo de edad de 15 a 19 años; la inclusión del grupo de edad de 10 a 14 años depende de las prácticas y decisiones contextuales.

Cuadro 2b. Indicadores de acceso

ACCESO: DISPONIBILIDAD				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de datos
Planificación familiar	Número de centros de prestación de servicios de planificación familiar por cada 500 000 personas	Tasa	Básico	SIS
	Personas que viven a dos horas de viaje de los centros de prestación de servicios de planificación familiar	Porcentaje	Adicional	SIS
	Establecimientos de atención primera de la salud que ofrecen servicios de planificación familiar	Porcentaje	Básico	SIS
	Número de otras fuentes ^f de información, servicios y suministros de planificación familiar por cada 500 000 habitantes	Tasa	Adicional	SIS/encuesta (establecimientos)
Salud materna y perinatal	Cinco (5) establecimientos de atención obstétrica de urgencia ^g por cada 500 000 habitantes, de los que al menos uno ofrezca una atención integral	Sí/No	Básico	SIS
	Personas que viven a un máximo de una hora de viaje de un establecimiento de atención obstétrica de urgencia	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Personas que viven en zonas con un sistema comunitario de derivación y transporte	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Eliminación del aborto peligroso	Número de establecimientos que ofrecen servicios de aborto sin riesgo ^h por cada 500 000 habitantes	Tasa	Adicional	SIS
	Proveedores de servicios de salud que están capacitados para prestar servicios de aborto sin riesgo ^h de plena conformidad con la ley	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Personas que viven a un máximo de dos horas de viaje de un establecimiento que presta servicios de aborto sin riesgo ^h	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
ITS/IAR	Establecimientos de atención primaria de salud que ofrecen servicios completos y reconocidos de tratamiento de los casos de ITS sintomáticos	Porcentaje	Básico	SIS
Salud sexual	Proveedores de servicios de salud capacitados para asesorar en materia de salud sexual	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Mecanismos alternativos ⁱ para proporcionar información, servicios y suministros de salud sexual	Sí/No	Adicional	Evaluación de expertos
Violencia sexual	Centros de prestación de servicios que proporcionan un apoyo médico, psicológico y jurídico apropiado a las mujeres y hombres víctimas de violación o incesto	Porcentaje	Básico	Encuesta (establecimientos)
	Proveedores de servicios de salud capacitados para detectar signos de abuso o violencia sexual	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Policías capacitados en material de salud y violencia sexuales	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)

^f Otras fuentes son, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales y las farmacias.

^g Los indicadores subrayados son los incluidos en la lista de los 17 indicadores mundiales de salud reproductiva.

^h Este indicador es aplicable en el contexto de las legislaciones de los países en materia de aborto.

ⁱ Entre los mecanismos alternativos figuran aquellos proporcionados, por ejemplo, por las organizaciones no gubernamentales o por sectores estatales ajenos al sistema de salud (escuelas, lugares de trabajo, etc.).

ACCESO: DISPONIBILIDAD (continúa)				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de datos
Prácticas nocivas	Centros de prestación de servicios que ofrecen servicios médicos, psicológicos y de derivación, así como otros servicios necesarios para las mujeres a quienes se ha practicado la mutilación genital femenina	Porcentaje	Ampliado	Encuesta (establecimientos)
	Instituciones de formación médica que proporcionan formación sobre la prevención y el tratamiento de las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina	Número	Ampliado	Encuesta (establecimientos)
Salud sexual de los adolescentes	Centros de prestación de servicios que ofrecen servicios adaptados a las necesidades de los jóvenes ^l	Porcentaje	Adicional	SIS
	Proveedores de servicios de salud capacitados para prestar servicios adaptados a las necesidades de los jóvenes	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Disponibilidad de mecanismos alternativos de prestación de servicios en la esfera de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (por ejemplo, la educación entre pares y la comercialización social de los preservativos)	Sí/No	Adicional	Evaluación de expertos
ACCESO: INFORMACIÓN				
Salud materna y perinatal	Conocimiento de al menos tres factores de riesgo/señales de advertencia de complicaciones relacionadas con el embarazo	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Conocimiento de la disponibilidad de servicios para complicaciones relacionadas con el embarazo	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Eliminación del aborto peligroso	Personas con un conocimiento adecuado de la condición jurídica del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Personal sanitario con un conocimiento adecuado de la condición jurídica del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
ITS/IAR y enfermedades del aparato reproductor Salud sexual (jóvenes)	Hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) o grupos "de riesgo" que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales creencias erróneas sobre la transmisión del VIH ^{k,l}	Porcentaje (mujeres/hombres)	Básico	Encuesta (población)

^j Definidos de acuerdo con las normas de la OMS.

^k Las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH son la utilización de preservativos y el mantenimiento de relaciones sexuales con una sola pareja fiel y no infectada. Las tres principales creencias erróneas están definidas localmente, siendo una de ellas que una persona de apariencia sana no puede transmitir el VIH.

^l Se deberían seleccionar grupos destinatarios según las prioridades del país y el grado de expansión de la epidemia (generalizada o concentrada).

ACCESO: DEMANDA				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de datos
Planificación familiar	Mujeres de 15 a 49 años que desean retrasar o impedir la maternidad	Porcentaje	Básico	Encuesta (población)
	Necesidad insatisfecha de planificación familiar ^m	Porcentaje	Básico	Encuesta (población)
ACCESO: CALIDAD				
Planificación familiar	Centros de prestación de servicios preparados (con reservas de productos y personal capacitado) para ofrecer al menos tres métodos de planificación familiar	Porcentaje	Básico	SIS
	Centros de prestación de servicios en los que agota alguno de los métodos en cualquier momento durante un período determinado	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Proveedores de servicios de salud que notifican (al menos) una práctica definida (localmente) como obstáculo médico ⁿ	Porcentaje	Adicional	Encuesta (establecimientos)
Eliminación del aborto peligroso	Centros de prestación de servicios que utilizan la aspiración por vacío manual para el aborto inducido (en circunstancias en las que el aborto no contraviene la ley)	Sí/No	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Centros de prestación de servicios que utilizan la aspiración por vacío manual para tratar las complicaciones del aborto	Sí/No	Adicional	Encuesta (establecimientos)
ITS/IAR	Existencia de normas y protocolos relativos a la prestación de servicios de diagnóstico, tratamiento y asesoramiento en materia de ITS/IAR	Sí/No	Adicional	Encuesta (establecimientos)
Salud sexual	Existencia de normas y protocolos relativos a la prestación de servicios que promueven la salud sexual	Sí/No	Adicional	Encuesta (establecimientos)

^m Necesidad insatisfecha se refiere a la proporción del total de mujeres en riesgo de quedar embarazadas y que desean espaciar o limitar la maternidad que no utilizan anticonceptivos.

ⁿ Los obstáculos médicos definidos localmente pueden consistir, por ejemplo, en la restricción del uso de ciertos métodos según características personales como la paridad o la edad, pese a la existencia de recomendaciones basadas en pruebas que promueven lo contrario.

Cuadro 2c. Indicadores de la utilización de los servicios

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de dato
Planificación familiar	Prevalencia del uso de anticonceptivos	Tasa	Básico	Encuesta
Salud materna y perinatal	Mujeres que han utilizado servicios atención prenatal ^o al menos cuatro veces durante el embarazo	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Mujeres embarazadas sometidas a pruebas de detección del VIH	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Mujeres embarazadas sometidas a pruebas de detección de la sífilis	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Mujeres embarazadas sometidas a pruebas de detección de anemia	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Cobertura de vacunación contra el tétanos entre las embarazadas	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Partos asistidos por personal sanitario calificado	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Partos en establecimientos de salud	Porcentaje	Adicional	SIS o encuesta (población)
	Porcentaje de cesáreas respecto de todos los nacidos vivos	Porcentaje	Básico	SIS o encuesta (población)
	Mujeres que reciben asesoramiento sobre planificación familiar después del parto/ aborto (como porcentaje de las mujeres atendidas)	Porcentaje	Adicional	SIS
	Mujeres lactantes tres meses después del parto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
ITS/IAR y enfermedades del aparato reproductor	Utilización del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo	Porcentaje	Básico	Encuesta (población)
	Utilización del preservativo en la primera relación sexual	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Embarazadas con serología positiva para la sífilis que reciben el tratamiento estándar	Porcentaje	Adicional	SIS
	Embarazadas VIH-positivas que reciben un tratamiento completo de profilaxis antirretroviral (ARV) para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño	Porcentaje	Básico	SIS

^o En la lista de los 17 indicadores de la salud reproductiva, la utilización de servicios de atención prenatal se define como “utilización al menos una vez”. En el presente marco, este indicador se redefine como “utilización al menos cuatro veces”.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de dato
	Niños nacidos de madres VIH-positivas a quienes se suministraron ARV – para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño – al nacer	Porcentaje	Básico	SIS
	Mujeres de entre 20 y 50 años sometidas a pruebas de detección del cáncer cervicouterino de conformidad con una política nacional de prevención de dicho cáncer	Porcentaje	Adicional	SIS
	Mujeres con fístula vesicovaginal que recibieron tratamiento quirúrgico (reparación)	Porcentaje	Ampliado	Encuesta (especial)
Violencia sexual	Número de incidentes de violencia sexual, incluida la violación en el matrimonio, notificados a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y/o a profesionales de la salud en los últimos cinco años	Número	Adicional	Registros administrativos (policía)
	Casos notificados de los incidentes mencionados más arriba que han conllevado la incoación de acciones judiciales	Porcentaje (del total de casos notificados)	Adicional	Registros administrativos (policía)
Salud sexual	Adolescentes que han recibido una educación sexual y reproductiva exhaustiva en la escuela	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)

Cuadro 2d. Indicadores de los resultados/impacto

RESULTADOS/IMPACTO				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicador	Fuente de dato
General	Asignación presupuestaria estatal destinada a la salud	Porcentaje	Básico	Registros administrativos
	Asignación presupuestaria estatal destinada a la salud sexual y reproductiva	Porcentaje	Básico	Registros administrativos
Planificación familiar	Tasa global de fecundidad	Tasa	Básico	Registro civil/encuesta (población)
	Tasa de natalidad entre las adolescentes (tasa de fecundidad por edad entre las adolescentes de entre 15 y 19 años)	Tasa	Básico	Registro civil/encuesta (población)
	Mujeres y hombres de entre 18 y 24 años que tuvieron un hijo antes de los 18 años	Porcentaje (mujeres/hombres)	Adicional	Encuesta (población)
	Niños nacidos en los últimos 3 a 5 años tras un intervalo de menos de 24 meses	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Mujeres sexualmente activas de entre 15 y 49 años que, pudiendo quedar embarazadas, no lo están, ni están tomando anticonceptivos ni están lactando y que indican que llevan intentando quedarse embarazadas dos años o más	Tasa	Adicional	Encuesta (población)
Salud materna y perinatal	Mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyos niveles de hemoglobina fueron analizados y que padecen anemia	Porcentaje	Básico	SIS
	Razón de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos)	Razón	Básico	SIS/encuesta (población)/registro civil
	Tasa de mortalidad obstétrica directa ^P	Tasa	Adicional	Encuesta (establecimientos)
	Prevalencia/incidencia de la fístula obstétrica	Tasa	Ampliado	Encuesta (establecimientos)
	Tasa de mortalidad perinatal (muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos)	Tasa	Básico	SIS/encuesta (población)/registro civil
	Tasa de mortinatalidad (muertes fetales por cada 1000 nacidos vivos)	Tasa	Básico	SIS/encuesta (población)/registro civil
	Nacidos vivos con insuficiencia ponderal (menos de 2500 g)	Tasa	Básico	SIS/encuesta (población)/registro civil
	Incidencia del tétanos neonatal	Tasa	Básico	SIS/registros administrativos

^P Número de mujeres que mueren por complicaciones obstétricas directas durante un período de tiempo específico respecto de todas las mujeres con complicaciones obstétricas directas (las complicaciones obstétricas directas son: hemorragia, trastornos hipertensivos, aborto, septicemia, parto obstruido, embarazo ectópico, embolias y complicaciones relacionadas con la anestesia).

RESULTADOS/IMPACTO (continúa)				
Esfera de la salud sexual y reproductiva	Indicador	Tipo de medición	Tipo de indicado	Fuente de dato
Eliminación del aborto peligroso	Admisiones obstétricas y ginecológicas debidas a abortos	Porcentaje	Básico	SIS
	Tasa de hospitalización por aborto inseguro por cada 1000 mujeres	Tasa	Adicional	SIS
	Abortos por cada 1000 nacidos vivos	Razón	Básico	SIS/encuesta (población)
	Muertes maternas atribuidas a abortos	Porcentaje	Básico	SIS/encuesta (especial)/registro civil
ITS/IAR	Embarazadas de entre 15 y 24 años que acuden a centros de atención prenatal y cuyos análisis de sangre evidencian serología positiva para la sífilis ^q	Porcentaje	Básico	SIS
	Embarazadas de entre 15 y 24 años que acuden a centros de atención prenatal y cuyos análisis de sangre evidencian serología positiva para el VIH ^q	Porcentaje	Básico	SIS/encuesta (población)
	Hombres de entre 15 y 49 años que indican haber sufrido al menos un episodio de uretritis en los últimos 12 meses	Porcentaje	Adicional	SIS/encuesta (población)
Salud sexual	Mujeres que indiquen haber sufrido la mutilación genital femenina	Porcentaje	Ampliado	Encuesta/SIS
	Tasa de natalidad entre las adolescentes ^r	Tasa	Básico	Registro civil/encuesta (población)
	Adolescentes que nunca han tenido una relación sexual ^s	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales y que utilizaron anticonceptivos en su primera/última relación sexual ^s	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Adolescentes solteros y sexualmente activos que utilizan preservativos sistemáticamente ^s	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Hombres y mujeres (de entre 15 y 24 años) que han mantenido relaciones sexuales antes de cumplir 15 años	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)

^q Vinculado con los indicadores de salud materna/perinatal.

^r Vinculado con los indicadores de planificación familiar.

^s Desglosado por sexos.

Cuadro 3. Esferas en las que es preciso elaborar más indicadores

Esfera	Sugerencias/deficiencias
Planificación familiar	<p>Costo de los servicios</p> <p>Necesidad de determinar un indicador de “aceptabilidad”</p>
Salud materna/perinatal	<p>Elaboración de una política en materia de cesáreas (para evitar su utilización excesiva)</p> <p>Parto institucional para embarazos de alto riesgo</p> <p>Asistentes de parto calificados en contraposición a los partos institucionales – con arreglo al contexto nacional</p> <p>Costos de los partos institucionales</p> <p>Control de las infecciones en las maternidades (calidad)</p>
ITS/IAR y enfermedades del aparato reproductor	<p>Indicador de uretritis – examinar otros resultados, por ejemplo la úlcera genital</p> <p>La esterilidad – diferenciándose entre primaria o secundaria – puede precisar una reformulación de acuerdo con las directrices de la OMS</p> <p>Indicadores de comportamientos que conducen a ITS</p> <p>Calidad de la atención</p> <p>Indicadores para grupos vulnerables (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y trabajadores del sexo comercial)</p> <p>Utilización de fuentes alternativas para el tratamiento de las ITS, por ejemplo farmacias – se precisa formulación</p>
Salud sexual/sexualidad sana	<p>Sexualidad sana/indicador de satisfacción sexual</p> <p>Vínculos con la potenciación de la capacidad de acción de la mujer (ODM 3) (como determinantes)</p> <p>Disfunción sexual</p> <p>Acceso y utilización por grupos vulnerables, especialmente los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los trabajadores del sexo comercial</p>
Salud sexual y reproductiva de los adolescente	<p>Creencias (entre los adolescentes) de la necesidad de servicios preventivos</p> <p>Privacidad, confidencialidad, consentimiento informado a la prestación del servicio</p> <p>Satisfacción del cliente</p>
Violencia sexual	<p>Indicador de los resultados de violencia sexual (por determinar) – problema: diferencias interculturales en la percepción de la violencia sexual</p> <p>Trata de niñas</p>
Mutilación genital femenina	<p>Centros de prestación de servicios no médicos, servicios de apoyo social, capacitación de los policías, etc</p> <p>Servicios necesarios en materia de mutilación genital femenina</p>

2.2 Discusión y recomendaciones

Los indicadores recomendados por los participantes en esta consulta estaban concebidos para complementar y ampliar los 17 indicadores de la salud reproductiva definidos con anterioridad²⁴. Este enfoque abarcó las esferas de la salud sexual y reproductiva que no se tomaron en consideración en el contexto anterior, así como los factores más generales que influían en el bienestar sexual y reproductivo. Algunas de las recomendaciones relativas a cuestiones que deberían tenerse en cuenta para facilitar la aplicación del marco en los programas nacionales son las siguientes.

PRINCIPIOS

- El marco elaborado en la consulta servirá para identificar los problemas relativos a la salud sexual y reproductiva en el nivel de los países. La disponibilidad de encuestas de población para algunos indicadores representa una buena oportunidad, pero los datos de las encuestas pueden no resultar útiles en el ámbito subnacional o en el de la prestación de servicios. Los proveedores de servicios deberían recibir capacitación para recopilar y utilizar los datos. Dado que tal vez no sea posible realizar encuestas en todos los establecimientos de salud, la utilización de una muestra de los mismos puede proporcionar datos de alta calidad en los que basar la elaboración de programas o las intervenciones.
- No todos los indicadores (adicionales o ampliados) pueden aplicarse a cada contexto nacional; cada país debería seleccionar sus indicadores adicionales y ampliados de entre aquellos que se proponen en el presente documento, con arreglo a sus problemas y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.
- Los indicadores de ámbito nacional permiten a los países evaluar sus logros hacia la consecución del mencionado objetivo del acceso universal y de las metas intermedias. No obstante, para adoptar medidas respecto de las intervenciones necesarias con miras al logro del acceso universal, es preciso comprender las variaciones de los indica-

dores entre las distintas poblaciones; por tanto, es crucial poder interpretar los datos en el nivel local y en el de las subpoblaciones. Como mínimo, y en la medida en que sea pertinente, los procesos de recopilación de datos deberían conservar la capacidad de obtener y comunicar la información desglosada por edad, sexo, lugar geográfico y etnicidad.

- Desde el punto de vista de las políticas, es importante examinar el alcance de las desigualdades y su importancia relativa. Entre las cuestiones que cabe examinar figuran el alcance de las diferencias en cuanto a la utilización; el tamaño de los grupos afectados; la existencia o no de desigualdades múltiples en un grupo; y el impacto de dichas desigualdades en el estado de salud.

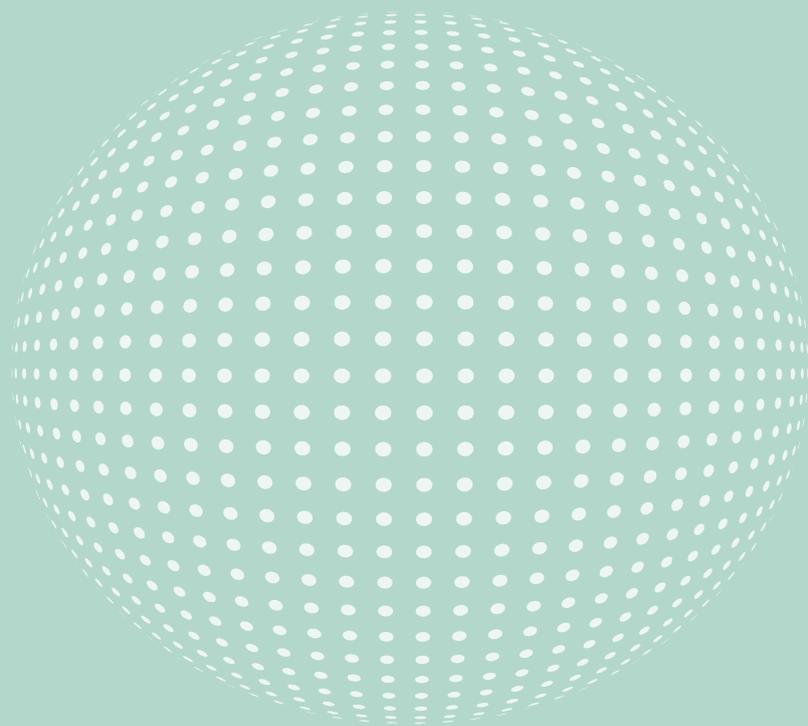
LIMITACIONES

- A nivel nacional, la vigilancia y la evaluación pueden verse limitadas por el grado de inversión en el desarrollo de sistemas de información sobre salud. La capacidad de generar o analizar datos suele ser limitada.
- Un amplio abanico de programas verticales puede tener como resultado la fragmentación de los procesos de vigilancia y evaluación en el seno de los países, ya que, debido a su limitada capacidad, los sistemas de información de salud tienden a responder prioritariamente a las exigencias de los donantes en materia de responsabilización.
- La tensión entre la demanda de información sobre salud para satisfacer las necesidades de las comunidades, los establecimientos y los distritos/regiones de salud, por un lado, y la demanda para cumplir las necesidades de datos mundiales, por otro, puede limitar la utilización de información para la adopción de decisiones a nivel local.
- Ya se está recopilando una gran variedad de datos de los establecimientos sanitarios, aunque sin que se evalúe normalmente su exhaustividad y calidad. Esta deficiencia conlleva que algunos usuarios desconocen y, por tanto, subutilicen los datos en todos los niveles, incluso para la elaboración de políticas.

- En muchos países no se recaban datos del sector privado, por lo que no se tiene suficientemente en cuenta la información relativa al acceso/uso de los servicios de atención de la salud por una parte considerable de la población.
- No se suele disponer de información sobre los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva, como la pobreza, la movilidad y las desigualdades de género.
- Aunque se dispondrá rutinariamente de algunos indicadores en países que cuentan con registros civiles y otros sistemas de información sobre la salud, la mayoría de los indicadores para vigilar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva requerirá la realización de encuestas de población. No obstante, la mayor parte de los países no podrá realizar estas encuestas con regularidad. En lo que respecta a los países que forman parte del sistema de encuestas demográficas y de salud (EDS), es necesario establecer vínculos para integrar los nuevos indicadores (o las definiciones revisadas de los indicadores existentes) con el fin de garantizar que dicho sistema proporcione la información necesaria. Se tiene que mejorar la equivalencia de las mediciones entre los distintos programas de encuesta (por ejemplo, el sistema de EDS, la Encuesta agrupada de indicadores múltiples del UNICEF y las encuestas nacionales). Una solución a más largo plazo será el refuerzo de los sistemas de información sobre salud de los países en desarrollo. En este contexto, el vínculo también se puede establecer mediante iniciativas como la Red de Sanimetría.
- El compromiso de los países se articula mediante su disposición a perseguir los objetivos de desarrollo internacionales relacionados con la salud reproductiva. Estos objetivos son: los ODM; las iniciativas regionales (como las de la Oficina Regional de la OMS para África, el proyecto de Indicadores de salud reproductiva en la Unión Europea –REPROSTAT-, y las de la Organización Panamericana de la Salud) que apoyan la consecución de estos objetivos; las numerosas reuniones consultivas en las que se debate el concepto de acceso universal y se establecen metas; y la riquísima experiencia internacional de muchas partes interesadas en la utilización de algunos de los indicadores. Este enfoque facilitará la aplicación del marco de vigilancia presentado en este documento.
- Es necesario invertir esfuerzos en garantizar la calidad y la comparabilidad de los datos de los distintos países, para lo cual éstos han de acordar directrices claras respecto de la recopilación, análisis y notificación de los datos. Estos esfuerzos son necesarios porque la comparabilidad de los datos entre los distintos países puede resultar difícil y compleja cuando los sistemas son diferentes. Esta necesidad se aplica a los países tanto desarrollados como en desarrollo.
- Se deberían realizar estudios de viabilidad en dos o tres países para evaluar el conjunto de indicadores propuestos. También se necesitarán datos de investigación para evaluar la relación entre los indicadores de procesos y los indicadores de resultados. Las conclusiones de las investigaciones deben difundirse y traducirse en la elaboración y gestión de programas.

CAMINO QUE HAY QUE SEGUIR

- Se debe apoyar a los países en el desarrollo de su capacidad técnica para que articulen múltiples flujos de información, con el fin de identificar y elaborar programas con los que subsanar las deficiencias en los servicios evidenciadas por la información.
- Para vigilar los logros en el acceso universal (a la salud sexual y reproductiva), los países deberían establecer metas de intervenciones clave y hacer un seguimiento de su aplicación mediante la vigilancia y la evaluación periódicas.
- Los participantes en la consulta recomendaron que se estableciera un grupo de referencia oficial relativo a los indicadores de la salud sexual y reproductiva y a los indicadores de los vínculos políticos y programáticos de los servicios de salud sexual y reproductiva con otros servicios de salud. El objetivo de ese grupo sería vigilar los avances en la elaboración y utilización de los indicadores y realizar aportaciones técnicas constantes a las solicitudes nacionales, regionales y mundiales.



3. INDICADORES POTENCIALES DE LOS VÍNCULOS ENTRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL VIH/SIDA



3.1 Antecedentes y razones

Pronunciamientos recientes han creado un entorno propicio para explorar las sinergias entre los programas de salud sexual y reproductiva y los programas en materia de VIH/SIDA. Estos pronunciamientos han sido los llamamientos titulados *Glion call to action* y *New York call to commitment*, cuyo fin es fortalecer los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA (2004)^{25,26}, y la *Declaración política* emanante del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2006)²⁷, en la que se destaca “ la necesidad de reforzar los vínculos entre las políticas y los programas y la coordinación entre las actividades dedicadas al VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva”. Se espera que los resultados de vincular de los servicios de salud sexual y reproductiva sean mayores que los de dichos servicios por separado.

Una de las razones que subyacen al establecimiento de vínculos o a la integración es el hecho de que los programas de salud sexual y reproductiva y los programas relativos al VIH/SIDA se dirigen a las mismas poblaciones objetivo (hombres, mujeres y jóvenes sexualmente activos). Por otro lado, ambos tipos de programas promueven un comportamiento sexual seguro y responsable, y pueden aumentar la protección dual y el uso de preservativo y proporcionar una respuesta coordinada a la salud sexual y reproductiva.

Los enfoques vinculados reducirían la transmisión del VIH de la madre al niño y el estigma asociado al VIH/SIDA, y minimizarían la pérdida de oportunidades de aumentar el acceso y la cobertura. La mayor eficiencia potencial produciría ahorro de costos, eliminaría la duplicación y promovería la coordinación. Las sinergias tendrían probablemente un mayor impacto en la prevención. Por tanto, el objetivo general sería mejorar el acceso y acelerar los logros en materia de prevención, tratamiento y atención respecto del VIH, así como en la esfera de la salud sexual y reproductiva, mediante el fomento de los vínculos o la integración.

En este capítulo se examina el desarrollo de indicadores potenciales que podrían utilizarse para vigilar los llamamientos globales destinados a fortalecer los vínculos, así como los esfuerzos nacionales para ponerlos en práctica.



Recuadro 3. Definiciones operativas

- **Integración:** integración de servicios dimanante de la CIPD basado en la necesidad de ofrecer servicios que satisfagan varias necesidades de forma simultánea.
- **Vínculos:** vínculos establecidos para reflejar formas alternativas de combinar servicios, incluida la creación de oportunidades para la referencia sistemática en el marco de los programas.
- **Sinergias:** implica que los resultados de los servicios integrados o vinculados son mayores que los resultados de los servicios por separado.

3.2 Indicadores potenciales

Los indicadores en el **nivel de las políticas** podrían ser los siguientes:

- existencia de (o número de países que tienen) una estrategia nacional de salud sexual y reproductiva que incluye la prevención, la atención y el apoyo respecto del VIH;
- existencia de (o número de países que tienen)^a una estrategia nacional de cambio conductual para la prevención y la atención en materia de VIH en el marco de políticas y programas de salud sexual y reproductiva;
- número de centros de prestación de servicios por cada 500 000 habitantes que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva (incluida la prevención, la atención y el apoyo en materia de VIH) como parte de sus servicios esenciales de atención básica de la salud;
- (número de)^a países que han introducido la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH en sus últimos planes de estudio de educación primaria y secundaria;
- proporción del presupuesto destinado a la atención de la salud que se asigna a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva en el marco de los servicios relativos al VIH, y proporción asignada a la prevención y la atención en materia de VIH en el marco de los servicios de salud sexual y reproductiva; y
- existencia de materiales de formación y planes de estudio sobre los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH en el ámbito de los programas y la prestación de servicios, como parte de la formación previa al empleo y durante el empleo.

También sería útil identificar indicadores **conductuales**, como:

- la proporción de parejas VIH-discordantes que utilizan preservativos para prevenir el contagio entre los miembros de la pareja; y
- la proporción de parejas (relaciones formales y no formales) que indican que utilizan preservativos para prevenir el VIH.

En el anexo 3 figura una serie de indicadores potenciales que se podrían utilizar para evaluar los vínculos en el **nivel de la prestación de servicios**. En el cuadro 5 figura una selección de indicadores en el contexto de las dimensiones del marco descrito en el capítulo 2, clasificados según los diferentes componentes de la prestación de servicios.

3.3 Discusión y recomendaciones

- La vinculación o la integración de la salud sexual y reproductiva en los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH brindarían la oportunidad de mejorar los resultados (debido a que tienen la misma población objetivo y tienen potencial para aumentar la protección dual y el uso de preservativos, eliminar la duplicación y promover la eficacia, entre otros factores).
- Las evaluaciones por parte de los interesados son necesarias para determinar qué servicios se prestan e identificar obstáculos, de forma que las lecciones aprendidas puedan servir de guía para la elaboración de políticas que contemplen una atención integral. En algunos casos, los servicios existentes tendrán que reforzarse y ampliarse. En otros, será necesario organizar derivaciones sistemáticas.

^a En total.

- Deberían incluirse otros indicadores para abordar los aspectos conductuales de los vínculos.
- Algunos indicadores son nuevos y tienen que probarse sobre el terreno.
- En el nivel de la aplicación, se admitió que establecer vínculos entre los servicios puede plantear problemas cuando la financiación de los donantes promueve los programas verticales.

Cuadro 4. Indicadores de los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y los programas sobre VIH/SIDA

Tipo de indicadores	Indicadores de vínculo propuestos
Políticas	Número de países que han elaborado y aplicado una estrategia nacional de cambio conductual para la prevención y el tratamiento del VIH en el marco de políticas y programas de salud sexual y reproductiva Número de países con una estrategia nacional de salud sexual y reproductiva que incluye la prevención, la atención y el apoyo en materia de VIH
Determinantes sociales	Proporción de parejas VIH-discordantes que usan preservativos y reciben tratamiento para impedir el contagio entre los miembros de la pareja Proporción de centros de prestación de servicios de atención primaria de la salud que a) están orientados a las necesidades de los adolescentes y b) promueven la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva
Acceso: disponibilidad de los servicios	Número de centros por cada 500 000 habitantes que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva – entre ellos servicios de prevención, tratamiento y apoyo respecto del VIH – como parte de la atención esencial básica de la salud Proporción de centros de prestación de servicios de atención primaria de la salud que ofrecen a) tres o más, o b) seis o más de los siguientes servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y de tratamiento del VIH/SIDA: planificación familiar, atención prenatal, atención postnatal, servicios relativos a las ITS, servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH prestados a instancia del interesado, servicios de pruebas y asesoramiento prestados a instancias de profesionales, prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, ARV, y pruebas de detección del cáncer cervicouterino y del cáncer de próstata
Acceso: información	Número de países que incluyen la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH en sus últimos planes de estudio de la educación primaria y secundaria Proporción de centros de atención primaria de la salud que ofrecen a) asesoramiento y pruebas de detección del VIH a instancia del interesado, incluido el seguimiento de las parejas para su tratamiento y asesoramiento, y b) comunicación en materia de cambio de comportamiento
Uso de servicios	Proporción de mujeres VIH-positivas que durante el período prenatal reciben a) ARV apropiados, y b) tratamiento de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño durante el parto Proporción de parejas de mujeres en período prenatal y con serología positiva para el VIH o la sífilis que reciben una atención y asesoramiento adecuados
Resultado/impacto ^b	Incidencia del VIH entre las embarazadas que concurren a servicios prenatales Incidencia de la transmisión del VIH de mujeres seropositivas a sus hijos

^b Aunque estos tipos de indicadores no se examinaron en la reunión, se incluyen como ejemplos de mediciones potenciales para medir la mejora del estado de salud.

Referencias

- Naciones Unidas. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas; 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1).
- Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de salud reproductiva*. Ginebra: OMS; 2004 (WHO/RHR/04.8).
- Naciones Unidas. *Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización. Documentos Oficiales, Sexagésimo primer período de sesiones, Suplemento No. 1 (A/61/1)*. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2006.
- Wilkinson R. "The challenge of prevention: a response to Starfield's "Commentary: pathways of influence on equity in health"". *Social Science & Medicine* 2007; 64:1367-70.
- Organización Mundial de la Salud. *Interpreting reproductive health*. Documento no publicado, 1999.
- Wilkinson R, y Marmot M. *The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
- Marmot M. "Social determinants of health inequalities". *Lancet* 2005; 365:1099-104.
- Organización Mundial de la Salud. *Indicators for measuring access to reproductive health care. Report of a WHO and UNFPA technical consultation*. Geneva: WHO; 2004.
- Mooney G. "Equity in health care: confronting the confusion". *Effective Health Care* 1983; 1:179-85.
- Goddard M, Smith P. "Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK". *Social Science & Medicine* 2001; 53:1149-62.
- Dominick KL, Dudley TK, Grambow SC, Oddone EZ, y Bosworth HB. "Racial differences in health care utilization among patients with osteoarthritis". *Journal of Rheumatology* 2003; 30:2201-2206.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Indicators for population and reproductive health programmes*. New York: UNFPA; 1998.
- Organización Mundial de la Salud. *Reproductive health indicators for global monitoring: guidelines for their generation, interpretation and analysis*. Geneva: WHO; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *Technical consultation on reproductive health indicators. Summary report*. Geneva; WHO; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. *Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO global reproductive health strategy*. Geneva: WHO; 2006.
- Unión Africana. Maputo plan of action for the operationalisation of the continental policy framework for sexual and reproductive health and rights 2007-2010. Maputo: African Union; 2007.
- Naciones Unidas. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos, 61º período de sesiones, tema 10 del programa provisional*. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
- Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KW, et al. "Reproductive health indicators in the European Union: the REPRO-TAT project". *European Journal of Obstetrics Gynaecology and Reproductive Biology* 2006; 126:3-10.
- Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. "Reproductive health indicators for China's rural areas". *Social Science and Medicine* 2003; 57:217-25.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Asamblea General de las Naciones Unidas, quincuagésimo quinto período de sesiones, tema 60(b) del programa*. Nueva York: Naciones Unidas; 2000 (A/RES/55/2. 1-9-2000).
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2005:82-4.
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. *Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño*. Ginebra: OMS; 2005 (resolución WHA58.31). http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_31-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Reproductive health indicators for global monitoring. Report of an interagency technical meeting*. Geneva: WHO; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. *The Glion call to action: family planning and HIV/AIDS in women and children*. <http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html> (3-5 de mayo de 2004) (acceso al sitio el 3 de agosto de 2007).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas/ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA/Family Care International. *The New York call to commitment: Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*. New York: UNFPA, 2004.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración política sobre el VIH/SIDA. Asamblea General de las Naciones Unidas, sexagésimo período de sesiones, tema 45 del programa*. Nueva York: Naciones Unidas; 2006 (A/RES/60/262. 15-06-2006).

Anexo 1. Aplicación de indicadores definidos mundialmente a contextos locales – estudios monográficos

A. Experiencia de la China rural^a

En 1997, el Ministerio de Salud de China informó que, en las zonas rurales, la razón de mortalidad materna era de 80,4/100.000 nacidos vivos, y que la tasa de mortalidad infantil era de 37,7/1.000 nacidos vivos, siendo ambas tasas significativamente más elevadas que las de las zonas urbanas. En sus esfuerzos por eliminar esta disparidad, los trabajadores de la salud de las zonas rurales se topan con la falta de indicadores de la salud reproductiva prácticos y medibles que puedan explicar los datos relativos a la mortalidad y la morbilidad.

La lista de los 17 indicadores de la salud reproductiva de la OMS podría resultar útil para colmar esta laguna, pero los esfuerzos por hacerlos operativos han planteado dificultades significativas. Los trabajadores de la salud de las zonas rurales necesitan indicadores más prácticos, viables y medibles que estén destinados a servir de guía para el desarrollo de programas tanto a nivel local (de forma que las intervenciones y los servicios sean más pertinentes) como a nivel nacional (de forma que se establezcan metas y políticas nacionales). Se emprendió un estudio para elaborar y poner a prueba indicadores de la salud reproductiva de base comunitaria para las zonas rurales, como medio para encarar este problema.

Se emplearon dos técnicas participativas: el proceso de grupo nominal y el método de encuesta Delphi. En primer lugar, el proceso de grupo nominal fue utilizado como herramienta comunitaria por los trabajadores de base de la esfera de la salud reproductiva para generar una amplia lista de indicadores potenciales. Posteriormente se empleó el método Delphi como proceso de construcción de consenso entre los expertos nacionales e internacionales para ordenar dichos indicadores de base comunitaria en función de su prioridad. Los principales criterios fueron la factibilidad, la viabilidad y la mensurabilidad en las zonas rurales de China.

^a Se puede consultar información detallada en: Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. "Reproductive health indicators for China's rural areas". *Social Science and Medicine* 2003; 57:217–25.

GRUPO NOMINAL

A la elaboración de los indicadores de salud reproductiva contribuyeron investigadores, profesionales y administradores de la esfera de la salud reproductiva, así como gestores del ámbito de la salud materna e infantil. El grupo se centró en los factores biomédicos, económicos y sociopolíticos que afectan a la salud reproductiva.

Los participantes (32 mujeres y 20 hombres), se dividieron en ocho grupos de trabajo. En total generaron 180 indicadores individuales que abarcaban las siete áreas siguientes:

- fecundidad y regulación de la fecundidad (26 indicadores);
- embarazo y parto (27 indicadores);
- salud infantil (7 indicadores);
- salud sexual (25 indicadores);
- actividades/políticas gubernamentales (15 indicadores);
- situación de la mujer – desarrollo y potenciación (37 indicadores); y
- desarrollo de las comunidades rurales (43 indicadores).

De estos 180 indicadores, 18 se eliminaron por no ser factibles o viables (por ejemplo, las actitudes de los trabajadores de la salud y las condiciones culturales de las minorías étnicas). Otros se eliminaron porque recibieron un puntaje baja de los participantes en el grupo nominal. Quedaron 126 indicadores sobre los que hubo un elevado consenso, los cuales se reorganizaron para la encuesta Delphi.

ENCUESTA DELPHI

La encuesta Delphi se llevó a cabo por correo, lo que permitió la participación de personas de una amplia área geográfica, entre las que figuraban tanto expertos chinos como internacionales (en las esferas de la salud pública, la atención de la salud, la sociología

y los estudios sobre la mujer). En diferentes grados, todos ellos tenían experiencia rural en países en desarrollo.

Se pidió a los expertos que analizaran si los indicadores eran prácticos, factibles y medibles para las zonas rurales de los países en desarrollo, y que los clasificaran como “Importantes”, “Algo importantes”, “Nada importantes”, “Importancia incierta” o “No familiarizado con el concepto”. La encuesta Delphi se envió por correo a 63 expertos chinos y a 60 expertos internacionales. De estos dos grupos de expertos, 60 y 43 (respectivamente) completaron la primera parte de la encuesta. La segunda parte de la encuesta (Delphi II) se envió sólo a aquéllos que habían respondido a la primera parte. De los que respondieron a la primera parte, 57 expertos chinos y 43 expertos internacionales completaron la segunda parte de la encuesta.

Todos los indicadores considerados “Importantes” por una mayoría simple en Delphi I, se incluyeron en Delphi II (n=50/126). Dado que seis de los 17 indicadores de la OMS no fueron generados por el proceso de grupo nominal, estos seis indicadores se omitieron en el cuestionario de Delphi I pero se incluyeron en el cuestionario de Delphi II. Este cuestionario incluía

además 17 nuevos indicadores propuestos por los expertos encuestados. En total, 73 indicadores potenciales fueron objeto de encuesta en esta fase.

En Delphi II, los indicadores considerados “Importantes” recibieron un puntaje de dos, los indicadores “Algo importantes” recibieron un puntaje de uno, y los indicadores “Nada importantes” recibieron un puntaje de cero. Los indicadores comunitarios de salud reproductiva que recibieron las puntuaciones medias más elevadas fueron seleccionados. En el recuadro A1.1 se destacan ocho variables que se consideran determinantes para medir los logros en la mejora de la salud reproductiva. La lista final de 21 indicadores se ofrece en el recuadro A1.2. Seis indicadores son idénticos a los que figuran en la lista de la OMS, mientras que otros dos son equiparables.

El caso de China evidencia estrategias eficaces para lograr la participación de la comunidad en la elaboración de indicadores apropiados. También resalta cómo los contextos locales determinan las prioridades en la comunidad. En el proceso participaron expertos locales e internacionales, que son importantes para garantizar las competencias y validar la selección final de indicadores.

Recuadro A1.1 Determinantes para medir los logros en la mejora de la salud reproductiva

- Proporción de pueblos que disponen de servicios esenciales de atención básica de la salud
- Proporción del presupuesto del gobierno local asignada a cuestiones relativas a la salud reproductiva
- Proporción de pueblos con agua potable salubre
- Proporción de pueblos con transporte hasta la ciudad
- Proporción de pueblos con electricidad
- Existencia de una organización responsable de las intervenciones de urgencia relacionadas con la mujer
- Proporción de mujeres que toman parte en las decisiones sobre los gastos familiares
- Proporción de mujeres en edad reproductiva que se vacunan contra el tétanos

Recuadro A1.2 Indicadores comunitarios de salud reproductiva para las zonas rurales de China y comparación con los 17 indicadores de salud reproductiva de la OMS

Indicadores de la salud reproductiva equiparables a los indicadores de la OMS (el número se refiere a la lista de la OMS)	NUEVOS indicadores de salud reproductiva para las zonas rurales de China
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa total de fecundidad (1) • Tasa de uso de anticonceptivos (2) • Razón de mortalidad materna (3) • Porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario calificado (4) • Proporción de pueblos con acceso a parteras con entrenamiento formal (similar al 5) • Proporción de mujeres embarazadas que reciben regularmente atención prenatal (similar al 6) • Tasa de mortalidad perinatal (8) • Prevalencia del VIH entre las mujeres en edad reproductiva (16) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de mujeres con el derecho legal de decidir si quieren procrear • Proporción de mujeres que pueden elegir libremente el tipo de contracepción que desean utilizar • Tasa de aborto inducido • Proporción de mujeres con infecciones del aparato reproductor • Proporción de mujeres con conocimientos de autoasistencia prenatal • Proporción de partos en condiciones antisépticas • Indidencia de las complicaciones del parto • Proporción de mujeres con embarazos de alto riesgo que paren en hospitales • Tasa de mortalidad neonatal • Proporción de niños de entre 0 y 5 años inmunizados • Tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años (por edad y sexo) • Proporción de pueblos con atención obstétrica de urgencia • Número de trabajadores de la salud por cada 100 000 habitantes que pueden diagnosticar y tratar enfermedades infecciosas comunes del aparato reproductor

B. La experiencia de la Unión Europea (el proyecto REPROSTAT)^b

Bajo los auspicios del programa de vigilancia de la salud de la Unión Europea (UE), se emprendió un proyecto para elaborar un conjunto exhaustivo de indicadores de la salud reproductiva para los Estados miembros de la UE. El proyecto REPROSTAT tenía como objetivo crear un conjunto básico común de indicadores que permitiría a los profesionales de la salud, a los encargados de elaborar las políticas y a los investigadores evaluar la salud reproductiva y la atención conexas en la UE. Estaba previsto que dicho sistema de vigilancia proporcionara señales de alerta temprana cuando la prevención y la atención sanitarias no fueran eficaces, así como oportunidades para emprender nuevas actividades e investigaciones. Dado que no se podía abarcar todos los aspectos con un único conjunto de indicadores, se establecieron vínculos con otros grupos como el PERISTAT (un proyecto similar para desarrollar un conjunto básico de indicadores sobre la salud perinatal) y registros de cánceres, entre otros. El proyecto se desarrolló de 2001 a 2003.

Para establecer el conjunto inicial de indicadores de REPROSTAT fue necesario evaluar la lista de indicadores mundiales de salud reproductiva de la OMS y añadir otros para lograr el objetivo del proyecto. Los indicadores seleccionados tenían como fin identificar las necesidades de mejora de la salud sexual y reproductiva de los ciudadanos de la UE; contribuir a la vigilancia y evaluación periódicas de la calidad, la eficacia y los avances de los programas de salud en Europa; y posibilitar la comparación de los datos de salud reproductiva en el seno de los Estados miembros de la UE y entre ellos. En 2002 se completó una lista final de 13 indicadores básicos (véase el recuadro A1.3). Adicionalmente se recomendaron otros cuatro indicadores, de los que los últimos tres requirieron un desarrollo ulterior (Recuadro A1.4).

^b Puede consultarse información detallada en: Temmerman M, Foster LB, Hannafor P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KW, et al. "Reproductive health indicators in the European Union: the REPROSTAT project". *European Journal of Obstetrics Gynaecology and Reproductive Biology* 2006; 126:3-10.

Recuadro A1.3 Indicadores básicos

- Sometimiento voluntario de mujeres embarazadas a una prueba de detección del VIH
- Seroprevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (de todas las edades) sometidas a una prueba de detección del VIH
- Prevalencia de *Chlamydia*
- Utilización de preservativo en el último contacto sexual de alto riesgo
- Edad media en la primera relación sexual
- Proporción del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual
- Tasas de fecundidad por edades específicas entre adolescentes
- Edad en que las mujeres tienen el primer hijo
- Tasa global de fecundidad
- Proporción de mujeres que intentan quedar embarazadas durante un año o más
- Proporción de partos asociados a técnicas de reproducción asistida
- Frecuencia de los abortos inducidos
- Proporción de mujeres de 50 años o más a quienes se ha practicado una histerectomía

Recuadro A1.4 Indicadores adicionales

- Proporción de mujeres con incontinencia urinaria
- Disfunción eréctil
- Salud sexual
- Violencia durante el embarazo

Los indicadores propuestos se basaron en datos que ya existen en muchos países como parte de la información recopilada habitualmente, mientras que otros países se basan probablemente en información recopilada a través de encuestas específicas. Los indicadores se probaron sobre el terreno en Alemania e Italia, y los revisores concluyeron que las diferencias respecto de los métodos de recopilación de datos y de la disponibilidad de información entre los distintos países sigue siendo un desafío. Mientras que algunos

Estados miembros cuentan con sistemas exhaustivos de información sanitaria, incluidas las encuestas nacionales, los métodos de recopilación de datos difieren y deberán armonizarse para garantizar la comparabilidad de los datos.

Este caso pone de manifiesto los problemas que plantea la utilización de distintos sistemas de recopilación de datos en los diferentes países de la misma región. La comparabilidad de los datos entre los distintos países fue difícil y compleja cuando los sistemas eran diferentes. Las cuestiones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva y los problemas de salud conexos también diferían bastante entre los países desarrollados y los países en desarrollo, e incluso entre los países desarrollados.

La reproducción asistida y la esterilidad se identificaron como cuestiones fundamentales en algunos países, mientras que el envejecimiento de la población y los problemas de salud relacionados con este fenómeno pueden ser prioritarios en otros países (como en el Japón). Mientras que el VIH/SIDA representa un problema crítico en el África Subsahariana, tiene menor prioridad en otros países en desarrollo. Es importante examinar cómo las herramientas se adaptarán a los contextos nacionales y reconocer la necesidad de garantizar que se cuente con la capacidad y los recursos apropiados para respaldar la recopilación de datos en los niveles nacional y local. Todos los países, tanto desarrollados como en desarrollo, necesitarán apoyo para analizar los datos y aplicarlos.

Anexo 2. Prestación de servicios de salud reproductiva en países en desarrollo: factores propicios y limitaciones – el caso del Congo

CONTEXTO

El Congo es un país altamente endeudado, con una elevada carga de pobreza (el 70% de la población vive con menos de un dólar de los Estados Unidos al día). El 60% de la población, que es de cuatro millones de habitantes, vive en zonas urbanas. La prevalencia del VIH es del 6%, y la esperanza de vida al nacer es de 49,6 años para los hombres y de 53,7 para las mujeres. La tasa bruta de natalidad es de 40/1.000, y el 55% de las mujeres congoleñas quedan embarazadas por primera vez antes de los 20 años.

La baja prevalencia del uso de anticonceptivos (13%) y la elevada fecundidad [tasa global de fecundidad (TGF)=4,8] contribuyen a un elevadísimo nivel de mortalidad materna (la razón de mortalidad materna es de 781/100.000 nacidos vivos), a pesar de que se notifican altas tasas de partos atendidos por asistentes calificados (86% en total, 95% en zonas urbanas y 72% en zonas rurales), de que el 82% de los partos tienen lugar en un centro de salud y de que el 75% de las mujeres tienen al menos cuatro visitas prenatales. La tasa de cesáreas es sólo del 3,2%, y la tasa de mortalidad neonatal es de 33/1.000 nacidos vivos. El aborto sólo está permitido en caso de que peligre la vida de la mujer, y entre el 36% y el 41% de estos procedimientos se realiza en establecimientos de salud. Las muertes maternas se producen por hemorragia (40%), septicemia postaborto (19%), septicemia puerperal (13%), eclampsia (11%), paludismo (10%) y otras causas (7%).

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

La vuelta de la paz tras un decenio de conflictos armados representa una oportunidad para mejorar la salud reproductiva. Esta paz ha reducido los problemas de seguridad y ha mejorado el acceso, especialmente entre los habitantes de zonas urbanas; asimismo, ha desbrozado el camino para la rehabilitación de los establecimientos sanitarios. La presidencia de la

Unión Africana por el Presidente Sassou-Nguesso en 2006 condujo a que la Unión Africana iniciara un proceso de aceleración del avance hacia el logro de los ODM. Este proceso ha propiciado la recepción de fondos de diversas fuentes, incluidos los ingresos del petróleo.

El primer Día Nacional de la Maternidad sin Riesgo se celebró en 2005 en colaboración con el Banco Mundial, la OMS, el UNFPA, el UNICEF y la UE (grupo temático sobre salud). Los organismos colaboradores abogaron por la adopción, en junio de 2007, de un conjunto mínimo de medidas de atención sanitaria como parte de la “hoja de ruta” para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Se está elaborando un plan nacional para el sector de la salud; a tal fin se están utilizando los datos de la EDS de 2005 como información básica para orientar las labores de planificación, fomento y medición de los avances. El Banco Mundial ha financiado un proyecto de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, y la UE ha financiado un proyecto de apoyo al sector de la salud. También se ha accedido a fondos de emergencia para la prestación de servicios de atención obstétrica de urgencia en 2006 y 2007.

Entre las limitaciones cabe señalar la insuficiente inversión nacional en servicios sociales básicos y en la reestructuración económica. El acceso geográfico limitado de las zonas rurales (especialmente en el norte y el oeste), que limita la presencia de organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, así como la escasa capacidad de las ONG locales y el reducido tamaño del sector privado (a excepción de algunas misiones y farmacias) son algunas de las causas más importantes de ausencia de acceso a la atención sanitaria.

La capacidad de los recursos humanos en el sector de la salud es muy escasa. El personal existente está mal pagado y desmotivado, y se contrata a nuevos

trabajadores sin ningún criterio, lo que contribuye al empobrecimiento de la calidad de los servicios de salud y de las capacidades de los proveedores. Estas condiciones se ven exacerbadas por la escasez de existencias en los establecimientos de salud. Los servicios de salud se prestan a un precio elevado para la población pobre mayoritaria, debido a las exigencias de cofinanciación y a las corruptelas.

MARCO ESTRATÉGICO

Los principios estratégicos y planteamientos en que se basa la hoja de ruta contemplan la aceptación de un líder (el Ministerio de Salud), un plan nacional, y un sistema de vigilancia y evaluación de la supervivencia materna y del niño pequeño que integre el plan de ruta de salud materna y neonatal en el plan nacional de desarrollo sanitario y la estrategia regional. Ese proceso requiere que todas las partes interesadas se pongan de acuerdo acerca de un paquete mínimo de prestaciones de asistencia y del uso de instrumentos fundamentados en datos probatorios. La finalidad de las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y organismos bilaterales o multilaterales, y de la división de responsabilidades (en el plano geográfico y técnico y respecto de la financiación), es aumentar la participación de la comunidad y del sector privado en la planificación y la prestación de los servicios.

A corto plazo (durante 2007), los esfuerzos se centrarán en la planificación familiar, en las campañas nacionales de vacunación, y en la elaboración de la hoja de ruta para el logro de los ODM 4 y 5. A mediano plazo (de 2007 a 2008), los esfuerzos se invertirán en mejorar los servicios de atención de la salud en los distritos urbanos, poniéndose especial atención en mejorar la calidad, la cobertura y la accesibilidad de la atención obstétrica y neonatal, la promoción de las prácticas comunitarias esenciales y el acceso y calidad de los productos básicos. A largo plazo (de 2009 a 2013), los esfuerzos se dirigirán a la revitalización de los distritos sanitarios rurales. A tal fin se establecerá un conjunto mínimo de servicios de atención para las zonas rurales, se crearán equipos móviles de contacto para llegar a las poblaciones dispersas, y se promoverán prácticas domésticas básicas y el acceso a productos esenciales.

RESUMEN Y DISCUSIÓN

El Congo, un país de ingresos bajos en el que el 70% de la población vive con menos de un dólar de los Estados Unidos al día, está elaborando un plan de acción para mejorar los servicios que se prestan a las madres y a los niños como respuesta a su elevada razón de mortalidad materna (781 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la hemorragia la causa del fallecimiento en el 40% de los casos).

El debate relativo a esta elevada mortalidad materna en un país en el que el porcentaje de nacimientos atendidos por parteras calificados es alto (86%) puso en evidencia la cuestión de la sensibilidad del indicador “parto atendido por personal calificado” para reflejar con exactitud el avance en la reducción del riesgo de mortalidad materna. Este debate puso en el punto de mira la necesidad de ayudar a los países a desarrollar las calificaciones para interpretar esta información en función de cuestiones de salud sexual y reproductiva más amplias. Estas cuestiones incluyen el acceso a una atención obstétrica integral de urgencia (con una tasa de cesáreas del 3%) y factores de riesgo como la elevada paridad (con una TGF de 4,8) y una baja tasa de uso de anticonceptivos (un 13%, del que el 10% corresponde al uso de preservativos), y se deben tener en cuenta para entender y abordar las fuentes del riesgo de la mortalidad materna.

Anexo 3. Indicadores potenciales de los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH en el nivel de la prestación de servicios

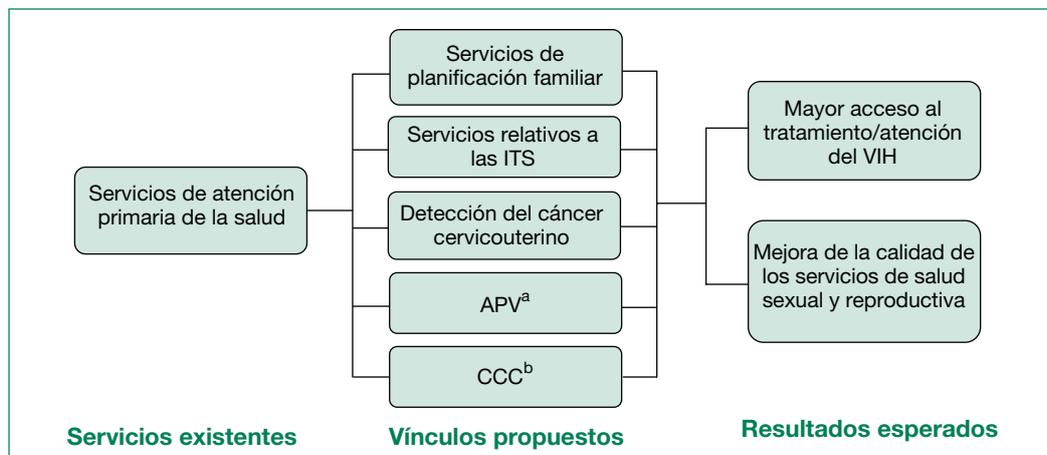
Los siguientes indicadores relativos a servicios específicos tienen como fin vigilar los vínculos específicos de los servicios, teniendo en cuenta los componentes de los servicios ejemplificados en los gráficos A3.1–A3.3.

Para los **servicios de atención primaria de la salud** (gráfico A3.1), los indicadores potenciales son:

- proporción de servicios de atención primaria de la salud que ofrecen planificación familiar, incluidos el suministro de preservativos y el asesoramiento, la detección, la atención o la derivación en materia de VIH;
- proporción de servicios de atención primaria de la salud que ofrecen asesoramiento, diagnóstico, tratamiento o derivación en materia de ITS;

- proporción de servicios de atención primaria de la salud que promueven la comunicación tendiente al cambio de comportamiento;
- proporción de usuarios de servicios de atención primaria de la salud que reciben servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el asesoramiento, la asistencia, la derivación o la realización de pruebas de detección del VIH;
- proporción de proveedores de servicios de atención primaria de la salud que han recibido formación en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo asesoramiento y asistencia respecto del VIH.

Gráfico A3.1. Servicios de atención primaria de la salud



^a Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH. ^b Comunicación de cambios de comportamiento.

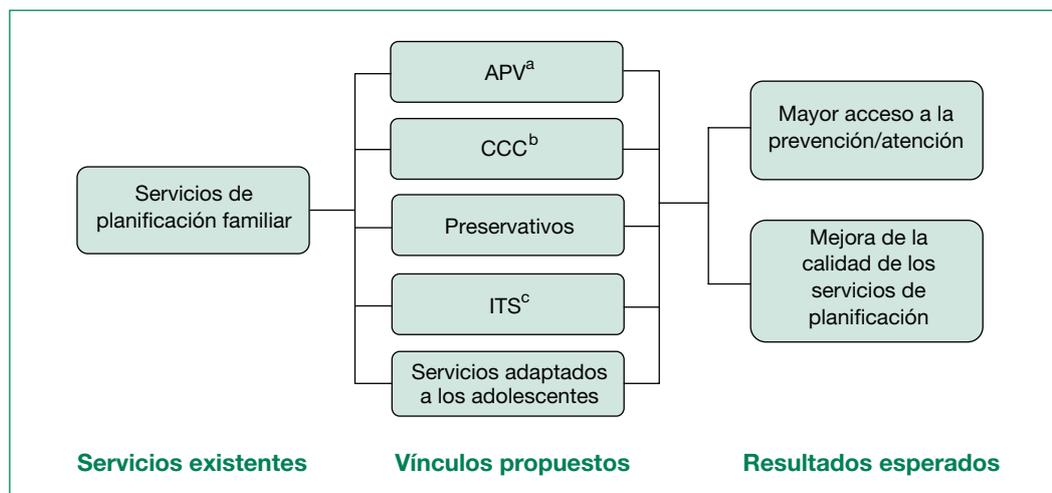
En cuanto a los servicios de **planificación familiar** (gráfico A3.2), los indicadores podrían ser:

- proporción de centros de planificación familiar que ofrecen servicios de asesoramiento y detección, atención o derivación en materia de VIH;
- proporción de usuarios de centros de planificación familiar que han recibido asesoramiento sobre el VIH, han sido sometidos a pruebas de detección, han recibido tratamiento o han sido derivados;
- proporción de personas que utilizan cualquier método de planificación familiar y aceptan utilizar

un preservativo (para la planificación familiar o la prevención de ITS o del VIH);

- proporción de usuarios de centros de planificación familiar que reciben CCC;
- proporción de usuarios de centros de planificación familiar que han recibido asesoramiento, han sido derivados o han recibido tratamiento en materia de ITS;
- proporción de usuarios de centros de planificación familiar que han recibido asesoramiento, han sido derivados o han recibido tratamiento por esterilidad;
- proporción de mujeres VIH-positivas con una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Gráfico A3.2. Servicios de planificación familiar



^a Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH. ^b Comunicación de cambios de comportamiento. ^c Infección de transmisión sexual.

En cuanto a los servicios de **salud materna** durante el embarazo y el parto, los indicadores podrían ser los siguientes:

- proporción de servicios de atención prenatal y obstétrica que promueven el enfoque¹cuatridimensional de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño;
- proporción de usuarios de los servicios de atención prenatal y obstétrica que han recibido asesoramiento y tratamiento para ITS, incluido el seguimiento del miembro varón de la pareja para su tratamiento y asesoramiento.

En cuanto a los servicios de **salud materna puerperal**, se incluirían indicadores que midiesen:

- proporción de centros de atención puerperal que asesoran sobre métodos de planificación familiar y ofrecen dichos métodos, incluidos los preservativos;
- proporción de usuarios de servicios de atención puerperal asesorados sobre el VIH y derivados para pruebas de detección y tratamiento.

En cuanto a los servicios de **aborto y de atención postaborto**, se podrían incluir los siguientes indicadores:

- proporción de mujeres que reciben atención postaborto y a quienes se proporciona asesoramiento y se facilita un método de planificación familiar y preservativos;
- proporción de mujeres que reciben atención postaborto y a quienes se asesora y se deriva para pruebas de diagnóstico y detección y a tratamiento contra ITS/IAR.

En cuanto a los programas de prevención y control de las **ITS/IAR**, se incluirían los siguientes indicadores:

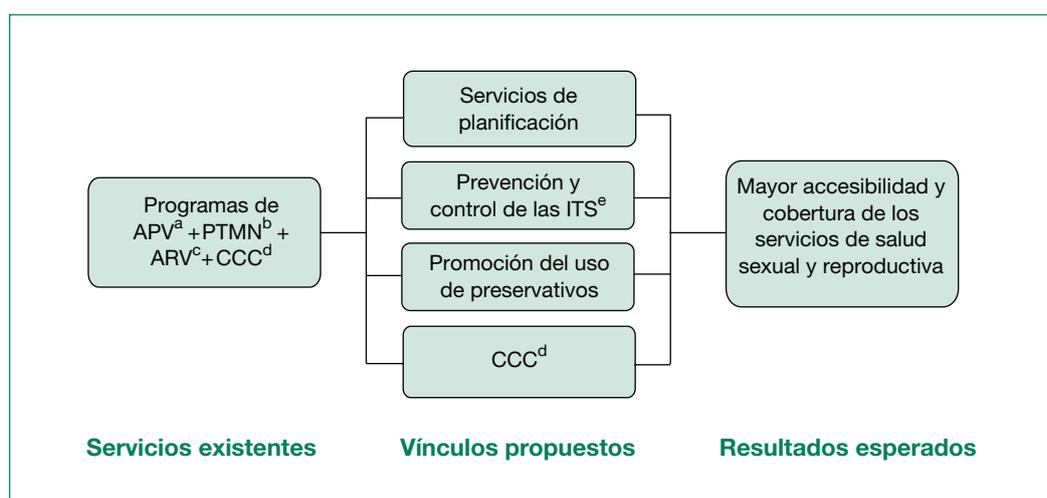
- proporción de centros de prevención de las ITS que prestan servicios de asesoramiento y detección del VIH;
- proporción de centros de prevención de las ITS que promueven la CCC;
- proporción de usuarios de servicios de control de las ITS a quienes se asesora sobre planificación familiar y se ofrecen preservativos.

¹ Los vínculos del programa de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño incluyen (1) prevención primaria de la infección por VIH entre las mujeres; (2) prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres con VIH; (3) prevención de la transmisión del VIH de la madre infectada a sus hijos; y (4) facilitación de tratamiento, atención y apoyo a las madres con VIH, a sus hijos y a sus familias.

En cuanto a los servicios de **prevención, atención y tratamiento en materia de VIH/SIDA** (gráfico A3.3), se medirá:

- la proporción de centros de prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA que suministran preservativos;
- la proporción de centros de prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA que cuentan con materiales de CCC;
- la proporción de personas VIH-positivas a quienes se trata y se asesora sobre atención y derechos de salud reproductiva, incluida la planificación familiar;
- proporción de centros de prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA que ofrecen servicios de diagnóstico y tratamiento de las ITS o de derivación de dichos casos.

Gráfico A3.3 Servicios de prevención, atención y tratamiento respecto del VIH/SIDA



^a Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección.

^b Prevención de la transmisión del VIH del madre al niño.

^c Tratamiento antirretrovírico.

^d Comunicación de cambios de comportamiento.

^e Infección de transmisión sexual.

Anexo 4. Definiciones

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La CIPD ha definido la salud sexual y reproductiva como:

un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos.

ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una posible definición de “acceso universal a la salud sexual y reproductiva” podría ser la siguiente.

La igualdad de posibilidades de todas las personas, según sus necesidades, de recibir información, someterse a pruebas de detección y recibir tratamiento y asistencia apropiados de forma oportuna, a lo largo de su vida reproductiva y con independencia de su edad, sexo, clase social, lugar de habitación u origen étnico, con el fin de poder:

- decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos y retrasar o prevenir el embarazo;
- concebir, alumbrar de forma segura y criar a hijos sanos, y tratar sus problemas de esterilidad;
- prevenir, tratar y controlar las infecciones del aparato reproductor y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y otras enfermedades del aparato reproductor, como el cáncer; y
- disfrutar de una relación sexual sana, segura y satisfactoria que contribuya a la mejora de las relaciones sociales y personales.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA CIPD

En el nivel de la atención primaria, se deberían ofrecer los servicios de salud reproductiva que se indican a continuación. Estos servicios deberían ir destinados a satisfacer las necesidades de las mujeres, pero también deberían ser accesibles para los hombres (incluidos los adolescentes y las personas mayores), incluyendo la derivación en la medida de lo necesario. Estos servicios deberían satisfacer las siguientes necesidades:

- asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de planificación familiar;
- educación y servicios en materia de atención prenatal, parto sin riesgo y atención postnatal, especialmente en lo que respecta a la lactancia natural y a la atención de la salud infantil y materna;
- prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad;
- prevención del aborto peligroso y gestión de sus consecuencias;
- detección y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, de las infecciones de transmisión sexual y de otras afecciones de la salud reproductiva, como los cánceres del aparato reproductor;
- información, educación y asesoramiento (según proceda) sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la procreación responsable; y
- difusión activa de información contra las prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina, incluidas la prevención y la disminución de la violencia sexual.

Anexo 5. Programa de la reunión

Martes, 13 de marzo de 2007

Hora	Descripción	Moderador
09: 00 – 09: 30	Bienvenida/observaciones introductorias	M. Mbizvo H. Belhadj
09: 30 – 10: 00	Antecedentes Objetivos/resultados previstos	M. Mbizvo L. Say
10: 00 – 10: 30	El “acceso universal a la salud reproductiva” en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	S. Bernstein
11: 00 – 12: 00	Objetivos/indicadores internacionales – contexto nacional: cuestiones que hay que examinar Discusión y recomendaciones	V. Li M. Temmerman
	Almuerzo	
14: 00 – 15: 00	Salud sexual y reproductiva y atención sanitaria (en el marco de la CIPD) Discusión y recomendaciones	L. Say
15: 00 – 15: 30	Determinantes sociales y culturales de la salud sexual y reproductiva Discusión y recomendaciones	S. Malarcher
16: 00 – 17: 30	Atención de la salud: acceso/acceso universal/acceso equitativo Discusión y recomendaciones	M. Goddard

Miércoles, 14 de marzo 2007

Hora	Descripción	
09: 00 – 09: 30	Resumen del día anterior – estructura propuesta del marco para medir el acceso a la salud sexual y reproductiva Disposiciones relativas a los grupos de trabajo	Moderador
09: 30 – 12: 00	Grupos de trabajo	Todos
	Almuerzo	
14: 00 – 15: 30	Informe de los grupos de trabajo Discusión y recomendaciones	Todos
16: 00 – 17: 30	Informe de los grupos de trabajo Discusión y recomendaciones	Todos

Jueves, 15 de marzo 2007

Hora	Descripción	
09: 00 – 09: 30	Resumen del día anterior – marco para medir el acceso a la salud sexual y reproductiva Discusión y recomendaciones	Moderador
09: 30 – 10: 30	La prestación de servicios de salud reproductiva en los países en desarrollo (el ejemplo del Congo) – factores propicios y limitaciones Discusión y recomendaciones	R. Dackam- Ngatchou
11: 00 – 11: 30	Aplicación a los programas por país – cuestiones para examinar Discusión y recomendaciones	Y. Gebre
11: 30 – 12: 00	Orientaciones/apoyo a los países para que supervisen (y planifiquen intervenciones destinadas a acelerar) el logro del acceso universal Discusión y recomendaciones	Moderador
	Almuerzo	
14: 00 – 15: 00	La salud sexual y reproductiva y sus vínculos con el VIH – posibles indicadores Discusión y recomendaciones	M. Mbizvo
15: 00 – 16: 00	Próximos pasos Observaciones finales	Todos

Anexo 6. Lista de participantes

ASESORES TEMPOREROS

Dr. Saifuddin Ahmed
Department of Population, Family and
Reproductive Health
Bloomberg School of Public Health
Johns Hopkins University
615 North Wolfe Street, Room W4030
Baltimore, MD 21205
Estados Unidos

Dra. Cristina Álvarez
Medicus Mundi Catalunya
Ap. Correos 419
Rubi 08191
Barcelona
España

Dr. Hyam Bashour
Department of Family and Community Medicine
Faculty of Medicine
Damascus University
PO Box 9241
Damasco
Siria

Dr. Stuart M. Berman
Epidemiology and Surveillance Branch
Division of STD Prevention
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA 30333
Estados Unidos

Sr John Cleland
Centre for Population Studies
London School of Hygiene and
Tropical Medicine
49–51 Bedford Square
Londres, WC1B 3DP
Reino Unido

Dr Alex Chika Ezeh
African Population and Health Research Center
Shelter Afrique Building, 2nd Floor
PO Box 10787, 00100 GPO
Nairobi
Kenya

Dr Yitades Gebre
PAHO/WHO, Bahamas and Turks & Caicos
Health Surveillance and Disease Management
Nassau
Bahamas

Dra. Maria Goddard
Centre for Health Economics
University of York
Heslington
York, YO10 5DD
Reino Unido

Dra. Virginia Li
Community Health Sciences
UCLA School of Public Health
17368 Sunset Blvd
PH2
Pacific Palisades
CA 90272
Estados Unidos

Dr Anthony Mbonye
Reproductive Health Division
Department of Community Health
Ministry of Health
PO Box 7272
Kampala
Uganda

Dr Affette McCaw-Binns
University of the West Indies
Department of Community Health and Psychiatry
3 Gibraltar Camp Way
Mona, Kingston 7
Jamaica

Dr Vittal Mogasale
Family Health International, India
501–505, Balarama, Near Sales Tax Office
Bandra Kurla Complex, Bandra (East)
Mumbai, 400051
India

Dr Stephen P. Munjanja
Department of Obstetrics and Gynaecology,
University of Zimbabwe
152 Baines Avenue
Harare
Zimbabwe

Dr Alberto Palloni
Center for Demography and Ecology
University of Wisconsin-Madison
4437 Social Science Bldg
1180 Observatory Drive
Madison, WI 53706
Estados Unidos

Dr. Mahesh Puri
Center for Research on Environmental Health
and Population Activities
Kusunti, Lalitpur
PO Box 9626
Katmandú
Nepal

Dr Marleen Temmerman
Department of Obstetrics
Ghent University Hospital
Faculty of Medicine and Health Sciences
De Pintelaan 185
9000 Ghent
Bélgica

DFID

Sra. Sandra MacDonagh
Policy Division
Department for International Development
1 Palace Street
Londres, SW1E 5HE
Reino Unido

FHI

Dr. Ward Cates
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

IPAS

Dr. Joan Healy
IPAS
Training and Service Delivery Improvement
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27514
Estados Unidos

IPPF

Dr Nono Simelela
Technical Knowledge and Support
International Planned Parenthood Federation
4 Newhams Row
London, SE1 3UZ
Reino Unido

EVALUACIÓN DE INDICADORES

Dr Sian Curtis
 Measure Evaluation
 University of NC at Chapel Hill
 Carolina Population Centre
 CB#8120, 123 Franklin Street, Suite 304
 Chapel Hill, NC 27516-3997
 Estados Unidos

Sr. Richard Dackam-Ngatchou
 Fondo de Población de las Naciones Unidas
 Avenue Kalemie 20
 Boulevard du 30 juin
 BP 7248
 Kinshasa 1
 República Democrática del Congo

PNUD

Dr. Vasantha Kandiah
 Sección de Estudios sobre Fecundidad y Planificación
 División de Población
 DC2-1970, Naciones Unidas
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos

BANCO MUNDIAL

Dr. Samuel Mills
 Banco Mundial
 1818 H Street, NW
 Washington, DC 20433
 Estados Unidos

Dr. José Antonio Ortega
 Sección de Estudios sobre Fecundidad y Planificación
 División de Población
 DC2-1970, Naciones Unidas
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos

SECRETARÍA DE LA OMS**Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas**

Dr Mike Mbizvo
 Dr Lale Say
 Sra. Jane Cottingham
 Sra. Eszter Kismodi
 Sra. Shawn Malarcher
 Dr Iqbal Shah
 Dr Kenneth Wind-Andersen
 Sra. Jennifer Bayley

UNFPA

Dr. Hedia Belhadj
 Fondo de Población de las Naciones Unidas
 220 East 42nd St
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos

OTROS DEPARTAMENTOS DE LA OMS**Reducir los Riesgos del Embarazo**

Dr Ana Pilar Betran

Salud y desarrollo del niño y del adolescente

Dr Krishna Bose

Sr. Stan Bernstein
 División de Apoyo Técnico
 Fondo de Población de las Naciones Unidas
 220 East 42nd St
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos

Sr. Hafeedh Chekir
 Fondo de Población de las Naciones Unidas
 Old Nablus Road Sheik Jarrah
 POB 67149
 Jerusalén 91517
 Israel