

DECISIONES

WHA57(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Austria, Belice, Canadá, Djibouti, Gambia, India, Italia, Kenya, Malí, Myanmar, Papua Nueva Guinea, Uzbekistán.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(2) Composición de la Comisión de Candidaturas

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud eligió una Comisión de Candidaturas integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahrein, Brunei Darussalam, Burkina Faso, China (República Popular), Eritrea, Estonia, Federación de Rusia, Francia, Guyana, Israel, México, Micronesia (Estados Federados de), Mónaco, Mozambique, Nicaragua, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo, Sri Lanka, Swazilandia, Tailandia, Túnez, Uganda, Uruguay, y el Dr. Khandaker Mosharraf Hossain (Bangladesh), Presidente de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, miembro *ex officio*.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(3) Elección de Presidente y de Vicepresidentes de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió el Presidente y los Vicepresidentes:

Presidente:	Sr. Muhammad Nasir Khan (Pakistán)
Vicepresidentes:	Dra. M. E. Tshabalala-Msimang (Sudáfrica) Sra. A. David-Antoine (Granada) Sr. S. Bogoev (Bulgaria) Dra. R. Maria de Araujo (Timor-Leste) Dr. Chua Soi Lek (Malasia)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(4) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A: Presidente Dr. Ponmek Dalaloy (República Democrática Popular Lao)

Comisión B: Presidente Dr. Yigmi Singay (Bhután)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

Las comisiones principales eligieron después los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A: Vicepresidentes Dr. D. Slater (San Vicente y las Granadinas)
Sra. A. van Bolhuis (Países Bajos)

Relator Profesor M. Mizanur Rahman (Bangladesh)

Comisión B: Vicepresidentes Profesor N. M. Nali (República Centroafricana)
Dr. S. Al Kharabseh (Jordania)

Relator Sra. Z. Jakab (Hungría)

(Primera sesión de la Comisión A y primera sesión de la Comisión B,
18 y 20 de mayo de 2004)

WHA57(5) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Botswana, Chad, Chile, China (República Popular), Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Irlanda, Jamahiriya Árabe Libia, Kazajstán, Liberia, Níger, Nigeria, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Trinidad y Tabago, Yemen.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(6) Adopción del orden del día

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión después de suprimir un punto y tres subpuntos y de agregar un punto suplementario.

(Segunda sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(7) Verificación de credenciales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Belice; Benin; Bhután; Bolivia; Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Chad; Chile; China; Chipre; Colombia; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Dinamarca; Djibouti; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamahiriya Árabe Libia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia;¹ Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mónaco; Mongolia; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santa Lucía; Santo Tomé y Príncipe; San Vicente y las Granadinas; Senegal; Serbia y Montenegro; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Suecia; Suiza; Swazilandia; Tailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Venezuela; Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Cuarta y séptima sesiones plenarias, 19 y 21 de mayo de 2004)

WHA57(8) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea,² eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Australia, Bahrein, Bolivia, Brasil, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica, Kenya, Lesotho, Luxemburgo, Rumania, Tailandia, Tonga.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004)

¹ Credenciales aceptadas provisionalmente.

² Documento A57/38.

WHA57(9) Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió pedir al Director General que aplazara la presentación del informe definitivo sobre los resultados de los trabajos de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, establecida de conformidad con la resolución WHA56.27, hasta la 117ª reunión del Consejo Ejecutivo (enero de 2006), habida cuenta de que la Comisión necesitaba más tiempo para ultimar su labor.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004)

WHA57(10) Asignaciones presupuestarias a las regiones

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones¹ y tomando nota de las recomendaciones que figuran en el párrafo 21, decidió pedir al Director General que, en consulta con los Estados Miembros y las regiones, elaborara unos principios rectores basados en criterios objetivos que habrían de aplicarse en la asignación de fondos de todas las procedencias, teniendo en cuenta la equidad, la eficiencia y el desempeño, y el apoyo prestado a los países más necesitados, en particular los menos adelantados, y que se presentarían a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

**WHA57(11) Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas:
nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones
del Personal de la OMS**

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. J. Larivière, delegado del Canadá, y miembro suplente del Comité al Dr. A. A. Yoosuf, delegado de Maldivas, en ambos casos por un periodo de tres años, es decir hasta mayo de 2007.

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud nombró además miembro del Comité al Dr. L. Waqataki-rewa, delegado de Fiji, en sustitución del Sr. L. Rokovada hasta la expiración del mandato de este último, es decir hasta mayo de 2005.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

¹ Documento A57/24.

WHA57(12) Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió aplazar la consideración de la nueva política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales,¹ para dar tiempo al Director General a que realizara consultas con todas las partes interesadas con el fin de lograr un consenso acerca del contenido de la pertinente resolución que habría que someter a una ulterior Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

WHA57(13) Elección de país en que ha de reunirse la 58ª Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

WHA57(14) Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª y 113ª reuniones

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª² y 113ª³ reuniones, aprobó los informes, felicitó al Consejo por la labor realizada; y manifestó su aprecio por la dedicación con que el Consejo había desempeñado las tareas que se le habían encomendado.

(Novena sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

¹ Véase el documento A57/32.

² Documento EB112/2003/REC/1.

³ Documentos EB113/2004/REC/1 y EB113/2004/REC/2.

ANEXOS

ANEXO 1

Acuerdo entre el Office international des Epizooties y la Organización Mundial de la Salud¹

[A57/28, anexo - 8 de abril de 2004]

La Organización Mundial de la Salud (en adelante denominada OMS) y el Office international des Epizooties (en adelante denominado OIE), con objeto de coordinar los esfuerzos que despliegan para promover y mejorar la salud pública veterinaria (SPV) y la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos, y de actuar en estrecha colaboración con ese fin,

Han acordado lo siguiente:

Artículo 1

- 1.1 La OMS y el OIE convienen en cooperar estrechamente en los asuntos de interés común relacionados con sus respectivos ámbitos de competencia tal y como están definidos en sus instrumentos constitutivos correspondientes y por las decisiones de sus órganos rectores.

Artículo 2

- 2.1 La OMS transmitirá al OIE las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, así como las recomendaciones de las consultas, talleres y otras reuniones oficiales pertinentes de la OMS con el fin de que sean comunicadas a los Miembros del OIE.
- 2.2 El OIE transmitirá a la OMS las recomendaciones y resoluciones de su Comité Internacional, así como las recomendaciones de las consultas, talleres y otras reuniones oficiales pertinentes del OIE, con el fin de que sean comunicadas a los Estados Miembros de la OMS.
- 2.3 Las resoluciones y recomendaciones mencionadas sometidas a la consideración de los órganos respectivos de las dos organizaciones (en adelante denominadas las Partes) constituirán la base para una acción internacional coordinada entre ambas Partes.

Artículo 3

- 3.1 Se invitará a Representantes de la OMS a que asistan a las reuniones del Comité Internacional y de las Conferencias Regionales del OIE y participen, sin derecho de voto, en las deliberaciones de los referidos órganos sobre los puntos que figuren en el orden del día y que interesen a la OMS.

¹ Véase la resolución WHA57.7.

- 3.2 Se invitará a representantes del OIE a que asistan a las reuniones del Consejo Ejecutivo, de la Asamblea Mundial de la Salud y de los Comités Regionales de la OMS y participen, sin derecho de voto, en las deliberaciones de los referidos órganos sobre los puntos que figuren en el orden del día y que interesen al OIE.
- 3.3 Se tomarán las disposiciones adecuadas por vía de acuerdo entre el Director General de la OMS y el Director General del OIE para garantizar la participación de la OMS y del OIE en otras reuniones que no tengan carácter privado convocadas bajo sus respectivos auspicios y en cuyo transcurso se examinen asuntos que interesen a la otra Parte; esto incluye especialmente aquellas reuniones conducentes a la definición de normas y estándares.
- 3.4 Ambas Partes convienen en que evitarán celebrar reuniones y conferencias que traten de asuntos de interés mutuo sin haber consultado previamente a la otra Parte.

Artículo 4

La OMS y el OIE colaborarán en áreas de interés común, en particular por los siguientes medios:

- 4.1 El intercambio recíproco de informes, publicaciones y otras informaciones, en particular el intercambio oportuno de información sobre focos de zoonosis y de enfermedades de transmisión alimentaria. Ambas Partes concertarán arreglos especiales para coordinar la respuesta ante los focos de zoonosis y/o de enfermedades de transmisión alimentaria de importancia, reconocida o potencial, para la salud pública internacional.
- 4.2 La organización, tanto a nivel regional como mundial, de reuniones y conferencias sobre zoonosis, enfermedades de transmisión alimentaria y cuestiones conexas, tales como las prácticas de alimentación animal y la resistencia antimicrobiana relacionada con el uso prudente de agentes antimicrobianos en zootecnia, y las políticas y programas de contención o de control de estas enfermedades.
- 4.3 La elaboración conjunta y la promoción de programas nacionales, regionales o mundiales de control o de eliminación de las principales zoonosis y enfermedades de transmisión alimentaria o sobre cuestiones emergentes o reemergentes de interés común, y la asistencia técnica conjunta para esos programas.
- 4.4 El fomento y fortalecimiento, especialmente en los países en desarrollo, de la educación y operacionalización en el ámbito de la salud pública veterinaria y de la cooperación eficaz entre los sectores de salud pública y de sanidad animal o veterinaria.
- 4.5 El fomento y coordinación internacionales de las actividades de investigación sobre zoonosis, salud pública veterinaria e inocuidad de los alimentos.
- 4.6 El fomento y refuerzo de la colaboración entre la red de Centros y Laboratorios de Referencia del OIE y la red de Centros Colaboradores y Laboratorios de Referencia de la OMS para consolidar su apoyo a los Estados Miembros de la OMS y a los Miembros del OIE sobre asuntos de interés común.

Artículo 5

- 5.1 En el transcurso de la preparación de sus respectivos programas de trabajo, la OMS y el OIE intercambiarán sus proyectos de programas para recabar observaciones.

-
- 5.2 Cada una de las Partes tendrá en cuenta las recomendaciones de la otra Parte en la preparación del programa final que someterá a su órgano rector.
- 5.3 El OIE y la OMS celebrarán una reunión anual de coordinación de funcionarios de alto nivel de la Sede o de las representaciones regionales.
- 5.4 Ambas Partes concertarán los arreglos administrativos necesarios para aplicar esas políticas, por ejemplo, el intercambio de expertos, la organización común de reuniones conjuntas científicas y técnicas, a la formación conjunta del personal de salud y veterinario.

Artículo 6

- 6.1 El presente Acuerdo entrará en vigor en la fecha de su firma por el Director General de la OMS y por el Director General del OIE, a reserva de su aprobación por el Comité Internacional del OIE y la Asamblea Mundial de la Salud.
- 6.2 El Acuerdo podrá ser modificado por consentimiento mutuo expresado por escrito. Además, cualquiera de las Partes podrá rescindirlo mediante notificación escrita a la otra Parte presentada con seis (6) meses de antelación.

Artículo 7

- 7.1 El presente Acuerdo sustituye al Acuerdo entre la OMS y el OIE adoptado por la OMS el 4 de agosto de 1960 y por el OIE el 8 de agosto de 1960.

Adoptado por la OMS el 18 de diciembre de 2002 y por el OIE el 26 de mayo de 2003

Dr. D. L. Heymann
Director Ejecutivo
Enfermedades Transmisibles

Dr. B. Vallat
Director General

ANEXO 2

Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva¹

[A57/13, anexo - 15 de abril de 2004]

INTRODUCCIÓN

1. La salud reproductiva y sexual² es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. Preocupada por la lentitud de los avances logrados durante el pasado decenio hacia la mejora de la salud reproductiva y sexual, y consciente de que los objetivos internacionales de desarrollo no se alcanzarían sin un renovado compromiso de la comunidad internacional, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA55.19, en la que pedía a la OMS que elaborase una estrategia para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva. En la citada resolución se recuerdan y reconocen los programas y planes de acción acordados por los gobiernos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), de las Naciones Unidas, y sus respectivas conferencias de seguimiento celebradas al cabo de cinco años.³

2. En respuesta a la resolución WHA55.19, y en consonancia con las consultas celebradas con los Estados Miembros y diversos asociados, la OMS ha formulado una estrategia que se basa en las medidas adoptadas por los Estados Miembros de conformidad con la resolución WHA48.10 (Salud reproductiva: función de la OMS en la estrategia mundial), en la que se instaba a los Estados Miembros a que siguieran elaborando y fortaleciendo sus programas de salud reproductiva.

3. La estrategia descrita en el presente documento va destinada a un amplio público integrado por gobiernos, instancias normativas de organismos internacionales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones. En la parte I se indican las principales discrepancias entre los objetivos mundiales y las realidades mundiales y se describen los principales obstáculos para el adelanto, señalando en particular las desigualdades entre los sexos, la pobreza y el nivel de exposición de los adolescentes a los riesgos. En la parte II se ofrece una descripción detallada de la estrategia, que se inspira en principios basados en los derechos humanos reconocidos internacionalmente. Tras destacar los aspectos fundamentales de los servicios de salud reproductiva y sexual, se proponen medios para la adopción de enfoques innovadores por los países y la Organización. Por último, se re-

¹ Véase la resolución WHA57.12.

² La definición de salud reproductiva propuesta por la OMS y aprobada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) incluye la salud sexual (véase el recuadro).

³ Vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Nueva York, 1999), y vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre la mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Nueva York, 2000).

afirma el compromiso institucional de la OMS de colaborar con sus asociados para alentar y apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras metas internacionalmente convenidas relacionadas con la salud reproductiva y sexual.

I. OBJETIVOS MUNDIALES Y REALIDADES MUNDIALES

4. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dimanantes de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000 por 189 Estados Miembros, ofrecen un nuevo marco institucional para evaluar los progresos realizados hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza. De los ocho Objetivos, tres - mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades - están directamente vinculados con la salud reproductiva y sexual, mientras que otros cuatro - erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente - guardan una estrecha relación con la salud, incluida la salud reproductiva. Entre las metas específicas figuran las que siguen:

- reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes;
- reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años;
- haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

5. En 1999, en el vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se acordó una serie de parámetros adicionales para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Así por ejemplo, para 2015 la proporción de partos asistidos por personal calificado debería alcanzar una media mundial del 90% y situarse al menos en un 60% en los países con altas tasas de mortalidad materna.¹

6. La definición de salud reproductiva adoptada en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (véase el recuadro) especifica las características esenciales que diferencian la salud reproductiva y sexual de los demás campos de la salud. La salud sexual no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial - aunque no exclusivamente - los relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales.

7. La adopción de estas definiciones integrales en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo marcó el inicio de una nueva era, y los logros alcanzados durante el último decenio son numerosos y de envergadura. Por ejemplo, los conceptos de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales ya están ampliamente aceptados, aunque con contadas excepciones, y han empezado a ser utilizados por las instituciones internacionales especializadas en cuestiones de salud y desarrollo, los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales y otras partes. En prácticamente todos los países, ya sean desarrollados, en desarrollo o en transición, se han definido nuevas políticas y programas de salud reproductiva. Su adopción ha producido en algunos lugares cambios

¹ Naciones Unidas, documento A/S-21/5/Add.1, párr. 64.

notables en los modos convencionales de prestación de los servicios de salud materno-infantil y planificación familiar.

**Definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales
recogida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional
sobre la Población y el Desarrollo¹**

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (Párrafo 7.2)

“Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...” (Párrafo 7.3)

¹ Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

8. Tras la formulación de estos conceptos y la adopción de este compromiso en lo tocante a la salud reproductiva y sexual, se han forjado nuevas alianzas a nivel nacional, regional y mundial. Asimismo, se han recabado nuevos datos en zonas previamente desatendidas, como por ejemplo la carga de morbilidad atribuible a los problemas de salud reproductiva y sexual o su relación con la pobreza y la violencia de género. El número de prácticas óptimas en materia de salud reproductiva y sexual basadas en criterios científicos ha registrado un aumento sustancial y se ha ampliado el alcance tanto de las investigaciones clínicas y comportamentales como de las normas y directrices internacionalmente reconocidas.

9. La experiencia ha demostrado que, incluso en los entornos de ingresos bajos, los enfoques innovadores concebidos para países específicos pueden reducir en forma considerable la mortalidad y morbilidad maternas, por ejemplo. El desafío consiste ahora en formular estrategias nacionales novedosas que aseguren la accesibilidad de los servicios de salud para las personas que más los necesiten, como los adolescentes y los pobres, de modo que se puedan alcanzar los objetivos internacionales. Como se desprende de los datos presentados a continuación, numerosos países acusan en la actualidad tasas persistentemente elevadas de mortalidad y morbilidad maternas, mortalidad perinatal, infeccio-

nes del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, embarazos no deseados, abortos peligrosos y comportamientos sexuales de riesgo.

Situación mundial

Embarazos, partos y salud del recién nacido

10. Según las estimaciones, quedan embarazadas cada año 210 millones de mujeres, de las cuales unos ocho millones padecen complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo, que en muchos casos provocan enfermedades y discapacidad prolongadas. Se calcula que en 2000 fallecieron 529 000 mujeres durante el embarazo o el parto, debido a causas generalmente prevenibles. En el plano mundial, la tasa de mortalidad materna no ha registrado cambios significativos durante el último decenio.

11. Las desigualdades regionales son enormes: el 99% de las defunciones maternas se concentra en los países en desarrollo. El riesgo de defunción relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 entre 16 en el África subsahariana y de 1 entre 58 en Asia Sudoriental, frente a 1 entre 4000 en los países industrializados.

12. La mayoría de las defunciones maternas se deben a complicaciones durante el parto (por ejemplo, partos severamente obstruidos - sobre todo, en el caso de primeros embarazos precoces -, hemorragias y complicaciones hipertensivas), en el puerperio (septicemia y hemorragias) o tras un aborto peligroso. Entre los factores comúnmente asociados a esas defunciones cabe citar: la ausencia de personal de salud calificado¹ durante el parto; la falta de servicios capaces de asegurar una atención obstétrica de urgencia y de responder a las complicaciones relacionadas con los abortos peligrosos; y la ineficacia de los sistemas de envío de pacientes.

13. Más del 50% de las mujeres que viven en las regiones más pobres del planeta - el porcentaje supera en algunos países el 80% - dan a luz sin la ayuda de un asistente de partería calificado. En el África subsahariana esa proporción no ha variado durante el último decenio. En los países industrializados, los servicios de atención prenatal están disponibles y son ampliamente utilizados; en cambio, a finales del decenio de 1990, prácticamente la mitad de las mujeres embarazadas del Asia meridional y una tercera parte de las mujeres de las regiones del Asia occidental y el África subsahariana no recibieron ningún tipo de asistencia prenatal, mientras que en el Asia oriental y en la región de América Latina y el Caribe esa proporción era inferior a una quinta parte.

14. De los 10,8 millones de defunciones de niños menores de cinco años registradas en el mundo entero, 3 millones se producen durante los siete primeros días del periodo neonatal. Además, se calcula que 2,7 millones de niños nacen muertos. Muchas de esas defunciones están relacionadas con el mal estado de salud de la madre y con la falta de cuidados apropiados durante el embarazo, el parto y el posparto. En los países en desarrollo, la tasa de mortalidad neonatal (defunción en los primeros 28 días de vida), que sigue siendo la misma que a comienzos del decenio de 1980, asciende a unas 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. Por otra parte, la defunción de una madre puede comprometer seriamente la supervivencia de sus hijos.

¹ Por «asistentes de partería calificados» o «personal sanitario calificado» se entiende profesionales de la salud - por ejemplo, parteras, médicos o enfermeros - que han recibido la formación apropiada y tienen la competencia necesaria para prestar atención en partos normales y durante el puerperio y que son capaces de detectar posibles complicaciones y, cuando sea necesario, facilitar cuidados de urgencia y/o derivar los casos a niveles superiores de asistencia sanitaria.

Planificación familiar

15. La utilización de anticonceptivos ha aumentado sustancialmente en muchos países en desarrollo, acercándose, en algunos casos, a los niveles de los países desarrollados. Sin embargo, las encuestas indican que en muchos países en desarrollo y países en transición más de 120 millones de parejas no ven atendidas sus necesidades para una anticoncepción segura y eficaz, pese a su expreso deseo de evitar o espaciar futuros embarazos.

16. Entre un 9% y un 39% de las mujeres casadas (incluidas las que viven en concubinato) no tienen cubiertas sus necesidades de planificación familiar. Los datos sugieren que también existen necesidades desatendidas entre las adolescentes y las mujeres adultas solteras sexualmente activas. Cada año se registran unos 80 millones de embarazos involuntarios o no deseados, de los que algunos se deben a fallas anticonceptivas puesto que no existe ningún método eficaz al 100%.

Abortos peligrosos

17. Se estima que cada año se interrumpen unos 45 millones de embarazos involuntarios, y unos 19 millones de esos abortos son peligrosos.¹ El 40% del conjunto de los abortos peligrosos se da en jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Según las estimaciones, los abortos peligrosos se cobran cada año la vida de 68 000 mujeres, lo que representa un 13% del total de defunciones relacionadas con el embarazo. Además, llevan asociada una considerable carga de morbilidad: los estudios indican, por ejemplo, que de cada cinco mujeres que se someten a abortos peligrosos, al menos una padece infecciones del aparato reproductor como resultado de ello; en algunos casos, se trata de infecciones graves que causan esterilidad.

Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, e infecciones del aparato reproductor

18. Se estima que cada año se registran 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, que en su mayoría son tratables. Muchas de ellas no reciben tratamiento porque son difíciles de diagnosticar o por la falta de servicios competentes y asequibles. Además de esto, también se producen anualmente millones de casos de infecciones víricas mayormente incurables, entre ellas cinco millones de nuevas infecciones por VIH, de las cuales 600 000 se dan en lactantes víctimas de la transmisión del virus de la madre al niño.

19. El papilomavirus humano es una infección de transmisión sexual estrechamente asociada al cáncer cervicouterino, que cada año es diagnosticado a más de 490 000 mujeres y causa 240 000 defunciones. Tres cuartas partes de todos los casos de cáncer cervicouterino se concentran en los países en desarrollo, donde los programas de detección y tratamiento presentan graves deficiencias o son inexistentes.

20. Cada año se producen más de 100 millones de infecciones de transmisión sexual generalmente curables en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esas infecciones propician la adquisición y propagación del VIH. Casi la mitad de nuevas infecciones por el VIH se registran en jóvenes. Pese a que últimamente se han observado tendencias positivas entre los jóvenes (en particular, las mujeres) de algunos países africanos, en general el número de infecciones por VIH en el África subsahariana es dos veces

¹ El aborto peligroso se define como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo no deseado practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambos (véase: *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, informe de un grupo de trabajo técnico, documento WHO/MSM/92.5, 1992).

mayor entre jóvenes de sexo femenino que entre jóvenes de sexo masculino. Se estima que en 2001 el número de jóvenes subsaharianas que vivían con el VIH/SIDA oscilaba entre un 6% y un 11%, mientras que el porcentaje correspondiente a los hombres jóvenes de esa misma región se situaba entre el 3% y el 6%. En otras regiones en desarrollo, la proporción de mujeres con VIH/SIDA también es más elevada que la de los varones. Por otra parte, se tiene constancia de que las infecciones del aparato reproductor, como la vaginosis bacteriana o la candidiasis genital, que no se transmiten por vía sexual, están muy extendidas, aunque su prevalencia y sus consecuencias aún no están suficientemente documentadas.

21. Las infecciones de transmisión sexual constituyen asimismo una de las principales causas de infertilidad: entre 60 y 80 millones de parejas sufren de infertilidad, con la consiguiente imposibilidad de procrear, a menudo debido a obstrucciones tubáricas causadas por infecciones de transmisión sexual no tratadas o mal tratadas.

22. Estos aspectos relacionados con la mala salud reproductiva y sexual (la mortalidad y morbilidad maternas y perinatales, diversos tipos de cáncer, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA) representan juntos cerca del 20% de la carga de mala salud de las mujeres y del 14% de la de los hombres. Ahora bien, esas estadísticas no reflejan la carga total de mala salud. La violencia de género y algunas afecciones ginecológicas, como trastornos menstruales graves, incontinencia urinaria o fecal debida a fístulas obstétricas, prolapso uterino, pérdidas de la gestación y disfunciones sexuales - problemas todos ellos que tienen importantes consecuencias sociales, psíquicas y físicas - están en estos momentos muy subestimados. La OMS estima que las prácticas sexuales peligrosas constituyen, en términos mundiales, el segundo factor de riesgo más importante para la salud.

Obstáculos para el logro de avances

Desigualdades entre hombres y mujeres

23. En materia de salud, las disparidades entre los sexos a menudo son impresionantes. Las familias a veces invierten menos en la nutrición, la atención sanitaria, la escolarización y la formación profesional de las niñas que de los niños. La discriminación sexual y la baja posición social de las niñas y mujeres suelen acarrear problemas de salud física y mental e ir acompañadas de malos tratos físicos o psíquicos y un reducido nivel de control sobre sus propias vidas, en particular su vida sexual y reproductiva.

24. La violencia contra el sexo femenino, en sus múltiples manifestaciones, repercute en la salud reproductiva y sexual de la mujer. En particular, la violencia infligida por la pareja, que se da en todas las partes del planeta, incluye malos tratos físicos, sexuales y psíquicos. Los estudios demuestran que entre un 4% y un 20% de las mujeres son sometidas a actos de violencia durante el embarazo, lo que tiene consecuencias tanto para ellas mismas como para sus bebés, por ejemplo abortos, partos prematuros o insuficiencia ponderal. Según se desprende de los datos disponibles, en algunos países cerca de una cuarta parte de las mujeres son sometidas por su pareja a actos de violencia sexual. Las violaciones y agresiones sexuales, cometidas ya sea por conocidos o por extraños, también están muy extendidas. El tráfico de mujeres y niños y la prostitución forzada constituyen asimismo un grave problema, sobre todo en algunas regiones. Todo ello tiene notables consecuencias en la salud reproductiva y sexual, por ejemplo, embarazos no deseados, abortos peligrosos, síndromes de dolor crónico, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y trastornos ginecológicos.

Exposición a riesgos durante la adolescencia

25. En la mayoría de los países, los tabúes y normas relacionados con la sexualidad (que incluyen prácticas como los matrimonios prematuros, la mutilación genital femenina o la iniciación sexual pre-

coz) se erigen como importantes obstáculos para facilitar información y prestar servicios de salud reproductiva y demás modalidades de apoyo que precisan los jóvenes para mantenerse sanos. Y sin embargo, el comportamiento sexual y reproductivo durante la adolescencia (entre los 10 y los 19 años de edad) tiene consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo. En algunos lugares del mundo, la actividad sexual comienza durante la adolescencia y, con independencia de que se dé dentro o fuera del matrimonio, a menudo no está exenta de riesgos. Los adolescentes rara vez cuentan con la capacidad o el apoyo necesarios para oponer resistencia a presiones que los empujan a mantener relaciones sexuales, para negociar la adopción de prácticas menos arriesgadas o para protegerse contra embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual. En las niñas, el embarazo entraña además un alto riesgo de mortalidad y morbilidad maternas. Atender las necesidades y proteger los derechos de los 1200 millones de adolescentes que existen en el mundo es primordial para proteger la salud de esta y de futuras generaciones.

Desigualdades relacionadas con la pobreza y el acceso a los servicios de salud

26. Prácticamente en el mundo entero, la pobreza va de par con un acceso no equitativo a los servicios de salud, en especial los de salud materna. La carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual es especialmente importante en los países más pobres, donde los servicios sanitarios tienden a estar dispersos o físicamente inaccesibles, dotados de personal, recursos y equipo escasos y fuera del alcance de muchos pobres. Con demasiada frecuencia, las mejoras logradas en materia de servicios de salud pública benefician de un modo desproporcionado a las personas más acomodadas, lo que hace que teóricamente podría darse la circunstancia de que se alcancen algunos de los objetivos internacionales de salud sin incluir al quintil de ingresos más bajos ni a los grupos más vulnerables de la población.

27. Desde el decenio de 1980 se han introducido en numerosos países diferentes reformas del sector sanitario que han repercutido en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, entre ellos los centrados en la salud reproductiva y sexual. Mecanismos de financiación tales como los sistemas de seguro prepago o las prestaciones condicionadas al nivel de recursos a menudo no han logrado asegurar el nivel deseado de acceso equitativo para los pobres. Por consiguiente, debe ponerse especial atención en asegurar que los grupos desfavorecidos puedan acceder a los servicios de prevención y tratamiento y a las intervenciones capaces de salvar vidas, por ejemplo los cuidados obstétricos de urgencia.

Otros desafíos

28. En años recientes ha disminuido la ayuda general para el desarrollo, pero han aparecido nuevos mecanismos de financiación externa en favor de la salud, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, los enfoques sectoriales y el apoyo presupuestario directo. Además, importantes fuentes nuevas de financiamiento del sector de la salud, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, concentran los recursos en enfermedades e intervenciones específicas. Es importante que contribuyan a la creación de capacidad sostenible en los sistemas de salud, incluida la relativa a los servicios de salud reproductiva y sexual.

29. En numerosos países, las carencias en materia de recursos humanos son un importante obstáculo para la ampliación de servicios integrales de salud reproductiva y sexual y la mejora de la calidad de la atención. Entre esas carencias figuran la insuficiencia grave de personal; la falta de capacitación del personal disponible; la rápida rotación del personal calificado y problemas para su retención; y el uso y la distribución ineficaces del personal con el que ya cuenta el sistema. El bajo nivel de los salarios, o el impago de éstos, las deficiencias en materia de capacitación y supervisión y las malas condiciones laborales son las causas principales del desempeño insatisfactorio de los profesionales de la salud y los elevados niveles de rotación. Una planificación estratégica para el desarrollo y la retención de un per-

sonal de salud debidamente capacitado, que incluya, por ejemplo, asistentes de partería calificados, es primordial para el logro de avances en el campo de la atención de salud reproductiva y sexual.

30. Además de los obstáculos con los que tropiezan los pobres y otros grupos desfavorecidos para acceder a los servicios de salud en general, como la distancia física que los separa de los servicios, la falta de transporte, el costo de los servicios y las discriminaciones en el trato dispensado a los usuarios, la salud reproductiva presenta dificultades especiales. Éstas son consecuencia de factores sociales y culturales, como los tabúes que rodean la reproducción y la sexualidad, la falta de autonomía de la mujer para adoptar decisiones en esta esfera, la escasa importancia conferida a la salud femenina y las actitudes negativas o condenatorias de los miembros de la familia y de los dispensadores de atención de salud. Es importante que las comunidades y los prestadores locales de atención de salud efectúen un examen global de las creencias, actitudes y valores, ya que ello ofrecerá un buen punto de partida para la superación de estos obstáculos fundamentales.

31. En los dos últimos decenios se han registrado avances en tecnologías de salud reproductiva que salvan vidas y en prácticas clínicas y programáticas eficaces. Sin embargo, pese a la existencia de bases de datos electrónicas y herramientas interactivas, muchos sistemas de salud y proveedores de servicios sanitarios tienen un acceso limitado o nulo a esas nuevas fuentes de información. En muchos países, se emprenden proyectos experimentales eficaces - por ejemplo, para la introducción de tecnología y mejores prácticas - que luego no pasan a aplicarse en una escala mayor. La ausencia de una planificación estratégica apropiada, basada en datos cualitativos y cuantitativos adecuados, ha limitado la comprensión de los factores causantes de la mala calidad de los servicios y la falta de acceso de las personas a los mismos, así como su uso deficiente.

32. En la mayoría de los países, existen leyes, políticas y normas que pueden obstaculizar el acceso a los servicios (por ejemplo, la no admisión de personas solteras a los servicios de anticoncepción), limitar innecesariamente las funciones del personal de salud (por ejemplo, impedimentos para que las parteras realicen intervenciones que salvan vidas, como retirar la placenta), prohibir la prestación de algunos servicios (por ejemplo, la entrega de anticonceptivos de emergencia sin receta) o restringir la importación de algunos fármacos y equipo tecnológico esenciales. Es probable que la eliminación de esas limitaciones contribuya de un modo significativo a mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud.

II. LA ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE

33. El objetivo general de la estrategia es acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos de salud reproductiva internacionalmente acordados y, en última instancia, alcanzar para todos el grado más alto posible de salud reproductiva y sexual.

El principio rector: los derechos humanos

34. La estrategia de la OMS para acelerar el avance se asienta sobre instrumentos internacionalmente acordados y declaraciones mundiales de consenso en materia de derechos humanos, entre los que cabe citar: el derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr; el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello; el derecho de la mujer a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de hombres y mujeres a elegir libremente cónyuge y contraer matrimonio sólo por su libre albedrío y su pleno consentimiento; el derecho a tener acceso a información pertinente sobre la salud; y el derecho de toda persona a disfrutar

de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. A fin de velar por el respeto de esos derechos, las políticas, los programas y las intervenciones deben promover la igualdad entre los sexos, asignar prioridad a las poblaciones y grupos de población pobres y subatendidos, en particular los adolescentes, y un apoyo especial a aquellos países en los que la carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual sea particularmente importante.

Aspectos fundamentales de los servicios de salud reproductiva y sexual

35. Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual. Dada la estrecha vinculación entre los diferentes aspectos relacionados con la salud reproductiva y sexual, es probable que las intervenciones efectuadas en una esfera tengan repercusiones positivas en las demás. Es primordial que los países refuercen los servicios existentes y los aprovechen como vía de acceso para realizar nuevas intervenciones, procurando asegurar la mayor sinergia posible.

36. En la mayoría de los países, las principales vías de acceso serán los servicios de atención prenatal, perinatal y posparto, que conforman la espina dorsal de la atención primaria de salud. A fin de reducir la morbilidad y mortalidad maternas, así como la mortalidad perinatal, es fundamental que todos los partos sean atendidos por personal sanitario calificado y que se ofrezcan cuidados obstétricos de urgencia integrales para tratar complicaciones. Para prestar servicios de esta índole, se precisan sistemas eficaces de envío de casos que cubran la comunicación y el transporte entre los puntos de servicio. Los servicios de salud materna brindan una oportunidad clave para acercar la planificación familiar a la mujer. También constituyen un excelente medio para ofrecer a las mujeres servicios de prevención, apoyo psicológico, análisis y tratamiento en relación con la infección por el VIH y para prevenir su transmisión durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. De hecho, la única forma de asegurar debidamente esas intervenciones es a través de esos servicios. Estas cuestiones se analizan con mayor detenimiento en la estrategia de la OMS Reducir los Riesgos del Embarazo.

37. El aborto peligroso, una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas, debe abordarse como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mejora de la salud materna y de otros objetivos y metas internacionales de desarrollo. Es preciso adoptar varias medidas urgentes, entre ellas el robustecimiento de los servicios de planificación familiar con objeto de prevenir embarazos involuntarios y, en la medida en que la ley lo permita, asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios pertinentes. Es necesario asimismo capacitar a los dispensadores de atención de salud en el manejo de técnicas modernas y proveerlos de los fármacos y suministros médicos apropiados, dentro de los límites permitidos por la ley, asegurando la disponibilidad de todos estos medios para la asistencia ginecológica y obstétrica; prestar a las mujeres con embarazos involuntarios apoyo social y de otra índole; y, en la medida de lo permitido por la ley, ofrecerles servicios de aborto en el nivel de atención primaria de salud. Las mujeres que padezcan complicaciones relacionadas con abortos peligrosos deben tener acceso a un tratamiento inmediato y humano, dispensado en el marco de un servicio de atención postaborto.

38. El éxito de los servicios de planificación familiar en la mayoría de los países del mundo queda demostrado por el importante incremento del uso de anticonceptivos en los países en desarrollo durante los últimos dos o tres decenios. Esos programas constituyen una parte esencial de los servicios destinados a reducir la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, ya que permiten a las mujeres posponer, espaciar y limitar los embarazos. Dado que esos servicios se ocupan de un modo directo de las consecuencias de las relaciones sexuales, también ofrecen un enorme potencial para encabezar la promoción de la salud sexual y los esfuerzos encaminados a la prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH.

39. Buena parte de los diagnósticos y tratamientos de las infecciones de transmisión sexual son efectuados por farmacéuticos, vendedores de medicamentos y curanderos tradicionales, a menudo de un modo ineficaz. Los reiterados intentos de acercarse a las mujeres mediante la integración de la gestión de las infecciones de transmisión sexual en los servicios existentes de salud materno-infantil y/o planificación familiar sólo han cosechado resultados limitados. No obstante, la experiencia demuestra que la incorporación de la prevención de las infecciones de transmisión sexual en los servicios de planificación familiar, en particular por medio del apoyo psicosocial y conversaciones sobre la sexualidad y las relaciones de pareja, redundan en un mayor uso de los servicios y una mejor calidad de la atención dispensada. Esos enfoques se pueden perfeccionar y mejorar con miras a ampliar su cobertura y hacerlos extensivos a los hombres, los jóvenes y otros grupos que antes no estaban en el punto de mira de la atención familiar. Además, la dispensación de tratamientos de sospecha a grupos de alto riesgo y la aplicación de programas integrales de control de las infecciones de transmisión sexual basados en la comunidad podrían contribuir sobremanera a la reducción de las tasas de transmisión del VIH.

40. El fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva presenta numerosos beneficios adicionales. Uno de ellos es la atención que se presta a la violencia dirigida contra la mujer, asunto que en estos momentos se está abordando en diferentes entornos nacionales, por ejemplo mediante la administración de anticonceptivos de emergencia; el aborto (en la medida en que lo permita la ley), si se solicita; el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y la profilaxis postexposición al VIH en caso de violación; la realización de pruebas para la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de esta enfermedad; la prevención de la infertilidad primaria o secundaria; y el tratamiento de afecciones ginecológicas. La existencia de servicios de salud reproductiva y sexual bien concebidos y prestados de un modo eficaz, en particular aquellos que cuenten con la participación de la comunidad, puede contribuir también a mejorar las relaciones entre usuarios y dispensadores, aumentar la participación de los hombres y reforzar la autonomía de la mujer para tomar decisiones relacionadas con la reproducción.

41. Todos los servicios de salud reproductiva y sexual desempeñan un papel crucial en la facilitación de información y asesoramiento para promover la salud sexual. El acceso a la información apropiada puede contribuir igualmente a mejorar la comunicación en la pareja y a la adopción de decisiones más saludables en lo referente a la sexualidad, incluidas la abstinencia y el uso de preservativos.

Medidas

42. La OMS propone la adopción, a nivel de países, de medidas en las esferas enumeradas a continuación y está decidida a ayudar a los Estados Miembros a desarrollar y fortalecer su capacidad para mejorar la salud reproductiva y sexual. Cada país debe identificar los problemas, establecer las prioridades y formular las estrategias para una rápida intervención, mediante procesos de consulta en los que participen todos los interesados directos. Se proponen cinco actividades generales encaminadas a: fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, mejorar la información para el establecimiento de prioridades, movilizar la voluntad política, crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo y reforzar la vigilancia, la evaluación y el rendimiento de cuentas.

Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud

43. Un requisito primordial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la supervivencia materno-infantil y el VIH/SIDA, y también de los objetivos más amplios de salud reproductiva y sexual, es la existencia de un sistema eficaz de servicios de atención de salud esenciales en los niveles primario, secundario y terciario. En algunos países habrá que reforzar sustancialmente la capacidad de los servicios básicos de salud con miras a posibilitar la prestación de una amplia variedad de servicios esenciales de salud reproductiva y sexual. Las labores de planificación, a nivel nacional, relacionadas con la salud reproductiva y sexual deberán abordar cuestiones como la disponibilidad de

mecanismos sostenibles de financiación, los recursos humanos, la calidad de los servicios prestados y el uso que se hace de éstos.

44. **Mecanismos sostenibles de financiación.** La importancia crucial de las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual debe quedar reflejada en la planificación y el desarrollo estratégico de los sectores sanitarios nacionales. Como medios para el fortalecimiento del sistema de salud, se han promovido reformas del sector sanitario e iniciativas conexas, por ejemplo enfoques sectoriales de la financiación por donantes. La dificultad estriba ahora en asegurar que esas iniciativas y demás mecanismos de financiación fomenten servicios de salud reproductiva y sexual integrales y de buena calidad y permitan avanzar hacia el acceso universal.

45. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) dar a la salud reproductiva y sexual un lugar destacado dentro de los procesos nacionales de planificación y formulación de estrategias, por ejemplo en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y en las estrategias OMS de cooperación en los países;
- 2) asegurar que la salud reproductiva y sexual quede debidamente reflejada en los planes nacionales para el sector sanitario, incluidos los relativos a la iniciativa «tres millones para 2005», las propuestas presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y otras iniciativas pertinentes;
- 3) conferir, en los conjuntos de servicios esenciales, prioridad a la salud reproductiva y sexual, en el marco de reformas del sector de la salud y enfoques sectoriales; y
- 4) cuando se introduzcan nuevos mecanismos de financiación, como el reparto de los costos, diseñar medios para facilitar el acceso de los adolescentes, los pobres y otros grupos desfavorecidos a los servicios, supervisar los efectos de esas políticas y adaptarlas a las condiciones locales.

46. **Recursos humanos.** La capacitación, la contratación, la distribución y la retención de personal de salud calificado desempeñan un papel fundamental en la mejora de la salud y la atención sanitaria en general. Muchas intervenciones esenciales relacionadas con la salud reproductiva y sexual pueden ser realizadas por profesionales de nivel intermedio y por personal paramédico. El reto está en determinar qué profesionales de salud de nivel superior, qué conocimientos especializados y qué tipos de capacitación son los más necesarios para prestar los servicios de salud reproductiva y sexual a los que se pretende dar prioridad. Deberán crearse las condiciones propicias para que los agentes de salud desarrollen su potencial al máximo y estén motivados para trabajar con todos los grupos de población, en particular los más pobres.

47. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) determinar en todos los niveles las necesidades esenciales en lo referente al número y la distribución de agentes sanitarios, indicando los conocimientos especializados requeridos para llevar a cabo las intervenciones de salud reproductiva y sexual a las que se asigne prioridad;
- 2) evaluar y mejorar el entorno laboral, las condiciones de empleo y la supervisión;
- 3) formular una estrategia para motivar y retener al personal calificado; y
- 4) promover políticas que permitan a los agentes de atención sanitaria utilizar plenamente sus capacidades.

48. **Calidad de los servicios prestados.** Las prácticas actualizadas que se aplican en los hospitales docentes y en proyectos especiales a menudo no son adoptadas en el conjunto del sistema, lo que hace que el desempeño general siga siendo deficiente y que persistan desigualdades tanto en lo relativo a la calidad como al acceso. Dentro de la descentralización de las labores de planificación y de las responsabilidades que suelen ir asociadas a las reformas del sector de la salud debe hacerse especial hincapié en facilitar la adopción de buenas prácticas para el conjunto del sistema. Se deben establecer sistemas logísticos para un suministro sostenido de los productos esenciales.

49. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) llevar a cabo una planificación estratégica, en la que participen profesionales y administradores sanitarios, con miras a evaluar la calidad actual de la atención de salud y determinar el modo más adecuado de mejorarla, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos existentes en cada caso;
- 2) elaborar y poner a prueba estrategias para la ampliación de intervenciones de demostrada eficacia;
- 3) formular, adoptar y seguir de cerca normas para la práctica clínica en los sectores privado y público;
- 4) reclutar asociados entre las organizaciones no gubernamentales y los sectores privado y comercial para potenciar al máximo la disponibilidad y utilización de los servicios de salud reproductiva; y
- 5) promover el intercambio de las enseñanzas extraídas, dentro de los países y entre ellos.

50. **Utilización de los servicios.** Aun cuando existan servicios de salud, puede haber numerosos motivos - de índole social, económica o cultural - por los cuales las personas no hagan uso de ellos, en particular en relación con la salud reproductiva y sexual. Para identificar y superar los obstáculos, es imprescindible trabajar con las mujeres, los jóvenes y otros grupos de la comunidad, a fin de comprender mejor las necesidades, analizar los problemas y hallar soluciones aceptables.

51. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) realizar investigaciones operativas y sociales para identificar los factores que obstaculizan la utilización de los servicios disponibles e idear y poner a prueba medidas que contribuyan a superarlos; y
- 2) emplear enfoques participativos que permitan trabajar con las comunidades, las instituciones del sector público y del sector privado y las organizaciones no gubernamentales en la superación de esos obstáculos y promover una utilización adecuada de los servicios disponibles.

Mejorar la información para el establecimiento de prioridades

52. El análisis de los datos epidemiológicos y sociológicos es fundamental para conocer el tipo, la magnitud y la distribución de la exposición a los riesgos reproductivos y sexuales y la mala salud en la población, entender la dinámica que determina la precariedad de la salud reproductiva y sexual y esclarecer las vinculaciones entre esa mala salud y la pobreza, la pertenencia a uno u otro sexo y la vulnerabilidad social. La introducción de mejoras en el acopio y el análisis de datos, incluida información sobre los costos y la costoeficacia, es fundamental para elegir entre prioridades de acción concu-

rrentes y centrar las intervenciones relacionadas con el sistema sanitario en las esferas donde es probable que den mejores resultados, teniendo en cuenta los límites de los recursos disponibles.

53. El proceso de establecimiento de prioridades sobre la base de datos de buena calidad debe contar, no obstante, con la participación de múltiples interesados de los gobiernos, organismos bilaterales y multilaterales, asociaciones profesionales, agrupaciones de mujeres y otros sectores de la sociedad civil. La reunión de todos estos actores tan diversos, con sus diferentes perspectivas, contribuirá a la creación de un amplio consenso, fomentará la colaboración y aumentará las posibilidades de éxito de las intervenciones. Los interesados directos deben sopesar cuidadosamente la costoeficacia con la equidad y examinar la necesidad de aumentar las inversiones para llegar a los pobres y a otros grupos subatendidos.

54. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) fortalecer la capacidad para recabar y analizar datos relativos a la situación sanitaria y sus determinantes fundamentales y al funcionamiento de los servicios de salud, a nivel local, distrital y de país; y
- 2) fijar prioridades sobre la base de los datos disponibles, mediante un proceso consultivo en el que participen múltiples interesados directos, prestando atención a la equidad de acceso, en particular para los pobres y otros grupos subatendidos.

Movilizar la voluntad política

55. La creación de un entorno dinámico dentro del cual exista un sólido apoyo internacional, nacional y local para las iniciativas de salud reproductiva y sexual basadas en los derechos contribuirá a superar la inercia, impulsar las inversiones y establecer rigurosos niveles y mecanismos para un desempeño responsable. Ello exige la participación no sólo de los ministerios de salud, sino también de los de finanzas y educación, y posiblemente de otros sectores, junto con sus instituciones homólogas a nivel distrital y local. El compromiso político y la promoción deben ser lo suficientemente sólidos para sostener políticas y programas adecuados, en particular para los grupos subatendidos.

56. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) consolidar un firme apoyo en favor de la inversión en salud reproductiva y sexual, sobre la base de datos relativos a los beneficios para la salud pública y los derechos humanos;
- 2) movilizar a los interesados clave (por ejemplo, profesionales de la salud, juristas, grupos de defensa de los derechos humanos, agrupaciones de mujeres, ministerios estatales, dirigentes y partidos políticos y líderes religiosos y comunitarios) a fin de que apoyen un programa de acción nacional para la promoción de la salud reproductiva y sexual, y hacer un uso concertado de los medios de comunicación; y
- 3) reunir un conjunto de sólidos argumentos, basados en criterios científicos, a favor de la inversión estratégica en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los derechos conexos, asegurar que estas cuestiones ocupen un lugar destacado dentro del programa de acción nacional; divulgar información sobre la naturaleza, las causas y las consecuencias de los problemas y necesidades de salud reproductiva de los adolescentes, por ejemplo su vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, como el VIH, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, los matrimonios prematuros o las gestaciones precoces y la coerción y violencia sexuales, tanto dentro como fuera del matrimonio.

Crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo

57. La eliminación de restricciones innecesarias de las políticas y disposiciones normativas, con miras a crear un marco de apoyo para la salud reproductiva y sexual, es susceptible de mejorar notablemente el acceso a los servicios.

58. Se precisan disposiciones normativas que aseguren la disponibilidad continuada y equitativa de ciertos productos, por ejemplo fármacos o equipo y suministros médicos, y que garanticen el cumplimiento de las oportunas normas de calidad internacionales. Es necesario contar, además, con un marco reglamentario eficaz que garantice la responsabilización tanto del sector público como del privado en lo que respecta a la prestación de una atención de salud de alta calidad para el conjunto de la población.

59. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) revisar las leyes y políticas, y cuando sea necesario modificarlas, para asegurar que faciliten un acceso equitativo y universal a la educación, la información y los servicios relacionados con la salud sexual;
- 2) asegurar que existan las disposiciones reglamentarias y las normas necesarias para garantizar la disponibilidad continua y equitativa de los productos que se precisen y que éstos cumplan las normas de calidad internacionales pertinentes; y
- 3) establecer criterios de desempeño y elaborar mecanismos de vigilancia y rendimiento de cuentas para la prestación de los servicios y para la colaboración y la ejecución de labores complementarias entre los sectores privado, no gubernamental y público.

Reforzar la vigilancia, la evaluación y el rendimiento de cuentas

60. La vigilancia y evaluación son fundamentales para determinar qué medidas dan buen resultado y cuáles no, y averiguar por qué motivo. También pueden contribuir a detectar necesidades cambiantes o repercusiones inesperadas, ya sean positivas o negativas.

61. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

- 1) establecer y fortalecer mecanismos de vigilancia y evaluación, sobre la base de un plan que establezca claramente los objetivos a alcanzar, los medios, los plazos, con un conjunto definido de indicadores y sólidos datos de referencia;
- 2) hacer un seguimiento de las reformas sanitarias, los enfoques adoptados para el conjunto del sector y la aplicación de otros mecanismos de financiación, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, el reparto de los costos o el apoyo presupuestario directo para asegurar que redunden en beneficio de los pobres y otros grupos social o económicamente marginados, y contribuir a fortalecer los servicios de salud reproductiva y sexual en todos los niveles; y
- 3) elaborar mecanismos (por ejemplo, comités locales o reuniones comunitarias) que permitan incrementar el rendimiento de cuentas a nivel de centros y distritos.

Compromiso de la OMS para la consecución de los objetivos mundiales de salud reproductiva

62. En todas las esferas de acción arriba descritas, la OMS proseguirá y reforzará la asistencia técnica prestada a los países:

- apoyando las investigaciones orientadas a la adopción de medidas y las iniciativas de fortalecimiento de la capacidad investigadora
- racionalizando normas y criterios, poniendo especial cuidado en que éstos se basen en pruebas científicas
- promoviendo a nivel mundial la salud reproductiva y sexual.

63. En todas esas actividades se tendrá en cuenta y se fomentará sistemáticamente la equidad, incluida la igualdad entre los sexos, así como los aspectos de la salud reproductiva y sexual relacionados con los derechos humanos.

64. En el plano mundial, la OMS:

- 1) redoblará sus esfuerzos para la aplicación de la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo como componente prioritario de la estrategia de salud reproductiva y sexual, sobre todo en lo que respecta a los países que presentan las tasas más altas de mortalidad materna;
 - 2) seguirá fortaleciendo sus lazos de asociación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas - en particular el UNICEF, el FNUAP y el ONUSIDA -, el Banco Mundial, las asociaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y otros asociados, con miras a asegurar la colaboración y la actuación coordinada de una amplia variedad de actores. La nueva alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, que será acogida por la OMS, desempeñará un papel crucial a este respecto;
 - 3) promoverá y fortalecerá los servicios de salud reproductiva y sexual como pilar fundamental para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, en particular mediante la planificación familiar; la atención prenatal, perinatal y posparto; el control de las infecciones de transmisión sexual; la promoción de prácticas sexuales sin riesgo; y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. La OMS conferirá asimismo atención a la salud reproductiva y sexual reforzando su colaboración con otros programas fundamentales de salud pública, como los centrados en la inmunización, la nutrición y la prevención o en el tratamiento de la malaria y la tuberculosis, en particular entre las mujeres embarazadas; y
 - 4) asegurará el rendimiento de cuentas mediante la presentación de informes sobre los progresos logrados en materia de salud reproductiva y sexual, como parte de los esfuerzos encaminados al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
-