

EJEMPLAR
ADELANTADO
PARA LOS MEDIOS
DE DIFUSIÓN

PUEDE DIFUNDIRSE A PARTIR
DE LAS 10.00 HORAS GMT
DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 1999

6 mil millones

Es hora de optar

*Estado
de la
Población
Mundial
1999*

FNUAP 

Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dra. Nafis Sadik
Directora Ejecutiva

ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1999

6 mil millones

Es hora de optar

FNUAP



**Fondo de Población
de las Naciones Unidas**

Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva



Estado de la
Población
Mundial
1999

6 mil millones

Es hora de optar





CAPÍTULO 1

Panorama general e introducción1

Tendencias demográficas.....	4
La CIPD: Agenda de opciones.....	5
Población y desarrollo	6
Salud reproductiva, salud sexual, derechos reproductivos y derechos sexuales.....	8
Igualdad de género y potenciación del papel de la mujer	10
Alianzas y participación	11
La cuestión de los recursos.....	12
Progreso	13



CAPÍTULO 2

Variaciones en la población y opciones de las personas15

Población y desarrollo: Políticas cambiantes	16
La población sigue creciendo y cada vez tiene más edad	18
Hay la mitad de defunciones	19
Disminuye la fecundidad, pero de manera desigual....	19
Cambiantes hipótesis acerca de la futura fecundidad	20
Niveles de educación y disminución de la fecundidad	20
El factor de la juventud	22
Los efectos del SIDA	23
Perspectivas de los países donde las tasas de fecundidad son bajas.....	24
Cambiante distribución de la población mundial	25
Variaciones en la distribución regional.....	25
Tendencias mundiales a la urbanización.....	25
Migración internacional.....	26
Crecimiento de la población y cuestiones medioambientales	27
Agua, tierras y alimentos	27
Cambio climático, degradación de los recursos naturales y diversidad biológica	28



CAPÍTULO 3

Salud reproductiva y derechos reproductivos.....29

El enfoque de salud reproductiva	29
Componentes de la salud reproductiva	30
Planificación de la familia	31
Maternidad sin riesgos	31
El VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual	32
Mutilación genital femenina.....	34
Prestación de servicios de salud reproductiva	34
Cambios de política después de la CIPD	34
Reforma y descentralización del sector de salud.....	35
Integración y ampliación de los programas de salud reproductiva	36

Provisión de servicios de salud reproductiva por las ONG.....	37
Mayor acceso a servicios de buena calidad.....	38
Comunicación y educación	40
Desarrollo de recursos humanos	40
Vigilancia y evaluación	41
Información y servicios para adolescentes	42
Participación y responsabilidad de los hombres	43
Salud reproductiva para refugiados y personas desplazadas	44



CAPÍTULO 4

Alianzas y ampliación de los medios de acción45

El naciente concepto de la sociedad civil	46
Ampliación de los medios de acción, igualdad de género y derechos reproductivos	47
Acción para ampliar los medios de acción de la mujer	47
Promoción de la salud reproductiva y los derechos reproductivos	47
Lucha contra la violencia por motivos de género	48
Fortaleza en los grupos numerosos:	
Redes y alianzas	48
Alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil	49
Colaboración con otros sectores de la sociedad civil	51
Líderes religiosos	51
Unión de parlamentarios en pro de la salud reproductiva y los derechos reproductivos	51
El sector privado	51
Asociaciones médicas.....	52
Fortalecimiento de las alianzas	52
Limitaciones actuales	52
El FNUAP y las ONG	53



CAPÍTULO 5

Búsqueda de recursos55

Inversiones en el desarrollo	55
Recursos insuficientes	56
El reto de los recursos	56
Aumento de los recursos	56
¿De dónde proceden ahora los recursos?.....	57
Asistencia externa	57
Recursos nacionales	58
Aumento de la eficiencia	59
Alianzas en pro de la salud	60
¿Quién sufraga los gastos?	
¿Cómo hemos de decidir?	60
Asegurar que los servicios de salud reproductiva lleguen a los pobres	61
Conclusión	62

NOTAS63

RECUADROS

1. La población podría aumentar hasta 8.900 millones de personas hacia 2050	3
2. Vidas más largas + menores tasas de natalidad = crecimiento más lento de la población	4
3. Metas de la CIPD y nuevos datos de referencia	5
4. Lucha contra la violencia y la coacción de que es objeto la mujer	10
5. FNUAP: Creación de consenso.....	16
6. Población y desarrollo: Nuevas conclusiones	17
7. La crisis en el sudeste asiático puede cancelar el adelanto en el desarrollo.....	17
8. Menores proyecciones de población: Buenas y malas noticias	20
9. Efectos devastadores del VIH/SIDA en África	24
10. Es posible que en 2050, una persona de cada cuatro sufra escasez de agua.....	28
11. El derecho a la salud reproductiva	30
12. El Japón aprueba el uso de anticonceptivos orales	31
13. El Programa de Acción de la CIPD y el aborto en malas condiciones.....	33
14. Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH en Uganda	34
15. Un grupo que promueve la alfabetización estimula la lucha contra la mutilación genital femenina en el Senegal	35
16. Reforma del sector de salud	36
17. Integración en el plano de la prestación de servicios en Uganda	37
18. La educación de jóvenes por otros jóvenes a fin de reducir el embarazo en la adolescencia.....	42
19. Enseñanza a los hombres acerca de los beneficios de la planificación de la familia	43
20. La violación es frecuente en un campamento de refugiados en Kenya	44
21. El FNUAP y los parlamentarios	51
22. Participación del sector privado en la satisfacción de las necesidades de productos anticonceptivos	52
23. Un ámbito propicio para alianzas eficaces	54
24. La mitigación de la deuda y el problema de los recursos	57

GRÁFICOS Y DIAGRAMAS

Gráfico 1: Crecimiento de la población mundial, cifras actuales y proyecciones, 1950-2050	3
Gráfico 2: Nivel educacional, por género y región	21
Gráfico 3: Tendencias regionales en las estructuras de edades	23
Gráfico 4: Los efectos SIDA en África al sur del Sahara: Proyecciones de población en presencia y en ausencia del SIDA, en los 29 países más afectados, 1990-2050	24
Gráfico 5: Distribución regional de la población, 1950-2050	26
Gráfico 6: Tendencias mundiales de la urbanización: Distribución regional 1960-1999	27
Gráfico 7: Porcentaje de mujeres jóvenes que tienen actividad sexual y usan métodos de planificación de la familia, países seleccionados.....	41

CUADROS

Medidas adoptadas para entablar alianzas con la sociedad civil	46
Gastos públicos y privados en salud	60

INDICADORES

Vigilancia de las metas de la CIPD —	
Indicadores seleccionados	67
Indicadores demográficos, sociales y económicos	70
Indicadores seleccionados para países y territorios menos populosos	73
Notas de los cuadros de indicadores	74
Notas técnicas	74

Panorama general e introducción



UNICEF / 714 / Nicole Toutoungij

El 12 de octubre de 1999, habrá en el planeta 6.000 millones de personas vivas, lo cual representa un agregado de 1.000 millones en sólo 12 años. Casi la mitad de esas personas tendrán menos de 25 años; más de 1.000 millones serán jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, los progenitores de la próxima generación.

La población mundial está aumentando a razón de 78 millones de personas por año, cantidad algo inferior al total de la población de Alemania. La población mundial se ha duplicado en comparación con 1960. Más del 95% de crecimiento de la población ocurre en los países en desarrollo; mientras tanto, dicho crecimiento se ha hecho más lento o se ha detenido en Europa, América del Norte y el Japón. Los Estados Unidos de América son el único país industrializado de gran magnitud donde, según las proyecciones, la población está aumentando, debido en gran medida a la inmigración.

Llegar a 6.000 millones de personas tiene aspectos tanto positivos como negativos. Desde el punto de vista positivo, es el resultado de opciones personales y acciones colectivas para lograr mejor salud y vida más larga. Se refleja en, por ejemplo:

Cada recién nacido cuya madre tuvo un embarazo saludable;

Cada niño correctamente alimentado e inmunizado;

Cada niña que recibe mejor nutrición, mejor atención de la salud y mejor educación;

Cada mujer joven que puede protegerse a sí misma del contagio con el VIH;

Cada mujer que puede espaciar sus embarazos;

Cada hombre que acepta responsabilidad por su propio bienestar y por el de su familia;

Cada anciano que protegió su salud durante su juventud;

Cada persona que evita los riesgos de salud merced a una mejor información y a un comportamiento responsable;

Cada persona que dispone de opciones y de control sobre las decisiones clave de su vida.

Que la tasa de crecimiento de la población siga disminuyendo no es un proceso inexorable; dependerá de las opciones y las acciones que se realicen en los próximos diez años.

A partir de 1969 los países de Asia, África y América Latina han mejorado los servicios de salud y educación y los han puesto a disposición de sectores más amplios de la población.

Como resultado de ello, en la mayoría de los países las mujeres y los hombres aspiran a tener menor cantidad de hijos y las familias son más pequeñas que en generaciones anteriores; es mayor el número de recién nacidos que sobreviven tras el peligroso primer año de vida y los ancianos tienen vidas más largas que nunca antes.

En los países en desarrollo, la fecundidad ha disminuido a la mitad en comparación con 1969, desde casi seis hijos por mujer hasta menos de tres. En consecuencia, la tasa de crecimiento de la población ha comenzado a disminuir.

Entre los aspectos negativos cabe mencionar que los países más pobres son los que a menudo tienen las tasas más altas de crecimiento de la población. En 62 países de África, Asia y América Latina, más del 40% de la población es menor de 15 años. Los países más pobres también tienen los peores niveles de salud reproductiva, las tasas más altas de mortalidad derivada de la maternidad y las tasas más bajas de uso de métodos de planificación de la familia, con frecuencia inferiores al 15%, nivel que, en promedio, los países en desarrollo ya habían alcanzado hacia 1969.

A partir de 1969, cuando comenzó sus operaciones, el FNUAP (Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, cuyo nombre cambió por el de Fondo de Población de las Naciones Unidas), la población ha aumentado desde 3.700 millones de personas hasta 6.000 millones. Pero las tasas anuales de crecimiento demográfico han disminuido desde 2,04% hasta 1,33% y deberían disminuir aún más. Las cantidades de personas que se agregan cada año llegaron a un máximo en el período 1985-1990, con 86 millones de personas. En los próximos 20 años deberían ir disminuyendo gradualmente y, posteriormente, con mayor rapidez.

Esta reducción de la tasa de crecimiento de la población no es automática. Fue posible durante los últimos 30 años merced a la labor de muchas personas. Que continúe o no y que vaya o no acompañada de creciente bienestar o crecientes tensiones, dependerá de las opciones y de las acciones que se realicen en los próximos diez años.

Dependerá del éxito de las políticas de población y desarrollo y, en particular, del ejercicio universal del derecho a la salud, incluida la salud reproductiva.

Aún distamos mucho de alcanzar esta meta. Por ejemplo:

- Más de la mitad de los días de vida saludable que pierden las mujeres en su etapa de procreación se deben al embarazo, a las complicaciones del embarazo y a los trastornos reproductivos¹;
- Hay 350 millones de mujeres — casi un tercio de todas las mujeres en edad de procrear de los países en desarrollo — que siguen careciendo de acceso a una gama de métodos modernos, seguros y aceptables de planificación de la familia; otros 120 millones de mujeres estarían utilizando ya métodos de planificación de la familia si dispusieran más amplia-

mente de ellos, si los comprendieran mejor y si contaran con el apoyo de las comunidades y las familias, y con el respaldo de programas de calidad;

- En los países en desarrollo, cada año 585.000 mujeres pierden la vida como resultado del embarazo y cantidades muchas veces superiores de mujeres padecen infecciones o lesiones;
- Cada año se pierden 70.000 vidas debido al aborto en malas condiciones;
- Las mujeres constituyen casi los dos tercios de los analfabetos del mundo, que son en total 960 millones, y las mujeres y las niñas constituyen tres quintos de los pobres del mundo;
- La violencia contra la mujer es endémica en todos los países y son muchos los países que carecen de sanciones jurídicas o del poder para ponerlas en práctica. Es posible que la mitad de todas las mujeres estén sujetas en algún momento de su vida a actos de violencia por motivos de género. Cada año, dos millones de niñas y mujeres corren riesgo de mutilación genital femenina;
- El VIH/SIDA está acortando la duración de la vida en los países más afectados; las mujeres son más vulnerables que los hombres al contagio con el VIH; la mitad de los nuevos contagios ocurren entre personas jóvenes;
- La asistencia internacional para el desarrollo ha disminuido, desde un máximo de aproximadamente 61.000 millones de dólares en 1992 hasta poco más de 48.000 millones de dólares en 1997. Si bien corresponde a la asistencia en materia de población una mayor proporción de los recursos de los donantes (3,1%, en comparación con aproximadamente 1,3%), se trata de una porción mayor de un total menor, y se mantiene muy por debajo de las metas convenidas.

La pobreza no queda limitada a los países más pobres. Hay más de 1.000 millones de personas que siguen privadas de satisfacer sus necesidades básicas de consumo. De los 4.800 millones de personas que residen en países en desarrollo, casi las tres quintas partes carecen de servicios básicos de saneamiento; casi un tercio carece de acceso a agua no contaminada; un cuarto no tiene viviendas adecuadas; un quinto carece de acceso a servicios modernos de salud. Un quinto de los niños no llega hasta el quinto grado en la escuela. Aproximadamente un quinto no dispone de suficientes aportes energéticos y proteínicos en sus dietas. Las carencias de micronutrientes están aún más generalizadas. En todo el mundo, hay 2.000 millones de personas anémicas, entre ellas 55 millones en los países industrializados².

Los pobres son quienes más expuestos están a las emanaciones y los ríos contaminados y quienes en peores condiciones están para protegerse a sí mismos. De la cantidad de defunciones que se producen cada año debido a la contaminación atmosférica, estimada en 2,7 millones, 2,2 millones son consecuencia de la contaminación dentro de

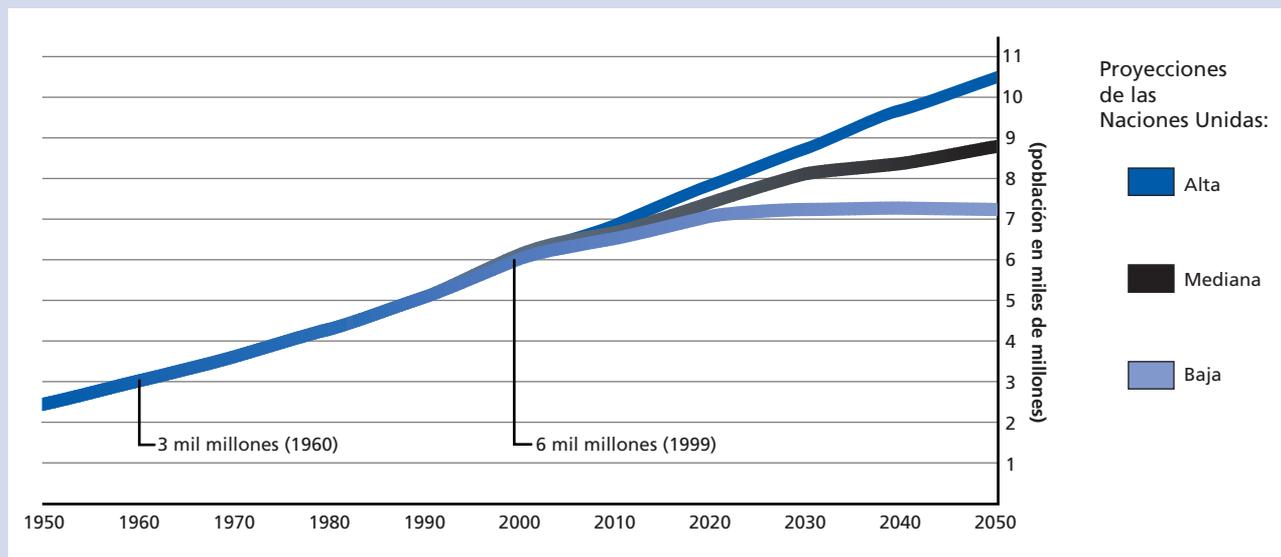
La población podría aumentar hasta 8.900 millones de personas hacia 2050

Según las proyecciones de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la población mundial aumentará desde 6.000 millones de personas en 1999 hasta entre 7.300 millones y 10.700 millones hacia 2050, y la cantidad que se considera más probable es 8.900 millones. La diferencia de 3.400 millones entre las proyecciones alta y baja, que reflejan las diferentes hipótesis acerca de las futuras tasas de fecundidad,

tiene una magnitud igual al total de la población mundial en 1966.

La actual tasa de crecimiento demográfico es 1,33%. Según la proyección mediana, se prevé que los incrementos anuales han de disminuir gradualmente, desde 78 millones en la actualidad hasta 64 millones en el período 2020-2025, y posteriormente han de disminuir pronunciadamente, hasta 33 millones en el período 2045-2050.

GRÁFICO 1: Crecimiento de la población mundial, cifras actuales y proyecciones, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. 1998. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*.

las viviendas y un 80% de las víctimas son campesinos pobres en países en desarrollo.

Necesidades para el futuro

Para el futuro, revestirá importancia crítica la seguridad alimentaria. Por ejemplo, para alimentar suficientemente una población de 8.900 millones de personas, será necesario administrar casi el doble de las calorías básicas que se consumen hoy. También tendrá importancia crítica el acceso al agua.

A partir del momento en que la población mundial superó los 5.000 millones, en 1987 se han acumulado pruebas de que las pautas de consumo desequilibradas y el despilfarro, sumados a las crecientes cantidades de seres humanos, han afectado profundamente el clima mundial. En 1992, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) reconoció que los factores demográficos, así como los niveles de ingresos, las tecnologías de producción y las pautas de consumo, influyen sobre la situación del medio ambiente. El gradual calentamiento de la atmósfera terrestre es un hecho; sigue sin determinar qué efecto tendrá. El cambio climático mundial en gran escala podría producirse muy rápidamente si las tendencias negativas se reforzaran recíprocamente³.

Los posibles cambios, como el aumento del nivel del mar, las mayores precipitaciones pluvia-

les en algunos lugares o las más altas temperaturas en otros, afectarán a miles de millones de personas. Por ejemplo, un aumento de 50 centímetros en el nivel del mar inundaría a 11 de las 13 principales ciudades del mundo. Más de la mitad de la población del mundo (3.200 millones de personas) vive en un radio de 200 kilómetros de una costa.

La creciente cantidad de pobres en los países pobres entraña un reproche a todos quienes están preocupados por la justicia social, el medio ambiente y el desarrollo. Los gobiernos y la comunidad internacional deben reconocer su responsabilidad en cuanto a eliminar la extrema pobreza. El rápido crecimiento de la población es sólo uno entre muchos temas de preocupación, pero contribuye al deterioro del medio ambiente, a las presiones sobre la tierra y los recursos hídricos y a la inestabilidad política.

Los efectos acumulados de la persistente pobreza, como la desnutrición y la mala salud en escala masiva; la discriminación de género y las desigualdades en esferas clave, entre ellas la educación y la salud, incluida la salud reproductiva; las nuevas amenazas, como el VIH/SIDA; el cambio del medio ambiente; y la disminución creciente de los recursos internacionales asignados al desarrollo tienen el potencial de cancelar los beneficios de la menor fertilidad lograda en las últimas generaciones, y ello podría tener consecuencias mundiales.

No hay ningún indicio de una “escasez de nacimientos” a escala mundial.

Tendencias demográficas

Más que en ningún año desde que el FNUAP comenzó sus tareas en 1969, las tendencias demográficas son diversas y divergentes.

Alta fecundidad: La población está aumentando más rápidamente en los países más pobres, es decir, los que están menos preparados para satisfacer las necesidades básicas y crear oportunidades. Dentro de los países, las familias más pobres también tienden a ser las más numerosas, pero para la determinación del tamaño de la familia, tal vez la pobreza de opciones sea tan importante como la pobreza de medios. Las personas y los países más afectados estarían concentrados en África y el Asia meridional, pero también existen en cada una de las regiones en desarrollo.

Las regiones donde es más acelerado el crecimiento demográfico son las de África al sur del Sahara y partes del Asia meridional y del Asia occidental. La proporción que corresponde a esas regiones en comparación con la población mundial ha ido en aumento sostenidamente durante 40 años. Esas regiones se están sumando a otras que se están transformando en predominantemente urbanas.

Baja fecundidad: Al mismo tiempo, 61 países están presentando tasas de fecundidad iguales o inferiores al nivel de reemplazo y sus poblaciones podrían disminuir en el largo plazo. A medida que las tasas de fecundidad van disminuyendo en un mayor número de países, este fenómeno podría afectar a países donde residen las dos terceras partes de los habitantes del planeta. No obstante, no hay ningún indicio de una “escasez de nacimientos” a escala mundial: durante los próximos 50

años, seguirá habiendo más de 100 millones de alumbramientos por año. En este período, el número de defunciones aumentará, a medida que la población vaya envejeciendo cada vez más.

Este lento cambio demográfico obliga a efectuar opciones en materia de políticas: habrá consecuencias para la estructura de los servicios de salud, las pensiones, la seguridad social, las relaciones en la familia y la responsabilidad entre generaciones. Los países donde hay bajas tasas de fecundidad tratarán de que las personas de mayor edad que siguen activas y los inmigrantes aporten algunos servicios necesarios y contribuyan a la economía.

Una opción evidente, aumentar las tasas de natalidad y el número de hijos, no está disponible para los países de baja fecundidad. En la historia no se registra el caso de ningún país que haya logrado alguna vez aumentar las tasas de natalidad durante un período prolongado, una vez que éstas hayan comenzado a disminuir.

Aumento de las tasas de defunción y disminución de la duración de la vida: En los países más afectados por el VIH/SIDA, las tasas de mortalidad están aumentando y la esperanza de vida está disminuyendo con velocidad suficiente para cancelar los adelantos logrados en los últimos 20 años. Las cifras publicadas son estimaciones y es muy posible que en ellas se subestimen los efectos globales de la pandemia. Hay muchos países que aún titubean en reconocer cuán gravemente están afectados, pero si no se emprenden de inmediato acciones decisivas para poner coto a la propagación del contagio, todas las pruebas señalan que es inminente una catástrofe mayor. Muchos de los países más gravemente afectados figuran entre los más pobres del mundo y dependerán en gran medida de la ayuda exterior para combatir la enfermedad.

Las fluctuaciones en el crecimiento demográfico y la ubicación de la población son características de muchos países afectados por inestabilidad interna, desastres naturales y perturbaciones sociales. Algunos países han recibido rápidas corrientes de inmigración y otros han experimentado pérdidas de población debidas a la emigración, especialmente en las ex repúblicas soviéticas del Asia central. Esta pérdida de población es, probablemente, un fenómeno a corto plazo, pero plantea interrogantes en cuestiones de políticas: por ejemplo, acerca del reemplazo de los conocimientos que poseen los migrantes.

Según se estima, 13 millones de refugiados se han marchado de sus países de origen para escapar de la persecución, el conflicto armado o la violencia. Hay una cantidad desconocida, pero de gran magnitud, de personas que se han visto obligadas a marcharse de sus lugares de origen debido a razones sociales o medioambientales, pero no reúnen los requisitos para ser consideradas refugiadas. Hay decenas de millones de personas desplazadas en sus propios países, muchas de las cuales pasan a engrosar las cantidades de pobres urbanos⁴.

En todas las regiones, la migración internacional está pasando a ocupar un lugar cercano al más prioritario en el temario de las políticas, a medida que va aumentando el número de migrantes y que pasan a ser más urgentes los problemas que estos plantean. Sólo un 2% de la población mundial está constituida por migrantes; pero los

RECUADRO 2

Vidas más largas + menores tasas de natalidad = crecimiento más lento de la población

Las vidas más largas redundan en mayores cantidades de personas. ¿Cómo podrá ese factor contribuir a un crecimiento más lento de la población?

Las mejores condiciones de salud y las vidas más largas alientan la idea de que la vida es una inversión y no una lotería. La experiencia muestra que cuando las personas pueden optar, escogen familias más pequeñas que las de las generaciones anteriores. Cuando las personas pueden decidir cuántos hijos van a tener, el resultado es que tienen familias más pequeñas pero más saludables y, posteriormente, vidas más largas y un crecimiento más lento de la población.

Si las familias son más pequeñas, ¿por qué sigue creciendo la población?

Durante mucho tiempo, en muchos países han ido disminuyendo las tasas de fecundidad y de natalidad. Las familias más pequeñas redundan en menores tasas de crecimiento de la población y, en el largo plazo, en cantidades menores agregadas cada año a la población mundial. En los países en desarrollo, las mujeres están teniendo un número de hijos igual a la mitad del que tenían sus homólogas en 1969.

Pero actualmente hay casi el doble de mujeres en edad de procrear. Durante el último decenio, debido a ese factor y a una mayor supervivencia del niño y vidas más prolongadas, las adiciones anuales a la población mundial se han mantenido en alrededor de 80 millones de personas. Durante gran parte de los próximos 20 años, las cantidades agregadas cada año se mantendrán cerca de los niveles actuales.

efectos de estos sobre los países de origen y los países de destino no guarda proporción con sus cantidades. Cada año, los migrantes envían más de 70.000 millones de dólares a sus países de origen, en forma de remesas, y las industrias de algunos países de destino dependen de la mano de obra y las aptitudes de sus trabajadores extranjeros. En los últimos decenios también ha aumentado el número de países cuyos habitantes se suman a las filas de migración internacional.

La migración dentro de un mismo país también afecta pronunciadamente las perspectivas de desarrollo nacional y las condiciones de vida de millones. El crecimiento urbano es impulsado por el crecimiento vegetativo y por la migración del campo a la ciudad. En muchos países y regiones, la migración entre ciudades y entre zonas rurales ha pasado a tener magnitud apreciable. Esos desplazamientos obedecen al estrés medioambiental y lo agravan, además de sobrecargar los servicios. Las poblaciones de mayor edad y más pobres, particularmente las mujeres ancianas, quedan aún más marginadas al aumentar la migración desde sus comunidades.

La CIPD: Agenda de opciones

La actual nueva generación de jóvenes soportará tanto la carga como las consecuencias de las opciones. Esos jóvenes decidirán con cuánta rapidez el mundo agregará los próximos mil millones de personas y los mil millones ulteriores, y si la población mundial se ha de duplicar nuevamente. Las decisiones de esos jóvenes influirán en si esas nuevas cantidades de personas nacerán para llevar vidas de pobreza y privación; si se establecerán relaciones de igualdad y equidad entre las mujeres y los hombres; y qué efecto tendrá el crecimiento de la población sobre los recursos naturales y el medio ambiente mundial. Ésas son decisiones personales, pero recibirán la influencia de las opciones en materia de políticas que efectúen los países y la comunidad mundial.

Pese a la incertidumbre demográfica, las deficiencias en el desarrollo de muchos países y la disminución de los recursos internacionales para el desarrollo, la atmósfera para efectuar opciones es, en dos aspectos de importancia crucial, mejor que cuando el mundo superó los 5.000 millones de habitantes:

- Los países han logrado un amplio consenso mundial sobre cuestiones de población y desarrollo y han acordado un programa para ponerlo en práctica. Dicho programa se basa en la comprensión de que cada país soberano pondrá en práctica el programa de conformidad con sus propias prioridades y percepciones; que lograr un crecimiento más lento y equilibrado de la población en todo el mundo depende de las opciones libres y bien fundamentadas de cada hombre y cada mujer; y que es preciso facultar a las mujeres y los hombres para que efectúen dichas opciones;
- Hay cada vez más pruebas prácticas de que este programa satisface las necesidades de la gente y de los países y que, pese a todos los obstáculos, se lo está poniendo en práctica.

RECUADRO 3

Metas de la CIPD y nuevos datos de referencia

La CIPD hizo suyo un conjunto de objetivos interdependientes acerca de la población y el desarrollo, incluidos el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible y la equidad e igualdad de género. Se exhortó a los países a incluir los factores de población en todas las estrategias de desarrollo y a adoptar medidas para eliminar la violencia por motivos de género y las prácticas tradicionales nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina. Se adoptaron metas cuantitativas en tres esferas:

- **Educación universal** — Eliminación de la discrepancia de género en la educación primaria y secundaria hacia 2005, y acceso total a la escuela primaria o su equivalente, tanto de las niñas como de los niños varones, tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de 2015;
- **Reducción de la mortalidad** — Reducción de las tasas de mortalidad de los menores de un año y de los menores de cinco años en al menos un tercio, hasta no más de 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, hacia el año 2000, y hasta menos de 35 y 45, respectivamente, hacia 2015; reducción de la mortalidad materna hacia 2000 hasta la mitad de los niveles de 1990 y nuevamente a la mitad hacia 2015 (concretamente, en los países donde son más altos los niveles de mortalidad, hasta 60 por cada 100.000 nacidos vivos);
- **Salud reproductiva** — Provisión de acceso universal a la gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva y salud sexual hacia 2015.

En el examen al cabo de cinco años realizado en 1999 se convino en nuevos datos de referencia para la medición del logro de las metas de la CIPD:

- Hacia el año 2005 debería reducirse a la mitad la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas existente en 1990. Hacia 2010, la tasa neta de matriculación en la escuela primaria para niños de uno y otro sexo debería ser, como mínimo, del 90%;
- Hacia 2005, un 60% de los servicios de atención primaria de la salud y planificación de la familia deberían ofrecer la gama más amplia posible de métodos seguros y eficaces de planificación de la familia, atención obstétrica esencial, prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir el contagio; un 80% de los establecimientos de salud deberían ofrecer esos servicios hacia 2010 y la totalidad de ellos deberían ofrecerlos hacia 2015;
- En los países donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es sumamente alta, al menos un 40% de todos los partos deberían contar con la asistencia de personal capacitado, y en todo el mundo, un 80%, hacia 2005; esas proporciones deberían ser del 50% y el 85%, respectivamente, hacia 2010; y del 60% y el 90% hacia 2015;
- La discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y la proporción de personas que expresan un deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de sus hijos debería reducirse a la mitad hacia 2005, en un 75% hacia 2010 y en un 100% hacia 2015. Para alcanzar este objetivo no deberían utilizarse metas ni cuotas de captación de clientes.

Al reconocer que la situación relativa al VIH/SIDA es peor que la prevista cuando se celebró la CIPD, en el examen se convino en que, a fin de reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, hacia 2005 al menos un 90% de los jóvenes, varones y mujeres, de entre 15 y 24 años de edad deberían tener acceso a métodos preventivos — como los condones femeninos y masculinos, la detección voluntaria, el asesoramiento y el seguimiento — y, hacia 2010, al menos un 95%; hacia 2005 deberían reducirse las tasas de contagio con el VIH en personas de 15 a 24 años de edad en un 25% en los países más afectados y hacia 2010, en un 25% en todo el mundo.

Fuente: Naciones Unidas. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly (A/S-21/5/Add.1)*.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, 179 países llegaron a un consenso acerca de la relación entre población y desarrollo y fijaron metas para el año 2015. En 1999, en el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, se puso de manifiesto que sus metas no sólo siguen siendo prácticas y realistas, sino también necesarias para el adelanto de los individuos y el desarrollo equilibrado.

En la CIPD se reconoció, y en el examen se confirmó y reafirmó, que los países están adoptando políticas de población y desarrollo basadas en la calidad de la vida, la opción personal y los derechos humanos. Las políticas tratan de cuestiones como la pobreza, la seguridad alimentaria, la utilización de los recursos y los efectos sobre el medio ambiente; se utilizan los datos sobre cantidades, distribución y tasa de crecimiento de la población a fin de promover un desarrollo amplio, en lugar de alcanzar metas sectoriales circunscritas.

En este grupo de países, cada vez mayor, el éxito de los servicios de salud reproductiva y servicios conexos se mide en función de su capacidad para satisfacer las necesidades y aspiraciones humanas y no por sus efectos sobre los niveles de fecundidad. Entre las preocupaciones primordiales figuran velar por que se ejerzan opciones bien fundamentadas; dar acceso a los servicios a las poblaciones pobres y rurales; y asegurar una alta calidad uniforme.

En la Conferencia de El Cairo también se reconoció que para satisfacer las necesidades en materia de salud reproductiva es menester ofrecer una gama de servicios, entre ellos los de planificación de la familia y, al mismo tiempo, realizar acciones para garantizar los derechos, informar y facultar a las mujeres en todos los aspectos de sus vidas, así como involucrar a los hombres como aliados para que las apoyen. Reviste importancia central para el consenso de la CIPD que la fecundidad quede determinada por las decisiones voluntarias de las parejas y los individuos. Se comprende claramente que, en general, las familias más pequeñas y las menores tasas de crecimiento de la población serán consecuencia de políticas que posibiliten que todos, pero en especial las mujeres, dispongan de opciones en todas las esferas de sus vidas.

Los países están cambiando el marco jurídico y poniendo en práctica la legislación existente en procura de aquellas metas. Asimismo, se está haciendo mayor hincapié en la promoción y las alianzas entre el gobierno y la sociedad civil, a fin de acrecentar el apoyo a las metas de la CIPD.

Hay acuerdo acerca de los recursos necesarios; no obstante, los países y la comunidad internacional aún no han dado cumplimiento a lo acordado.

Muchos países han logrado considerables progresos hacia las metas acordadas en la CIPD; todos los países han adoptado algunas medidas y muchos harían más si dispusieran de los recursos necesarios. Al mismo tiempo, muchos grupos están ejerciendo presión, en especial los que representan a las mujeres y los jóvenes, a fin de que se adopten medidas más rápidas y mejor centradas, de modo que la promesa de la CIPD se plasme en la realidad.

En el año de la “CIPD+5”, 1999, se pasó revista a la puesta en práctica del Programa de Acción y se consideraron las acciones para el futuro. El FNUAP, la División de Población de las Naciones Unidas y varias organizaciones no gubernamentales (ONG) realizaron encuestas y el FNUAP organizó una serie de reuniones de expertos que culminó con el Foro Internacional de La Haya, celebrado en febrero de 1999. Finalmente, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró un período extraordinario de sesiones sobre la CIPD, entre el 30 de junio y el 2 de julio de 1999.

El Foro de la Haya y el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General fueron ocasiones para que los gobiernos, los parlamentarios, las organizaciones no gubernamentales y los donantes privados intercambiaran experiencias y acuerdos. Evaluaron el progreso hacia las metas del Programa de Acción, consideraron los problemas incipientes, como los de la migración y el envejecimiento, definieron nuevos elementos básicos de referencia para la medición de la ejecución de las acciones y formularon recomendaciones para adaptar las actividades a las cambiantes circunstancias.

Se acordó la adopción de medidas en varias categorías: población y desarrollo; salud reproductiva y salud sexual; igualdad y equidad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer; alianzas y colaboración; y movilización de recursos.

Población y desarrollo

En los cinco años transcurridos después de la CIPD, muchos países han adoptado nuevas políticas o han adaptado las antiguas; han intensificado el debate sobre las políticas y han abierto el diálogo en nuevos temas:

- Casi la mitad de todos los países han modificado sus políticas teniendo en cuenta los nuevos conceptos en cuanto al papel de las cuestiones de población y desarrollo;
- Más de una tercera parte de los países han actualizado sus políticas de población, de modo de armonizarlas con los objetivos de la CIPD, o han integrado los factores relativos a la calidad de los servicios de salud, la igualdad y equidad de género y la mejora de los sistemas de información en los planes de desarrollo a largo plazo;
- De todos los países, las dos terceras partes han introducido políticas o medidas legislativas a fin de promover la equidad e igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer, incluidas las esferas de la herencia, los derechos de propiedad, el empleo y la protección contra la violencia por motivos de género.

Las estrategias y los procedimientos operacionales han cambiado. Ahora se han establecido nuevos mecanismos de vigilancia y mejores medios de recopilar y utilizar datos. Organizaciones de legisladores, mujeres, jóvenes, curanderos tradicionales y promotores culturales, de salud y de otros ámbitos, así como encargados de formular políticas, participan en las cuestiones de población y desarrollo.

Va en aumento el número de países que miden el grado de eficacia de sus servicios de salud reproductiva por la capacidad de estos para satisfacer las necesidades de la gente, y no por su efecto en las tasas de fecundidad.

La creciente democratización, la mayor participación en asociaciones voluntarias y las mejoras en las comunicaciones han alentado el enfoque de participación, que constituye el aspecto medular del Programa de Acción de la CIPD. Asimismo, la delegación de responsabilidades públicas, la descentralización de las administraciones públicas y otros cambios institucionales han acelerado en gran medida y cambiado el contexto de las actividades de población y desarrollo.

Las altas tasas crónicas de crecimiento de la población menoscaban las opciones de desarrollo de un país, debido a que los recursos disponibles deben destinarse a los servicios esenciales. Las tasas más bajas de crecimiento de la población ofrecen a los países en desarrollo la oportunidad de fortalecer las estructuras sociales, económicas y políticas. La menor cantidad de alumbramientos y la mayor cantidad de personas en edad activa incrementan el potencial para mejorar la salud y la educación, efectuar inversiones en las aptitudes humanas, acelerar la creación de riqueza e intensificar la participación social.

Ésta ha sido la pauta en los países del Asia oriental y sudoriental y en muchos otros países en desarrollo. Las menores tasas de fecundidad y de mortalidad, combinadas, redundan en un rápido aumento de la proporción de la población en edad activa. Esta transición contribuye al aumento del ahorro de los hogares y del país y al aumento de las inversiones, y, en particular, de los gastos sociales⁵.

Pero el desarrollo no es un proceso sin tropiezos. La crisis financiera que comenzó en 1997 en el Asia sudoriental ha arrojado a millones de personas en la pobreza y les ha causado profundas dificultades, que en algunos países quedan agravadas por la ausencia de cohesión social y de instituciones políticas fiables. Un estudio del FNUAP⁶ indica que la crisis y las resultantes reducciones en los programas sociales han tenido graves efectos sociales, particularmente sobre los derechos de la mujer y la salud reproductiva de la mujer (véase la página 17).

Los cambios introducidos por los países en desarrollo en las políticas sociales, en respuesta al renovado consenso sobre la población y el desarrollo, requieren cambios comparables en las estructuras económicas internacionales, a fin de reforzar el consenso, en lugar de debilitarlo.

No obstante, hasta el momento los cambios en las percepciones de las cuestiones de población y desarrollo no han ido acompañados de cambios económicos. En 1998, el consumo mundial y el consumo privado ascendieron a 24 billones (24.000.000.000.000) de dólares, importe más de dos veces superior al existente durante las etapas iniciales del FNUAP, y los grupos e individuos más acaudalados controlan una proporción mayor que nunca. El consumo del quinto más rico de la población mundial es más de 66 veces superior a los materiales y recursos del quinto más pobre. El desarrollo económico causa el aumento de los precios, así como el de los ingresos. Los últimos en beneficiarse son los más pobres, que dedican la mayor proporción de sus ingresos a cuestiones esenciales, como los alimentos y la vivienda, y dependen más de los servicios públicos, en especial los de salud, educación y transportes.

En la CIPD se convino en que las cuestiones de población están vinculadas integralmente con las de desarrollo. En el examen al cabo de cinco años se recomendó que los gobiernos:

- Traten de comprender mejor las relaciones entre población, pobreza, inequidad y desigualdad de género, salud, educación, medio ambiente, recursos financieros y humanos, y desarrollo;
- Vuelvan a examinar los estudios recientes relativos a las relaciones entre la reducción de las tasas de fecundidad y el crecimiento económico y su distribución equitativa;
- Señalen a la atención y promuevan los vínculos entre las políticas macroeconómicas, medioambientales y sociales.

Inversión social, cambio demográfico y desarrollo

Es preciso efectuar importantes opciones con respecto a las inversiones en la educación, particularmente de las niñas y las mujeres, así como en salud, incluida la salud reproductiva, y en la reducción de la mortalidad. Las decisiones de efectuar inversiones al respecto pueden iniciar cambios espectaculares en el comportamiento reproductivo y determinarán el futuro demográfico.

Las disminuciones en las tasas de fecundidad y de mortalidad se refuerzan mutuamente. La disminución de las tasas de fecundidad con frecuencia está asociada con aplazar el primer alumbramiento, esperar durante períodos más prolongados entre alumbramientos sucesivos y tener menor cantidad de hijos en una etapa más tardía de la vida reproductiva.

Las personas que tienen menor cantidad de hijos efectúan mayores inversiones en la salud y la educación de éstos⁷. Esto incrementa los costos de los hijos pero también incrementa los beneficios percibidos por los padres, cuando tienen menor cantidad de hijos, pero mejor preparados.

Las mujeres que han asistido a la escuela comprenden que la atención correcta de sus hijos abarca el apoyo a su educación. Cuanto más educación tengan las mujeres, mayor será la educación que probablemente tendrán sus hijos. Hay mayores probabilidades de que las madres educadas efectúen inversiones en la salud de sus hijos y utilicen la información y los servicios para proteger la salud de sus hijos.

Aumentos de la mortalidad en algunos países

En varios países de Europa oriental y de la ex Unión Soviética, ha aumentado la mortalidad de adultos como resultado del aumento de la pobreza, la deficiente nutrición, el incremento del estrés y el hacinamiento, la incidencia de las enfermedades infecciosas y el deterioro general de todos los servicios de atención de la salud.

Por otra parte, el factor más letal que afecta el cambio demográfico en el corto plazo es el VIH/SIDA. En varios países al sur del Sahara, la epidemia ha reducido fuertemente las tasas de crecimiento de la población, con costos enormes y trágicos para las familias y las comunidades.

Las personas que tienen un menor número de hijos efectúan mayores inversiones en la salud y la educación de éstos.

Salud reproductiva, salud sexual, derechos reproductivos y derechos sexuales

En el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se reconoció la importancia del derecho a la salud, incluida la salud reproductiva, en la reforma del sector de salud y se formularon recomendaciones sobre las prioridades programáticas en materia de planificación de la familia, salud materna, prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y salud reproductiva de los adolescentes. Se exhortó a los gobiernos a que, entre otras cosas:

- Incrementen la atención de los partos por personal capacitado;
- Enmienden las leyes que afectan la salud reproductiva;
- Incrementen las inversiones a fin de mejorar la calidad y la disponibilidad de servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluidos servicios de calidad y de utilización voluntaria de planificación de la familia;
- Involucren a comunidades, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector privado en el diseño, la realización, la vigilancia y la evaluación de los programas;
- Promuevan la responsabilidad de los hombres en cuanto a proteger su propia salud sexual y reproductiva y la de sus compañeras, previniendo los embarazos no deseados y la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, compartiendo las responsabilidades en el hogar y en la crianza de los hijos; y contribuyendo a eliminar las prácticas nocivas, la coacción y la violencia sexual;
- Velen por la disponibilidad de servicios, productos e información sobre salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos, para posibilitar que todas las parejas y todos los individuos ejerzan su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos y el momento de tenerlos y que dispongan de la información y los medios de hacerlo;
- Reconozcan la conexión entre la mortalidad derivada de la maternidad y la pobreza y traten de reducir la mortalidad y morbilidad de las madres, como prioridad de salud pública;
- Velen por que las mujeres tengan acceso expedito a la atención obstétrica esencial, suficientes servicios de atención de la salud materna, atención idónea durante el parto, atención obstétrica de emergencia y transporte a establecimientos que ofrecen atención de más alto nivel cuando sea necesario, atención del postparto y servicios de planificación de la familia;
- Ofrezcan educación y servicios — incluida la detección voluntaria del VIH, el asesoramiento voluntario y el acceso a condones femeninos y masculinos — para prevenir la propagación de

las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, y como parte integrante de la atención primaria de la salud;

- Movilicen a la sociedad para abordar los factores sociales y económicos que contribuyen al riesgo de contagio con el VIH y a la vulnerabilidad al respecto, y promuevan comportamientos sexuales responsables, sobre la base del respeto mutuo y la equidad de género en las relaciones sexuales;
- Prevengan la explotación sexual de las mujeres jóvenes y los niños;
- Velen por que los refugiados y las personas en situaciones de emergencia reciban atención de la salud sexual y la salud reproductiva e información al respecto, así como mayor protección contra la violencia sexual y por motivos de género;
- Eliminen las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina;
- Colaboren con padres, madres, comunidades, escuelas y jóvenes para velar por que los adolescentes dispongan de información, asistencia y servicios apropiados para adoptar comportamientos sexuales y reproductivos responsables y saludables.

Opciones más amplias, mejor calidad

De conformidad con el enfoque de la salud reproductiva basado en las necesidades, según lo acordado en la CIPD, el centro de la atención de los programas y las políticas se está apartando de los encargados de prestar servicios para centrarse en sus clientes, aun cuando esto no siempre ocurre con la misma rapidez en todos los países. En los programas eficaces, los resultados se miden cada vez más en función de la calidad de los servicios y la pericia de los encargados de prestarlos, así como la forma en que responden a las necesidades.

Pero la medición de la calidad es más difícil que el recuento de los clientes, de modo que después de la CIPD se han dedicado grandes esfuerzos a encontrar maneras fiables de evaluar el desempeño de los programas, sobre la base de los nuevos criterios, por ejemplo, estableciendo actividades de planificación, vigilancia y evaluación con participación de los interesados. Se está comenzando a reflejar las lecciones obtenidas en los ciclos ordinarios de planificación, acción y examen, de modo de lograr mejoras continuas. Este proceso es reforzado por la capacitación y la actualización de los encargados de prestar servicios y por el compromiso de éstos en pro de la calidad de la prestación de los servicios.

La experiencia en Filipinas, Ghana, Kenya, Nepal y otros países indica que, cuando se cuenta con adecuada capacitación del personal, es posible aumentar pronunciadamente dentro de breves lapsos la proporción de clientes que reciben información y asesoramiento de más alta calidad y que la participación de la comunidad amplifica los beneficios. Los programas centrados en los clientes y que responden a las necesidades de éstos, respaldados por suficientes recursos y apoyo admi-

Al ofrecer mejor información y asesoramiento e involucrar a las comunidades, aumentan la satisfacción de los clientes y la demanda de servicios.



Es poco el progreso logrado para reducir el riesgo del parto. En la foto, en una sala de maternidad de Sierra Leona, una enfermera examina a una paciente que no tuvo atención prenatal y cuyo hijo nació muerto.

nistrativo y que incluyen atención a múltiples cuestiones de salud, incrementan la satisfacción de los clientes y sus expectativas; y esto atrae a mayor cantidad de clientes hacia el sistema, con lo cual aumenta más la demanda de servicios integrados. La calidad de los servicios afecta las opciones de los clientes y alienta comportamientos que promueven la salud⁸.

Esas acciones aceleran la capacidad de los programas nacionales para ajustarse y adaptarse a las cambiantes circunstancias y mejoran su capacidad para responder a las necesidades de las personas a cuyo servicio están y rendirles cuentas. Así se estimulan los mejores esfuerzos de los gobiernos, el sector privado y las organizaciones sociales, de voluntarios y de base comunitaria.

Obstáculos

No todas las cuestiones de salud reproductiva planteadas en el Programa de Acción han estimulado la respuesta necesaria:

- Ha sido difícil obtener los recursos necesarios o la asignación de prioridades de políticas para reducir la mortalidad derivada de la maternidad, pese a las bien conocidas y ampliamente disponibles técnicas y pese al acuerdo universal de que ésta debería ser una prioridad programática. En un estudio se comprobó que cuando la mortalidad derivada de la maternidad es muy alta — más de una defunción por cada 100 mujeres embarazadas — el riesgo podría reducirse hasta en un 80% si se ofreciera atención prenatal, información acerca de los signos de alarma y servicios para proporcionar atención de emergencia⁹.
- En muchos países, se ha tropezado con dificultades para proporcionar información y servicios apropiados a los adolescentes y adultos jóvenes solteros.

- La pandemia de VIH/SIDA se ha propagado con una velocidad mayor que la prevista en 1994, cuando se celebró la CIPD.

Mortalidad derivada de la maternidad

La reducción de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad ha sido una meta de políticas y programas gubernamentales a partir del momento en que se dio a conocer en 1987 la Iniciativa sobre Maternidad sin Riesgos, pero se ha logrado escaso o ningún adelanto. Para realizar campañas sistemáticas encaminadas a reducir el riesgo global de la maternidad es preciso realizar diversas acciones, entre ellas asistencia idónea durante el parto y después de éste; remisión de los casos de emergencia a establecimientos de mayor capacidad y atención obstétrica; mayor información y educación acerca de la salud, el embarazo y el parto; atención prenatal y postnatal; mejor nutrición; y mayor acceso de las mujeres a los recursos, la información y las facultades para adoptar sus propias decisiones. En el examen de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se convino en nuevos datos básicos de referencia para reducir la mortalidad derivada de la maternidad.

El debate relativo a los jóvenes

Actualmente hay más de 1.000 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, el mayor grupo de estas edades que haya existido jamás. Muchos de esos jóvenes están casados, aun cuando la proporción es inferior a la existente hace una generación; muchos tienen actividad sexual. Actualmente, los jóvenes corren con frecuencia diversos riesgos: de embarazos no deseados, de contagio con el VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, de explotación sexual y de alienación respecto de sus progenitores y sus comunidades. Es motivo de profunda preocupación la creciente cantidad de jóvenes que viven alejados de sus familias o en situaciones familiares perturbadas.

Lucha contra la violencia y la coacción de que es objeto la mujer

Después de la CIPD y la Conferencia de Beijing y merced a las acciones de las organizaciones no gubernamentales de mujeres en todo el mundo, se aprecia cada vez más que la violencia y las amenazas de violencia están omnipresentes en las vidas de las mujeres y contribuyen en gran medida a que se denieguen los derechos humanos de la mujer, incluido su derecho a la salud reproductiva.

En el período de sesiones de marzo de 1999, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer examinó la violencia por motivos de género en sus diversas formas.

La Comisión aprobó y está presentando a la Asamblea General un Protocolo Opcional de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en el cual se establecen procedimientos para que los individuos y los grupos presenten denuncias documentadas acerca de la conculcación de los derechos de la mujer al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, una vez que se hayan agotado los recursos nacionales o cuando estos se hayan prolongado por períodos no razonables o tengan pocas posibilidades de solucionar la situación. El Protocolo también posibilitaría que el Comité iniciara investigaciones en casos de conculcación grave o sistemática de los derechos de la mujer, en los países que han convenido en aceptar el procedimiento de investigación.

La mejor manera de satisfacer las necesidades de los jóvenes en materia de salud reproductiva es tema de debate y de decisión nacional. Con frecuencia se ha comprobado que es difícil conciliar el importante papel de los progenitores con la capacidad de los jóvenes para adoptar sus propias decisiones, a medida que van creciendo y acercándose a la adultez; o definir el papel de la sociedad en la mediación de lo que es primordialmente un asunto de familia.

No obstante, si se hace caso omiso del problema se incurre en un alto costo, en forma de mala salud, oportunidades desperdiciadas en la vida y perturbación social. Hay pruebas convincentes de que, al ofrecer a los jóvenes opciones bien fundamentadas, se refuerza su responsabilidad y se alienta la madurez adulta y la procreación responsable. Sobre esta base, muchos países están formulando políticas y programas para los jóvenes, incluidos los de salud reproductiva; y se reconoce cada vez más que es imprescindible para el éxito de esos programas que los propios jóvenes participen en su preparación y su puesta en práctica¹⁰. Algunos programas logran involucrar a los miembros de la familia de mayor edad y a la comunidad en el asesoramiento y la provisión de información a los jóvenes.

En la CIPD se convino en que los jóvenes tienen el mismo derecho que los mayores a la salud reproductiva, aun cuando se reconoce que el derecho a la salud reproductiva es un tema delicado cuando se trata de los jóvenes; distintas sociedades tendrán diferentes enfoques y llegarán a diferentes conclusiones acerca de la manera de alcanzar la meta de la salud reproductiva de los adolescentes.

VIH/SIDA

Los nuevos contagios ahora ocurren a razón de 11 por minuto y más de la mitad de las personas contagiadas son jóvenes menores de 24 años. Otras enfermedades de transmisión sexual también afectan desproporcionadamente a hombres y

mujeres más jóvenes; una enfermedad de transmisión sexual que no reciba tratamiento multiplica por diez el riesgo de contagio con el VIH.

Las mujeres jóvenes están en particular situación de riesgo debido a su susceptibilidad biológica, su vulnerabilidad a las relaciones sexuales no deseadas e impuestas por coacción y su incapacidad para negociar relaciones sexuales en condiciones de seguridad,

Dentro de los grupos que tienen comportamientos de alto riesgo, es posible que la prevalencia del VIH aumente al cabo de uno o dos años, desde menos del 5% hasta más del 50%¹¹. Desde esos grupos (por ejemplo, las prostitutas y sus clientes, otras personas que tienen múltiples compañeros sexuales sin protección y los toxicómanos que comparten agujas hipodérmicas), el virus se propaga rápidamente por conducto de las redes sociales y los suministros de sangre contaminada a la población en general.

Los enérgicos programas de prevención pueden evitar una catástrofe aún más devastadora. Algunos países afectados han logrado muy eficazmente reducir la incidencia de los nuevos contagios con el VIH/SIDA entre los jóvenes. En Uganda y Tailandia, la incidencia de los nuevos contagios, particularmente entre las poblaciones jóvenes, ha disminuido en aproximadamente un tercio en respuesta a intensas campañas de información y promoción de la protección. Entre los adolescentes, en particular, se han invertido las proporciones de la prevalencia entre las jóvenes mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal.

Igualdad de género y potenciación del papel de la mujer

En el examen de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se exhortó a los países a que promovieran y protegieran los derechos humanos de las mujeres y las niñas, estableciendo políticas de total intolerancia respecto de la violencia contra las niñas y las mujeres y de promoción de la responsabilidad masculina.

Durante los 30 años de existencia del FNUAP se han producido notables progresos en la condición colectiva de la mujer y sus perspectivas individuales. En el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se reflejaron las acciones realizadas durante varios decenios por las mujeres y en nombre de ellas. Los adelantos, aun cuando son incompletos, abarcan:

- Mejoras en la matriculación escolar y el grado de alfabetización;
- Mayor participación en la fuerza laboral remunerada;
- Mayor participación en tareas de gestión ejecutiva y administración;
- Mayor aprovechamiento de las posibilidades de votar y logro de la representación política;
- Medidas jurídicas para establecer y proteger los derechos de la mujer en el matrimonio, la herencia y la propiedad;

- Mayor acceso a los recursos y control sobre éstos mediante programas de empleo y micro-crédito;
- Reconocimiento de que la violencia por motivos de género es una cuestión social y no de la familia. Muchos países han enmendado sus leyes y sus códigos de la familia para fortalecer las medidas contra la mutilación genital femenina, la violación, el matrimonio forzado, la violencia doméstica, el asesinato relacionado con la dote y las matanzas “por razones de honor”. Por ejemplo, 15 países africanos han proscrito la mutilación genital femenina;
- Mecanismos más firmes para abordar las cuestiones relativas a los derechos de la mujer con carácter de derechos humanos básicos.

Los progresos logrados a partir de 1969 en materia de salud reproductiva han contribuido directamente a la ampliación de los medios de acción de la mujer. La posibilidad de efectuar opciones bien fundamentadas acerca de la cantidad y el espaciamiento de sus hijos y del momento de tenerlos da lugar a satisfacer la necesidad de educación de la mujer, que a menudo queda interrumpida por el embarazo o el matrimonio precoz; mejora la salud de la madre y el niño; y alienta una consideración equilibrada de las oportunidades de empleo y las posibilidades de la familia. Esto, a su vez, incrementa el alcance de las opciones prácticas y promueve familias más saludables.

Muchos adelantos importantes después de la CIPD se han logrado como resultado de la creciente fortaleza de las organizaciones de mujeres en todos los planos y su creciente capacidad de entablar alianzas productivas con los gobiernos, así como con los legisladores y otros protagonistas de la sociedad civil, sobre la base del consenso logrado en la CIPD. Estas alianzas, en su conjunto, han logrado promover cambios legislativos y medidas para respaldarlos, cambiar la administración y cambiar cada vez más las actitudes intrínsecas respecto de las cuestiones de género.

Es mucho lo que queda por hacer en cuanto a abordar las nuevas amenazas y los problemas que persisten. La pandemia de VIH/SIDA es mucho peor que lo previsto en 1994. La mayor conciencia, el aumento de la participación y de la organización y la acción aún no han revertido la pertinaz tendencia al predominio de las mujeres entre los pobres¹² ni reducido la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad. Es preciso proseguir la acción con los siguientes fines:

- Posibilitar que las mujeres eviten las relaciones sexuales no deseadas, el embarazo involuntario y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
- Reducir la persistencia de la agresión sexual masculina y los valores que la apoyan;
- Mejorar la comunicación acerca de cuestiones sexuales y reproductivas entre los cónyuges y entre éstos y sus hijos;
- Valorar apropiadamente las contribuciones de la mujer a su familia y su sociedad;

- Incrementar las oportunidades de participación social y económica de la mujer;
- Aumentar la participación masculina en la familia y el hogar;
- Posibilitar que los hombres compartan las expectativas y responsabilidades y reduzcan las frustraciones que contribuyen a la violencia por razones de género.

Papeles de los hombres

La necesidad de involucrar a los hombres en la promoción de los derechos reproductivos y la salud reproductiva de las mujeres, y también de velar por la salud reproductiva de los hombres, ha planteado cuestiones fundamentales acerca del diseño y la orientación de los programas. Se ha comprobado que es difícil llegar a un acuerdo sobre la manera de abordar esos temas.

Las mujeres corren mayores riesgos que los hombres de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos de salud; pero en muchas sociedades, las decisiones que afectan la salud sexual están reservadas a los hombres. Es preciso que los hombres tomen conciencia de los riesgos y las oportunidades perdidas que entraña la desigualdad de género. Deben aprender a apoyar los derechos sociales y los derechos reproductivos de las mujeres y a entablar alianzas más estrechas para lograrlos.

Es necesario que los programas alienten a los hombres a realizar acciones: en apoyo de los derechos de la mujer y la potenciación del papel de ésta en la familia y los ámbitos públicos; en la socialización de los niños varones; en la mejora de la salud femenina; y en la erradicación de la violencia por motivos de género y la explotación sexual.

Alianzas y participación

Durante el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, en todo momento se ha mencionado la importancia de las alianzas para alcanzar sus metas.

Los gobiernos fueron responsables del consenso logrado en la CIPD, pero los parlamentarios, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales desempeñaron papeles importantes. Entre las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la sociedad civil participantes en el proceso de examen figuraron organismos de desarrollo, grupos de mujeres, promotores de la salud y la juventud, grupos religiosos, asociaciones profesionales, organizaciones de poblaciones indígenas y grupos comunitarios.

A medida que los países han ido avanzando en la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD, ha ido en aumento la participación de la sociedad civil. Más de 40 países poseen mecanismos oficiales para incorporar a las organizaciones no gubernamentales en los debates sobre políticas y hay muchos otros países que poseen mecanismos oficiosos¹³.

Subsisten algunas preocupaciones. Muchas organizaciones no gubernamentales son relativamente pequeñas, disponen de insuficiente financiación, dependen de los recursos técnicos y financieros del exterior y a veces hay dudas

Actualmente, hay más de 40 países que cuentan con mecanismos establecidos para involucrar a las ONG en los intercambios de ideas sobre las políticas.

acerca de cuáles son los intereses que representan. A veces, las organizaciones no gubernamentales tal vez planteen cuestiones desmañadas que serán interpretadas como ataques contra la política nacional de desarrollo, y no como crítica constructiva.

Se trata de preocupaciones legítimas; en el examen de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se reconoció que deben enfrentarse y que deben establecerse mecanismos de cooperación entre funcionarios gubernamentales, y representantes del sector privado y de otras organizaciones de la sociedad civil. Es preciso analizar y aprovechar mejor las ventajas comparativas y el potencial de las diferentes organizaciones. Las organizaciones de la sociedad civil son un recurso valioso para movilizar las acciones nacionales de promoción y aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

La participación de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado es particularmente importante, debido al cambiante papel de los gobiernos como fuentes de servicios sociales básicos. Va en aumento el número de países que están adoptando criterios descentralizados de gestión y adopción de decisiones. Sería imprescindible la participación de las organizaciones de las comunidades de base a fin de proporcionar una voz, información y servicios a las comunidades y a las personas — los pobres, los solteros y los jóvenes sin progenitores, por ejemplo — que de otro modo podrían quedar marginados u olvidados. Las organizaciones no gubernamentales también realizan valiosas tareas en cuanto a la prestación de asistencia en épocas de crisis o de desastres, respondiendo a las necesidades de las víctimas y representando los intereses de éstas.

Es preciso que los gobiernos adopten decisiones positivas en cuanto a involucrar a las comunidades y sus representantes en el debate acerca de cuestiones de población y desarrollo. Esta opción puede preservar y proteger los aspectos valiosos de la tradición y la cultura, mientras se descartan al mismo tiempo las prácticas nocivas y riesgosas. Los positivos resultados del diálogo y la colaboración pueden apreciarse en los adelantos logrados por la Asociación de Ancianos Sabiny en el distrito de Kapchorwa (Uganda), donde se reemplazó la mutilación genital femenina con una ceremonia de bienvenida de las jóvenes en su incorporación a la sociedad como adultas¹⁴.

Los adelantos en la participación y la información se estimulan recíprocamente. El costo de ofrecer información puede ser bajo cuando se cuenta con un plan equilibrado de comunicación por los medios de difusión y por medios más locales. Cuando la información y la comunicación se diseñan a fin de suscitar cambios en los comportamientos, además de crear conciencia, pueden estimular la demanda de prestación de servicios de calidad y la obligación de rendir cuentas por parte de estos¹⁵.

A fin de alcanzar las metas del Programa de Acción de la CIPD será necesario entablar alianzas que representen una amplia gama de intereses, perspectivas y propósitos de desarrollo, incluidos la salud reproductiva y los derechos reproductivos. La sociedad civil tiene una parte que desempeñar en la formulación de políticas y la realización de programas. Sus grupos abordan diversas

preocupaciones y la gama de sus experiencias e intereses pueden alentar el progreso en zonas relativamente postergadas, abordar la violencia por motivos de género, velar por la vigencia de los derechos reproductivos, adaptar las sociedades a las cambiantes estructuras de edades, cambiar pautas insostenibles de utilización de los recursos, hacer frente a la emigración y promover la igualdad de género. Los grupos cívicos que tienen interés en diferentes cuestiones comparten un interés común en acelerar el desarrollo social y económico y, para ser más eficaces, deben contar con instituciones públicas que respondan a las necesidades.

La cuestión de los recursos

Las alianzas tienen características internacionales. La cooperación entre países industrializados y países en desarrollo tiene importancia crítica para la eficaz aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

En el Programa de Acción de la CIPD se indicaron claramente los recursos necesarios para un conjunto básico de programas de salud reproductiva y población. También se indicó en qué esferas era necesario efectuar inversiones para ampliar los medios de acción de la mujer, reducir las tasas de mortalidad y morbilidad y proporcionar educación básica (particularmente a las niñas y las mujeres).

Las limitaciones financieras a la aplicación del Programa de Acción son graves y han empeorado a lo largo del tiempo. Los países en desarrollo y los países con economías en transición han tropezado con dificultades para encontrar los recursos necesarios en sus propios presupuestos; y la cooperación para el desarrollo también ha sido deficitaria. Unos pocos países desarrollados — entre ellos, Dinamarca, Noruega, los Países Bajos y Suecia — están satisfaciendo la meta internacionalmente acordada en cuanto a la asistencia para el desarrollo, del 0.7% del producto nacional bruto (PNB); otros países, como el Reino Unido, han prometido hacer lo propio. Pero algunos de los mayores países donantes — entre ellos Alemania, los Estados Unidos y el Japón — siguen distando mucho de la meta.

Durante la CIPD, los gobiernos negociaron acuerdos concretos, incluidos detalles acerca de la cuantía y el calendario de las contribuciones nacionales e internacionales necesarias para llevar a la práctica lo acordado por consenso. Ahora, los gobiernos enfrentan decisiones críticas acerca de si comprometerán los recursos necesarios para plasmar esos objetivos. Se estimó que hacia el año 2000 sería necesario contar con 17.000 millones de dólares anuales para la puesta en práctica de un conjunto básico de actividades integradas de población y salud reproductiva. También se estimó que aproximadamente un tercio (5.700 millones de dólares) de los recursos necesarios sería aportado a los países en virtud de la asistencia externa y que unos dos tercios (11.300 millones de dólares) se movilizarían dentro de los propios países.

En 1997, los países industrializados habían llegado a entre 1.900 y 2.000 millones de dólares, y los países en desarrollo, hasta unos 7.700 millones de dólares. En 1998 no hubo ningún adelanto general perceptible, y a raíz de ello puede afir-

La asistencia internacional en cuestiones de población y salud reproductiva está lejos de satisfacer las necesidades de los países en desarrollo.

FNUAP: Creación de consenso

Cuando en 1969 comenzó sus operaciones el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP, cuyo nombre se cambió posteriormente por el de Fondo de Población de las Naciones Unidas), en el sistema de las Naciones Unidas las cuestiones de población eran tema de investigaciones demográficas por parte de la División de Población de las Naciones Unidas. Casi no era posible considerar las actividades de población en un plano internacional. Hacia 1966, sólo 26 países en desarrollo poseían programas nacionales de planificación de la familia u ofrecían un sustancial apoyo gubernamental a la planificación de la familia, y sólo una pequeña minoría de personas fuera de los países más ricos tenía nociones acerca de la planificación de la familia.

A la sazón, la tasa de crecimiento de la población había llegado a un máximo histórico del 2% anual y el 2,5% en los países en desarrollo; y la tasa de fecundidad total en los países en desarrollo también había alcanzado su nivel más alto, aproximadamente seis hijos por mujer. Los expertos en el tema tenían muchas dudas acerca de si era posible promover eficazmente la planificación de la familia en los países en desarrollo o si los programas de planificación de la familia contribuirían a reducir las tasas de crecimiento de la población. Había pocos programas de salud de la mujer que no estuvieran relacionados con el parto o la salud del niño.

El FNUAP comenzó su labor con un proceso de diálogo, y así la ha continuado desde entonces. Al comprobar que los países africanos, por ejemplo, estaban interesados principalmente en recoger datos de población y crear los conocimientos especializados para analizarlos, el FNUAP apoyó el Programa de Censos de las Naciones Unidas en más de 30 países y ayudó a 21 países a levantar por primera vez un censo de población. Los países de América Latina estaban preocupados por incorporar la información demográfica en la planificación del desarrollo y el FNUAP apoyó el centro regional de investigaciones demográficas, el CELADE. En Asia, donde había gran interés oficial en la planificación de la familia, el FNUAP

apoyó su integración en los programas gubernamentales de salud maternoinfantil y alentó el establecimiento de organizaciones innovadoras, como las asociaciones nacionales de planificación de la familia. Muchos proyectos financiados por el FNUAP fueron realizados por sus aliados en el sistema de las Naciones Unidas, acumulando conocimientos especializados y comprensión de los temas de población y desarrollo.

Cuando se celebró la Conferencia Mundial de Población en 1974, el FNUAP había establecido su presencia mundial, con recursos por valor de 52 millones de dólares y programas en 97 países.

Esa Conferencia fue la primera de su tipo que se celebró en el plano ministerial y el Plan de Acción Mundial sobre Población convenido en dicha Conferencia fue el primer consenso político sobre la acción en materia de población y desarrollo. Bajo la conducción de su primer Director Ejecutivo, Rafael M. Salas, el FNUAP desempeñó un importante papel en este proceso, tras haber establecido su posición como asociado fiable de países animados por todo tipo de posiciones ideológicas.

Desde las etapas iniciales, el FNUAP comprendió que los derechos de la mujer y la condición jurídica y social de ésta no sólo eran importantes en sí mismos, sino que iban a tener importancia crítica para el éxito de las políticas y programas de población y desarrollo. Bajo la conducción de la primera Jefa de la División de Programas, Dra. Nafis Sadik, designada más tarde Directora Ejecutiva, se acogió con agrado a las organizaciones de mujeres en calidad de aliadas del FNUAP y se exhortó a los gobiernos a hacer participar a esas organizaciones en el proceso de desarrollo.

Las alianzas con países donantes y países en desarrollo demostraron que la población era una parte "programable" de la estrategia de desarrollo, y que era posible prestar una eficaz asistencia en materia de población, carente de connotaciones ideológicas y de conformidad con la prioridades y valores de los países soberanos. Este entendimiento ha tenido importancia crítica en la creación del consenso actual.

marse que no se llegará a la meta del año 2000, por un amplio margen.

En términos humanos, esos déficit entrañan que las mujeres seguirán sujetas a embarazos no deseados o recurrirán al aborto; que seguirán perdiendo la vida como resultado de su embarazo; que sus hijos seguirán corriendo riesgos; que el VIH/SIDA se seguirá propagando rápidamente; y que el progreso hacia la vigencia de los derechos humanos y la igualdad en materia de atención de la salud será más lento que nunca.

Si bien la asistencia para el desarrollo aportada por los países industrializados ha disminuido, las asignaciones a necesidades de emergencia, socorro en casos de desastre y misiones de mantenimiento de la paz han aumentado. Resulta claro para todos que una eficaz asistencia para el desarrollo prevendrá muchos desastres y situaciones de emergencia y que el costo a largo plazo será menor. Pero, pese a todas las exhortaciones y a los compromisos asumidos por muchos países, los mayores donantes aún no están animados de la voluntad de efectuar la transición desde el plan-teo abstracto hacia la acción.

Al mismo tiempo, las instituciones del sector privado y las fundaciones en países donantes, en especial los Estados Unidos, están desempeñando un papel más prominente. La Fundación de las

Naciones Unidas para la Alianza Internacional, la Fundación Packard y otras han comprometido más de 500 millones de dólares para sufragar proyectos en los próximos cinco años. Se han agregado más de 7.000 millones de dólares al capital de la Fundación William H. Gates, en apoyo de una amplia gama de iniciativas de salud y desarrollo. Estas nuevas fuentes de asistencia efectúan contribuciones importantes en cuestiones concretas, pero no sustituyen el compromiso de los países en pro del desarrollo internacional.

Para el consenso de la CIPD revistió importancia fundamental que las inversiones bien administradas y a largo plazo en el desarrollo contribuyeran a crear la capacidad para la gestión del desarrollo y alentarán el autovalimiento, superando las condiciones que condujeron a la inestabilidad y la inseguridad nacional¹⁶.

Ampliar la cuantía y la variedad de los recursos comprometidos y administrar mejor su utilización es una urgente prioridad. Las nuevas acciones para coordinar mejor a los donantes entre sí y a estos con los gobiernos y las instituciones de la sociedad civil parecen propicias; abarcan la cooperación Sur-Sur, la Iniciativa 20/20 y la Iniciativa para Asia adoptada por la Unión Europea en cooperación con el FNUAP (véase el capítulo 4).

Progreso

En el informe *Estado de la Población Mundial* de este año se pasa revista a la experiencia adquirida durante los primeros cuatro años de puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD a 20 años, incluidas las principales conclusiones de los exámenes internacionales realizados en 1999: el Foro de La Haya y el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La primera conclusión es que hay un aumento considerable en las acciones encaminadas a poner en práctica el Programa de Acción. Pese a graves limitaciones en los recursos, el examen al cabo de cinco años de la puesta en práctica del Programa de Acción ha mostrado que un enfoque del desarrollo centrado en las necesidades y las aspiraciones de los individuos puede crear programas integrados de salud sexual y salud reproductiva, promover la ampliación de los medios de acción de la mujer y movilizar nuevas alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil.

Las reuniones técnicas, las mesas redondas, las conferencias regionales y las reuniones intergubernamentales celebradas el año pasado, así como docenas de otras investigaciones y estudios realizados por los gobiernos, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales, han documentado ampliamente el grado de progreso. Han efectuado recomendaciones relativas a las esferas clave donde es preciso un mayor adelanto en las próximas etapas de puesta en práctica. Algunas acciones han sido más fáciles que otras y las condiciones locales e institucionales han influido sobre el progreso.

En el examen al cabo de cinco años del Programa de Acción de la CIPD se ha aclarado lo que es necesario para seguir avanzando:

Los países en desarrollo necesitan:

- Políticas de población y desarrollo que establezcan metas amplias, claramente vinculadas con los recursos necesarios para alcanzarlas;
- Estructuras institucionales capaces de adaptarse a los cambios en las políticas;
- Compromiso en pro de la equidad e igualdad de género, la mayor participación de la mujer en cargos ejecutivos y de formulación de políticas, alianzas con los hombres y acciones para poner fin a la violencia por motivos de género;
- Rápido avance hacia la integración de los servicios de salud reproductiva y la mejora de los sistemas de remisión a establecimientos de mayor capacidad;
- Servicios que respondan mejor a las necesidades, mayor obligación de rendir cuentas a las personas para las que se han diseñado los servicios y una atención más intensa a la capacitación, la retención y la gestión del personal;
- Medidas decisivas para frenar la proliferación del SIDA;

- Compromiso en pro de proporcionar servicios de calidad de salud reproductiva e información al respecto a los jóvenes, incluidas las mujeres solteras;
- Más eficaz descentralización;
- Mejoras en la calidad y la utilización de los datos;
- Más estrecha colaboración entre el gobierno y la sociedad civil.

Empero, por encima de cualquier otra necesidad está la de dar cumplimiento a los compromisos de aportar recursos. En ausencia de esos recursos, se frenarán las acciones en los países en desarrollo y, en muchos países, dichas acciones se estancarán por completo. Los países donantes tienen una gran responsabilidad de salvar la discrepancia entre la capacidad de los países en desarrollo y sus necesidades.

Con frecuencia, los programas, proyectos y estrategias nacionales tropiezan con dificultades en la coordinación de estructuras recientemente establecidas y funciones que son nuevas e incipientes. Si se lograra un mayor adelanto, dichas dificultades podrían ser “dolores de crecimiento”: los efectos transitorios del proceso de adquisición de una mayor fortaleza. No obstante, el mayor desarrollo dependerá del compromiso político y los recursos financieros, a escala tanto nacional como internacional.

El examen de la CIPD+5 señala la etapa más reciente de un proceso comenzado hace 30 años. En este lapso, las cuestiones de población han dejado de ser una preocupación minoritaria de los demógrafos y los estadígrafos, para pasar a constituir un consenso mundial que abarca a todos quienes se ocupan del desarrollo humano: desde una cuestión primordialmente de números y tasas de crecimiento hasta otra que abarca los derechos humanos en materia de salud reproductiva y equidad de género.

El derecho a escoger el número de hijos y su espaciado y de disponer de la información y de los medios de hacerlo, enunciado por primera vez en 1968, ya no es ejercido por unos pocos privilegiados, sino por más de la mitad de todas las parejas del mundo. El acceso universal y en condiciones de igualdad de mujeres y hombres a la educación y los servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva y salud sexual, es una meta reconocida de las políticas de desarrollo nacionales e internacionales y se aplica cada vez más en la práctica. Las políticas de población basadas en los derechos humanos y las necesidades humanas han pasado a ser una parte necesaria de la estrategia de desarrollo.

El FNUAP ha sido un prominente copartícipe en cuanto a señalar a la atención las nuevas preocupaciones, crear consenso y alentar la acción en los planos tanto nacional como internacional. La próxima etapa, la movilización de la voluntad y los recursos a fin de conquistar las metas del Programa de Acción de la CIPD, constituye el reto del próximo decenio.

Variaciones en la población y opciones de las personas



UNICEF / 1029 / Betty Press

En el siglo XX se han presenciado cambios sin precedentes, tanto en la dinámica de la población como en el avance del desarrollo humano. Se han ampliado las oportunidades en las vidas de muchas mujeres y muchos hombres de todo el mundo, en proporciones nunca antes experimentadas en la historia. Al mismo tiempo, gran parte de la humanidad sigue atrapada en un ciclo vicioso de pobreza, enfermedad y desigualdad.

Debido a la coexistencia de esas divergentes tendencias demográficas y sociales, el presente es un momento crucial de decisión acerca de nuestro futuro. En este momento disponemos de oportunidades sin par para asegurar el bienestar de las personas y sus derechos humanos a escala mundial y cosechar enormes beneficios económicos y sociales; podemos aprovechar esas oportunidades y quebrar el ciclo, actuando decisivamente y aportando los necesarios recursos.

En 1994, en la CIPD se expresó un enfoque integral de las cuestiones de población y desarrollo que aborda muchos de los retos fundamentales frente a los cuales se encuentra la comunidad humana, entre ellos la mitigación de la pobreza, la provisión de servicios de salud y educación, y la preservación del medio ambiente. El hincapié que ese enfoque hace en la igualdad y equidad de género y en la satisfacción de las necesidades individuales, en especial en materia de servicios de salud reproductiva e información al respecto, representa un importante fin en sí mismo.

Foto: Una madre rwandesa se reúne con sus hijos en 1994, tras una separación de seis meses causada por la guerra civil. En todo el mundo, decenas de millones de personas han quedado desplazadas debido a guerras y otras situaciones de emergencia.

Ni en la Conferencia ni en el examen de la aplicación del Programa de Acción al cabo de cinco años se adoptaron metas cuantitativas para el crecimiento, la estructura o la distribución de la población. Al mismo tiempo, en ambas oportunidades se afirmó que la aplicación del Programa de Acción contribuiría a una pronta estabilización de la población mundial, lo cual, a su vez, contribuiría al logro del desarrollo sostenible.

Dónde nos encontramos ahora

- La población mundial se ha cuadruplicado en un lapso de cien años, con una tasa de aumento sin precedentes en la historia anterior.

RECUADRO 6

Población y desarrollo: Nuevas conclusiones

La disminución de la mortalidad y la fecundidad ofrece a la mayoría de los países en desarrollo una oportunidad que no se va a repetir, pues hay una mayor proporción de población en edad activa que nunca antes. Cuando las tasas de fecundidad declinan con mayor velocidad, la oportunidad es mayor, pero dura menos. Aprovechar este “dividendo demográfico” para promover el desarrollo económico requerirá que se disponga de un amplio acceso a la educación y la salud (en particular, a los servicios de salud reproductiva y salud sexual), así como a la información al respecto, y que se ponga fin a la discriminación contra la mujer en lo concerniente a su participación social y a la adopción de decisiones.

La manera en que la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad (y en mucho menor medida, las poblaciones más numerosas y las densidades más altas) pueden estimular el crecimiento económico se está poniendo cada vez más en claro, gracias a que se dispone de mejores datos y de métodos de análisis de mayor calidad. Los países más pobres son los que más beneficios han de obtener a raíz de la declinación de las tasas de fecundidad y de mortalidad, si pueden explotar el potencial de crecimiento.

La mayor participación de la mujer en la fuerza laboral del sector estructurado de la economía, que a menudo acompaña y refuerza la declinación de las tasas de fecundidad y las mayores oportunidades educacionales, también puede redundar en ventajas económicas. En las estimaciones del futuro aumento del ingreso es preciso tomar en cuenta el trabajo de la mujer en el hogar y en el sector paralelo o no estructurado (*informal*) de la economía, así como los costos, que hoy no se computan, de la degradación de los recursos naturales.

El cambio demográfico y económico también afecta la proporción de personas que viven en la pobreza. Las altas tasas de fecundidad en los países pobres incrementan la pobreza, al retrasar el crecimiento económico y distorsionar la distribución del ingreso en detrimento de los pobres.

En las etapas iniciales de la transición demográfica, cuando las disminuciones de la mortalidad son mayores que la declinación de la fecundidad en los hogares pobres, es posible que aumenten las diferencias entre los hogares pobres y los no pobres en materia de ingresos. Cuando las familias pobres tienen menor cantidad de hijos, tienen mayor cantidad de recursos que invertir en sus hijos o ahorrar, de modo de reducir la pobreza y la desigualdad. En el Brasil, un 25% de las personas nacidas en 1970 son pobres; según se estima, si en 1970 las familias hubieran sido tan numerosas como solían serlo en 1900, habría ahora un 37% de personas pobres en ese grupo de edades. Si la fecundidad no hubiera disminuido, para lograr una reducción equivalente de la pobreza habría sido necesario que el producto interno bruto (PIB) fuera superior en 0,7%.

Las pruebas de que la alta fecundidad exacerba la pobreza justifican las inversiones en programas de salud reproductiva y planificación voluntaria de la familia, como parte de una amplia estrategia de desarrollo social.

Fuente: Nancy Birdsall, Allen C. Kelley y Steven Sinding (editores). *Population Does Matter: Demography, Growth and Poverty in the Developing World* (de próxima publicación), informe del Simposio sobre Variación de la Población y Desarrollo Económico, conferencia patrocinada por la Fundación Rockefeller, la Fundación Packard y el FNUAP, que se celebró del 2 al 6 de noviembre de 1998 en Bellagio (Italia).

- En la mayoría de los países va en aumento la esperanza de vida. Un niño nacido hoy tiene mejores probabilidades que nunca antes de sobrevivir hasta cumplir un año y tener una vida larga y saludable.
- Hay hoy mayor cantidad de jóvenes (más de mil millones de personas de entre 15 y 24 años de edad) que nunca antes y en muchos países en desarrollo los jóvenes constituyen una proporción sin precedentes de la población en edad activa. Al mismo tiempo, hay mayor cantidad que nunca de ancianos y es constante el envejecimiento de las poblaciones.
- Una creciente mayoría de mujeres y de hombres disponen de la información y los medios de efectuar opciones acerca del número y el espaciamiento de sus hijos.
- La educación ha pasado a ser más accesible, tanto a las mujeres como a los hombres, y se está apreciando más ampliamente su importancia.
- Las comunicaciones y los viajes se han hecho más fáciles, y esto ha acelerado la circulación de ideas y de personas, dentro de un mismo país y entre distintos países.
- Las mujeres están obteniendo un control cada vez mayor sobre sus opciones en la vida. En diversos ámbitos culturales, las mujeres están exigiendo igualdad con los hombres en cuanto a la participación social y económica, la adopción de decisiones y el control de los recursos.
- La degradación del medio ambiente, los cambios climáticos, las nuevas enfermedades, los trastornos sociales y la inestabilidad económica amenazan la salud, los medios de vida y la seguridad de la gente y se están propagando más amplia y rápidamente que nunca antes. Afortunadamente, lo propio ocurre con las oportunidades, la tecnología y el progreso social.

Para los próximos años, el reto es acelerar el desarrollo social y económico, ampliar el control que tienen las mujeres y los hombres sobre sus propias vidas, incluidas sus vidas reproductivas, y posibilitar que disfruten de sus derechos humanos básicos. La conquista de esas metas contribuirá a la estabilización del crecimiento de la población y también será facilitada por dicha estabilización.

Población y desarrollo: Políticas cambiantes

Cuando se estableció el FNUAP en 1969, muchos países carecían de políticas de población; muchos países en desarrollo y la mayoría de los menos adelantados nunca habían realizado un censo. Al carecer de información básica, las estrategias nacionales de desarrollo raramente tomaba en cuenta los efectos del crecimiento de la población, su ubicación, sus desplazamientos (dentro del país o a través de las fronteras) y su estructura de edades.

A medida que se fue disponiendo de datos, muchos gobiernos se percataron de que sus poblaciones estaban aumentando más rápidamente que

lo previsto y perturbando el desarrollo social y económico. En todas las regiones aumentaron las solicitudes de asistencia a fin de mejorar la disponibilidad de información y servicios de planificación de la familia y salud de la madre y el niño. La formulación de políticas, la investigación, el apoyo institucional, la capacitación y la recopilación de datos básicos siguieron siendo importantes componentes de la asistencia en materia de población, pero una proporción cada vez mayor de las inversiones se destinó a la prestación de servicios.

Al aumentar la disponibilidad de servicios de planificación de la familia e información al respecto, se satisfizo una creciente demanda encaminada a tener familias más pequeñas y saludables y se estimuló un aumento (casi una cuadruplicación con respecto a 1969) en la proporción de parejas que utilizan anticonceptivos. Durante el mismo período, también aumentó el acceso a los servicios básicos de salud y en las regiones menos adelantadas aumentó en más de 10 años la esperanza de vida al nacer. El producto interno bruto (PIB) per cápita anual aumentó en las regiones menos desarrolladas en su conjunto, pero ha quedado rezagado en los países menos adelantados.

Las investigaciones periódicas efectuadas por la División de Población de las Naciones Unidas han puesto de manifiesto que una creciente cantidad de países en desarrollo iniciaron acciones para la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad y que aumentó el interés en la migración y la estructura de edades de la población.

En el Programa de Acción de la CIPD se reconfirmó la importancia vital de las cuestiones

de población en las estrategias de desarrollo social y las relaciones dinámicas entre la población, el desarrollo social y económico, la mitigación de la pobreza, la calidad del medio ambiente y la ampliación de los medios de acción de la mujer.

El mayor reconocimiento del papel de las cuestiones de población en el desarrollo ha conducido a casi la mitad de todos los países en desarrollo a reconsiderar sus políticas a partir de 1994¹. Más de un tercio de esos países han actualizado sus políticas de población de modo de armonizarlas con los objetivos de la CIPD, o han integrado factores como la calidad de los servicios de salud, la igualdad de género y la incorporación del sistema de información demográfica en los planes de desarrollo a largo plazo.

En África, muchos países han centrado sus estudios en amplias cuestiones de población y desarrollo, incluida la mitigación de la pobreza y el desarrollo de los recursos humanos. En Asia y el Pacífico, aumentó el número de países que se han centrado en la salud reproductiva y la mortalidad². Los países de América Latina que han pasado revista a sus políticas, entre ellos México, Jamaica, Panamá, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, han abordado cuestiones de interés local, como la distribución de la población y las necesidades de jóvenes y ancianos con servicios insuficientes.

Dos terceras partes de todos los países han introducido medidas de política o legislativas a fin de promover la igualdad y la equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Casi todos los países de América Latina han in-

RECUADRO 7

La crisis en el sudeste asiático puede cancelar el adelanto en el desarrollo

La crisis económica de los países del Asia sudoriental comenzada en 1997 proporciona una sombría advertencia acerca de la posibilidad de que los disturbios financieros mundiales cancelen los adelantos en materia de desarrollo obtenidos merced a las inversiones en el sector social.

Durante casi tres decenios, la región experimentó un asombroso crecimiento económico, acompañado por inversiones de gran magnitud en salud y educación, a las que se atribuyó en general haber contribuido a reducir el tamaño de la familia, elevar los niveles de vida y mejorar la condición jurídica y social de la mujer.

Las crisis en Indonesia, Malasia, Filipinas y Tailandia han agravado la pobreza y el desempleo, causado una menor participación en la educación y reducido la financiación con destino a programas sociales, entre ellos programas de población y salud reproductiva. Los datos preliminares indican que los notables adelantos de la región en materia de desarrollo logrados en los últimos tres decenios se están desbaratando como resultado de aquella situación, y que las mujeres y los niños son quienes más sufren.

La crisis ha incrementado sustancialmente las tasas de abandono escolar en toda la región. El desempleo ha aumentado pronunciadamente, en particular en Indonesia, y de manera desproporcionada en los sectores en que trabajan las mujeres. Las pérdidas de empleos urbanos han invertido el sentido de las tradicionales pautas de migración desde el campo hacia la ciudad y han creado una nueva clase de pobres urbanos.

La caída del ingreso rural y los crecientes precios de los alimentos y otros productos básicos en algunas partes de Indonesia se han combinado para causar un aumento en la incidencia de la desnutrición en recién nacidos y niños de corta edad.

La crisis ha exacerbado las duras realidades que deben enfrentar las mujeres en sus vidas y ha alejado la meta de lograr la igualdad y equidad de género. El aumento de la pobreza ha incrementado la presión que sufren las mujeres para ingresar a la industria de las relaciones sexuales comerciales y, debido a la falta de servicios accesibles, las mujeres así captadas están en deficientes condiciones para protegerse a sí mismas contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Los programas de salud reproductiva siguen resintiéndose, a medida que se va asignando prioridad presupuestaria a abordar el hambre, la creciente pobreza, el desempleo y los disturbios sociales. Los datos preliminares sugieren que han aumentado los abortos realizados en malas condiciones, mientras son limitadas las oportunidades de ofrecer asesoramiento posterior al aborto en materia de planificación de la familia. Se han reducido las actividades de promoción sanitaria y los servicios médicos, incluidos los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Se ha intensificado el problema del insuficiente acceso de los adolescentes, especialmente las niñas, a los servicios de salud reproductiva.

Fuente: FNUAP. 1999. *Southeast Asian Population in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*.

Hay 67 países que han introducido cambios en sus políticas para afirmar su compromiso en pro de la salud reproductiva y los derechos reproductivos.

trudido medidas en materia de políticas, legislación o cambios institucionales, a fin de proteger los derechos de la mujer; casi la mitad de ellos poseen políticas nacionales o planes de acción. Más de la mitad de los países asiáticos y algunos países africanos (entre ellos Burundi, Botswana, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Rwanda y Zambia) han adoptado medidas para proteger los derechos de la mujer en cuestiones como la herencia, el derecho de propiedad y el empleo.

Muchos países han fortalecido sus leyes y políticas para luchar contra la violencia por motivos de género, incluidas la violación, el incesto, la violencia doméstica y la mutilación genital femenina. Hay en África 15 países que han proscrito la mutilación genital femenina, entre ellos el Senegal, Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Ghana y el Togo.

Casi las dos terceras partes de los países de América Latina y el Caribe, pero menos de la mitad de todos los países, han aumentado la responsabilidad de los hombres con respecto a su comportamiento sexual y reproductivo y a sus papeles sociales y familiares, mediante medidas como la legislación sobre el empleo y las leyes que obligan a pasar alimentos a los hijos.

Hay 67 países que han introducido cambios en sus políticas para afirmar su compromiso en pro de los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Más de 40 países han incorporado esta perspectiva en la provisión de servicios de salud. Muchos países han mejorado la calidad de los servicios de salud reproductiva (véase el capítulo 3). Casi la mitad de todos los países del mundo han adoptado nuevas medidas para responder a las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva, a menudo en colaboración con ONG y entidades del sector privado.

Actualmente, las evaluaciones de políticas se realizan tomando en cuenta una variedad de insumos mayor que anteriormente. En los decenios de 1970 y 1980, muchos países elaboraron políticas de vasto alcance en materia de población y desarrollo, pero especificaron planes de acción primordialmente en cuestiones de salud materno-infantil y planificación de la familia. Las secciones de los planes nacionales de desarrollo relativas a la población tienen repercusiones sobre las políticas en muchas esferas, entre ellas el empleo, la educación, la salud, la seguridad alimentaria, la protección del medio ambiente, la participación social de la mujer, la acción comunitaria y la administración local. Los cambios jurídicos y de políticas en esos diversos temas serán más eficaces si quienes tienen un interés directo en los exámenes de políticas poseen información fidedigna y oportuna sobre las tendencias de la población y las consecuencias de dichas tendencias.

Al mismo tiempo, las reevaluaciones en curso de las políticas se están realizando en un clima social y político que está experimentando pronunciados cambios. Los países en desarrollo, en su mayoría, han iniciado reformas económicas que apuntan a liberalizar las relaciones económicas a escala nacional y mundial. Las principales reformas han sido la desinversión del Estado en el sector de la producción, la adopción de políticas monetarias y fiscales no expansionistas, la reducción de la administración estatal, la liberalización del comercio y la desregulación del mercado laboral. En este nuevo contexto, es preciso que los países y las empresas

sean más eficientes y más competitivos. Existe el peligro de que las economías de menor magnitud y más pobres queden aún más marginadas.

Las reformas económicas a escala nacional y la mundialización han afectado la migración de la población y su redistribución, en particular debido a la aceleración de las tendencias a la urbanización. A su vez, esos cambios en la población tienen efectos sobre la pobreza, la salud, la vivienda y los factores medioambientales, así como repercusiones en cuanto a las políticas de población y las estrategias de desarrollo.

Esos cambios han afectado el papel de las instituciones nacionales de planificación. El creciente papel del sector privado en el desarrollo y la descentralización de las facultades y la administración hacen imprescindible ampliar el acceso a la información y los análisis demográficos pertinentes a las políticas. Las instituciones públicas tienen un importante papel en cuanto a aportar la información necesaria para establecer y sostener sistemas económicos competitivos.

Las prioridades en materia de políticas han sido un importante tema en el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. Las mesas redondas de expertos, reuniones técnicas y conferencias regionales sobre población y desarrollo han abordado temas de población y desarrollo económico, migración internacional, sociedad civil, salud reproductiva, derechos reproductivos y envejecimiento de la población.

La población sigue creciendo y cada vez tiene más edad

Al comenzar el siglo XX, la población mundial era de aproximadamente 1.500 millones de personas; hacia 1960 se había duplicado; y hacia fines de 1999 se había cuadruplicado, hasta llegar a 6.000 millones. Es poco probable que vuelva a crecer con la misma velocidad que en los últimos decenios y, en particular, en los últimos 12 años, en que se agregaron 1.000 millones de personas.

Las cantidades agregadas cada año a la población mundial aumentaron desde 47 millones de personas por año en 1950-1955 hasta un máximo de 86 millones en 1985-1990. Este crecimiento sin precedentes fue resultado neto de declinaciones en las tasas de mortalidad más rápidas que las declinaciones en las de fecundidad, que en ambos casos partieron de niveles altos. En consecuencia, se llegó a 4.000 millones, 5.000 millones y 6.000 millones de habitantes en todo el mundo al cabo de sólo 14, 13 y 12 años, respectivamente³.

En la actualidad, está en curso o ya se ha producido en gran parte del mundo una "transición demográfica" desde altas tasas hasta tasas bajas de fecundidad y de mortalidad. En muchos aspectos, las regiones menos adelantadas del mundo están hoy a mitad camino de esta transición, aproximadamente donde se encontraban las regiones más desarrolladas hace medio siglo.

Hay la mitad de defunciones

El rápido aumento producido a partir de 1960, de 3.000 millones a 6.000 millones de personas, fue acompañado de una disminución sin precedentes

en las tasas de mortalidad. Esta última tendencia comenzó, en verdad, en el siglo XIX y principios del siglo XX, pero se intensificó después de la segunda guerra mundial, a medida que se fue disponiendo cada vez más de saneamiento básico, agua no contaminada y servicios modernos de atención de la salud. A partir de 1950 se ha reducido a la mitad la mortalidad, desde unas 20 hasta menos de 10 defunciones anuales por cada 1.000 personas. Al mismo tiempo, el promedio mundial de la esperanza de vida ha aumentado desde 46 hasta 66 años.

La población mundial goza de mejor salud que nunca antes, desde el nacimiento hasta la ancianidad. La tasa mundial de mortalidad de menores de un año ha disminuido en dos tercios a partir de 1950, desde 155 por cada mil nacidos vivos hasta 57 por mil; según las proyecciones, esta tasa será reducida en otros dos tercios hacia 2050. Las tasas de mortalidad derivada de la maternidad también han disminuido, pero con mayor lentitud y en forma menos generalizada (véase el capítulo 3). Entre otras tendencias de salud favorables figuran las mejoras en los niveles de inmunización y la educación sobre salud.

Un efecto positivo de ampliar la duración de la vida y ofrecer mejor tratamiento médico ha sido que el número anual de defunciones disminuyó en más del 10% entre 1955 y 1975, aun cuando al mismo tiempo se agregaron a la población mundial casi 1.500 millones de personas. Posteriormente, el número de defunciones comenzó a aumentar. El actual número de defunciones anuales, de 52 millones, es igual al existente en 1950, cuando el tamaño de la población era inferior a la mitad del actual.

A partir de 1950, las tasas de mortalidad han disminuido sustancialmente en las regiones menos adelantadas pero en las regiones más desarrolladas han permanecido, a grandes rasgos, constantes, debido a que en estas últimas hay una mayor proporción de personas ancianas.

Disminuye la fecundidad, pero de manera desigual

El número de alumbramientos por año aumentó desde 98 millones en 1950 hasta un máximo de 134 millones a fines del decenio de 1980 y, según las proyecciones, seguirá en casi 130 millones durante los próximos 20 años, mientras que las tasas de defunción han de aumentar lentamente a medida que vaya envejeciendo la población.

Si bien la población sólo está disminuyendo en unos pocos países, hay 61 países (donde reside un 44% de la población mundial) que ya tienen tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (menos de 2,1 hijos por mujer). Según las proyecciones, el número de países en esas condiciones ha de aumentar hacia el año 2015 hasta 87, momento en que tendrán aproximadamente dos terceras partes de la población mundial. Por otra parte, en el año 2050, 130 países seguirán teniendo tasas positivas de crecimiento; 44 de ellos, por encima del 1% anual, tasa igual a la observada en 1965 en las regiones más desarrolladas.

En el período 1950-1955, la tasa media de fecundidad en las regiones más desarrolladas era de 2,8 hijos por mujer; desde entonces, ha disminuido hasta 1,6 y, según las proyecciones, comen-

zará a aumentar lentamente hasta llegar a 1,8 hacia mediados del próximo siglo. En las regiones menos adelantadas, la tasa de fecundidad era de casi 6,2 en 1950; hacia 1999 había llegado a algo menos de 3 y, según las proyecciones, hacia 2045 habrá disminuido hasta menos de 2,1.

Las tasas de fecundidad han disminuido más rápidamente en América Latina y Asia, menos rápidamente en el África septentrional y el Oriente Medio, y mucho más lentamente en África al sur del Sahara. En los últimos 50 años disminuyó pronunciadamente la tasa de fecundidad de Asia, desde 5,9 hasta 2,6 hijos por mujer. Esa disminución ha sido mucho más lenta en África al sur del Sahara, desde 6,5 hasta 5,5. En la región de América Latina y el Caribe hubo una disminución desde 5,9 hasta 2,7; en África del Norte y el Asia occidental, desde 6,6 hasta 3,5.

En Europa, la tasa de fecundidad disminuyó desde 2,6 hasta 1,4, muy inferior a la de reemplazo. En América del Norte, la tasa de fecundidad disminuyó desde 3,5 en el período 1950-1955 hasta 1,8 a fines del decenio de 1970, y volvió a aumentar hasta llegar a entre 1,9 y 2,0, nivel en el cual se ha mantenido. Según las proyecciones, ha de permanecer en alrededor de 1,9 hasta mediados del siglo XXI.

Las variaciones entre distintas regiones y dentro de una misma región y entre diferentes grupos de población dentro de un mismo país siguen siendo considerables. Algunos países, entre ellos el Brasil y la República de Corea, han avanzado rápidamente hasta acercarse al nivel de reemplazo o incluso han llegado a niveles inferiores; otros países, como Nigeria y Guatemala, han experimentado disminuciones sólo de poca magnitud en sus tasas de fecundidad. No obstante, la disminución ha variado pronunciadamente en diferentes zonas del Brasil y de Nigeria.

Las esperanzas de encontrar una explicación simple y coherente de la transición demográfica⁴ han sido repetidamente frustradas por la realidad de los datos locales⁵. En verdad, no hay un vínculo estadístico riguroso entre los indicadores de desarrollo y las tasas de fecundidad, y las causas de disminución de la fecundidad son ampliamente debatidas por los demógrafos, los economistas y los encargados de formular políticas. Si bien se sigue considerando que el desarrollo es un factor importante, aún no queda en claro por qué razón la transición de las tasas de fecundidad ocurre en algunos lugares antes que en otros. El ritmo de desarrollo no parecería afectar la iniciación de la transición ni las tasas. No obstante, una vez que la transición ha comenzado, las tasas de fecundidad declinan más rápidamente en los países con más altos niveles de desarrollo⁶.

Ayudar a que las mujeres y los hombres tengan el número deseado de hijos

Parece evidente que las aspiraciones de hombres y mujeres son influidas por diversos factores: la declinación en las tasas de mortalidad; las mayores oportunidades sociales, especialmente para la mujer; las oportunidades de empleo; los niveles de ingreso; y el acceso a la educación. No obstante, las mujeres y los hombres no pueden plasmar esas aspiraciones si carecen de los medios de traducir en la acción las oportunidades sociales y las op-

Las tasas de defunción se han reducido a la mitad respecto de 1950, y a ello se debe gran parte el rápido aumento de la población mundial.

Los programas de población han tenido importancia crucial para la reducción de las tasas de fecundidad en los últimos 30 años.

ciones. La creación y el paulatino fortalecimiento de los programas de población durante los últimos 30 años⁷ — junto con el desarrollo y la distribución de métodos más eficaces y seguros de anticoncepción — han representado un factor catalítico de importancia crucial para reducir las tasas de fecundidad⁸. Se ha atribuido a los programas de población aproximadamente la mitad de la declinación en las tasas de fecundidad a partir de 1960⁹. A partir de la CIPD, los programas han adoptado un enfoque basado en los derechos y las necesidades individuales.

La difusión de información acerca de técnicas de planificación de la familia y las nuevas ideas acerca de los problemas sociales — incluidos los derechos de la mujer a la salud reproductiva y la igualdad de oportunidades — facilitan la transición de las tasas de fecundidad¹⁰. Los intercambios de ideas entre parientes, amigos y vecinos, la difusión de ideas entre comunidades y las imágenes en los medios de difusión de masas desencadenan cambios en las preferencias y en el comportamiento, en lo relativo a la fecundidad. Esto puede explicar por qué con frecuencia los cambios en la fecundidad se producen más rápidamente en los países donde hay muchos cauces que conectan entre sí a las comunidades y los individuos y más lentamente allí donde esa interacción social es más difícil. En este último caso, al mejorar las comunicaciones podría contribuirse a acelerar la transición de la fecundidad allí donde haya sido lenta¹¹.

El pronóstico de lo que ocurrirá al finalizar la transición de la fecundidad en un determinado

país — si la fecundidad se estabilizará o no, a un nivel inferior, cercano o superior al de reemplazo, o si volverá a aumentar o presentará algún otro patrón inestable — sigue siendo un interrogante crítico para los demógrafos.

Cambiantes hipótesis acerca de la fecundidad futura

A fines de 1998, la División de Población de las Naciones Unidas dio a conocer sus más recientes proyecciones de población a escala mundial, regional y nacional hasta 2050 (véase la página 3). La División de Población prepara cada dos años nuevas proyecciones sobre la base de datos de población actualizados y revisiones de las metodologías de las proyecciones. En el caso de la revisión de 1998, ambos factores tuvieron efectos sustanciales en las proyecciones a largo plazo¹².

Según las proyecciones actuales, la población mundial aumentará hasta entre 7.300 millones y 10.700 millones de personas hacia 2050; la variante media de la proyección, considerada la más probable, es de 8.900 millones. Las hipótesis clave que crean esos resultados son las relativas a las tasas de fecundidad mundial que, según las proyecciones, disminuirán hasta entre 2,5 y 1,6 alumbramientos por mujer hacia 2050. En virtud de la variante media se supone que la tasa de fecundidad en cada país de las regiones menos adelantadas disminuirá exactamente hasta 2,1 hacia 2050. Para las regiones más desarrolladas, las proyecciones de tasas de fecundidad nacionales arrojan valores de entre 1,7 y 1,9, en función del país.

Esas hipótesis apuntan a las incertidumbres intrínsecas en las proyecciones de población. Las efectuadas por las Naciones Unidas han sido ajustadas sucesivamente, a medida que se dispuso de nueva información, y tienen una considerable exactitud a largo plazo. No obstante, no parece muy probable que el Congo, Nicaragua y Kazajstán, donde actualmente las tasas de fecundidad son de 6,1, 4,4 y 2,3 alumbramientos por mujer, respectivamente, tengan en 2050 tasas idénticas, de 2,1. En forma similar, no hay ninguna certeza de que la tasa de fecundidad de Italia aumente desde 1,2 hasta 1,7 o que la tasa en los Estados Unidos disminuya desde 2,0 hasta 1,9 hacia 2050, de conformidad con la variante mediana. Las tasas nacionales de fecundidad seguirán siendo imposibles de pronosticar en el largo plazo. Los demógrafos que trabajan en instituciones, incluidas las Naciones Unidas, están realizando análisis para mejorar las proyecciones o lograr límites de certidumbre científica en los cálculos¹³.

Niveles de educación y disminución de la fecundidad

En todo el mundo en desarrollo, en los últimos cuatro decenios han ido en aumento el grado de alfabetización y los años de escolarización, tanto para varones como para mujeres¹⁴. Los demógrafos y los sociólogos han observado que, al mejorar la educación de las mujeres y las niñas, se mejoran los niveles de salud y se reducen las tasas de fecundidad.

Las tasas de matriculación escolar han aumentado a partir de 1960 en todas las regiones y en todos los niveles educacionales, especialmente en el nivel primario¹⁵. En cambio, en África al sur

RECUADRO 8

Menores proyecciones de población: Buenas y malas noticias

Las proyecciones más recientes efectuadas por la División de Población de las Naciones Unidas con respecto a la población mundial en 2050, de 8.900 millones (variante mediana), han arrojado valores sustancialmente inferiores a la proyección de 1996, de 9.400 millones. En respuesta, algunos comentaristas han planteado su preocupación acerca de las personas “desaparecidas”. Esto es engañoso.

La razón principal de que las proyecciones arrojen cantidades menores es una buena noticia: las tasas de fecundidad mundial han disminuido más rápidamente que lo previsto, a medida que los servicios de atención de la salud, incluidos los de salud reproductiva, han mejorado más rápidamente que lo previsto y que los hombres y las mujeres han optado por tener familias más pequeñas.

No obstante, en África al sur del Sahara y en partes del subcontinente de la India, aproximadamente un tercio de la reducción en las proyecciones de población a largo plazo se debe al aumento de las tasas de mortalidad. El factor más importante del aumento de la mortalidad es el VIH/SIDA, que se está propagando mucho más aceleradamente que lo que se había supuesto anteriormente.

Además, los demógrafos de las Naciones Unidas han adoptado técnicas más perfeccionadas para efectuar sus proyecciones. Anteriormente se suponía que los países donde las tasas de fecundidad eran inferiores a las de reemplazo recuperarían los niveles de reemplazo hacia 2050. La hipótesis adoptada en este momento es que esos países tendrán tasas de fecundidad de entre 1,7 y 1,9 alumbramientos por mujer (en lugar de 2,1) hacia 2050.

del Sahara, la matriculación en la escuela primaria aún era de sólo un 75% en 1995 y, en realidad, ha disminuido a partir de 1980. La matriculación también ha disminuido recientemente en otros países afectados por crisis financieras¹⁶.

En los países de bajos y medianos ingresos, un 53% de los grupos de edades pertinentes estaban matriculados en escuelas secundarias en 1995, en comparación con 41% en 1980. Este nivel es deficiente si se compara con los países de altos ingresos, donde casi todos los niños tienen algún grado de educación secundaria y un 35% de ellos poseen alguna educación terciaria (universitaria y de postgrado).

Los limitados datos disponibles acerca de los años de escolarización ilustran los pronunciados contrastes que aún persisten. Por ejemplo, en Burundi, el promedio de escolarización de hombres y mujeres es, respectivamente, de cinco años y cuatro años. En Costa Rica, las cantidades correlativas son diez años y nueve años, respectivamente; en el Canadá, 18 años y 17 años.

En los países de bajos ingresos sigue habiendo una sustancial discrepancia de género, tanto entre los docentes como entre los estudiantes. La situación está mejorando: en 1980, un 42% de los estudiantes eran niñas, y en 1995, un 44%; en 1980, un 32% de los docentes eran mujeres y en 1995, un 39%. En los países de ingresos medianos y altos, el equilibrio de género, tanto entre los estudiantes como entre los docentes, es mucho más cercano: las cantidades de hombres siguen siendo superiores a las de mujeres en ambos grupos, pero la diferencia es de sólo unos pocos puntos porcentuales.

Para fomentar el desarrollo social de las niñas, algunos países han comenzado a promover la educación de éstas eximiendo del pago de derecho de matrícula u ofreciendo un pequeño pago o una prestación alimentaria, a cambio de que las niñas asistan a la escuela, y también adaptando el sistema escolar de modo de facilitar la presencia femenina. A partir de 1990, por ejemplo, el Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC) ha creado más de 30.000 escuelas que ofrecen enseñanza primaria extraoficial; un 70% de los alumnos son niñas¹⁷.

En recientes análisis realizados por el Banco Mundial¹⁸ se ponen de manifiesto diferencias sustanciales en la matriculación de los niños en función de los distintos niveles de ingresos, y también pautas regionales de las poblaciones pobres. Por ejemplo, en América Latina hay una matriculación casi universal de los pobres en el primer grado, pero seguidamente hay apreciables tasas de abandono, grado por grado, mientras que en el Asia meridional y el África occidental y central, los pobres, en su mayoría, no se matriculan.

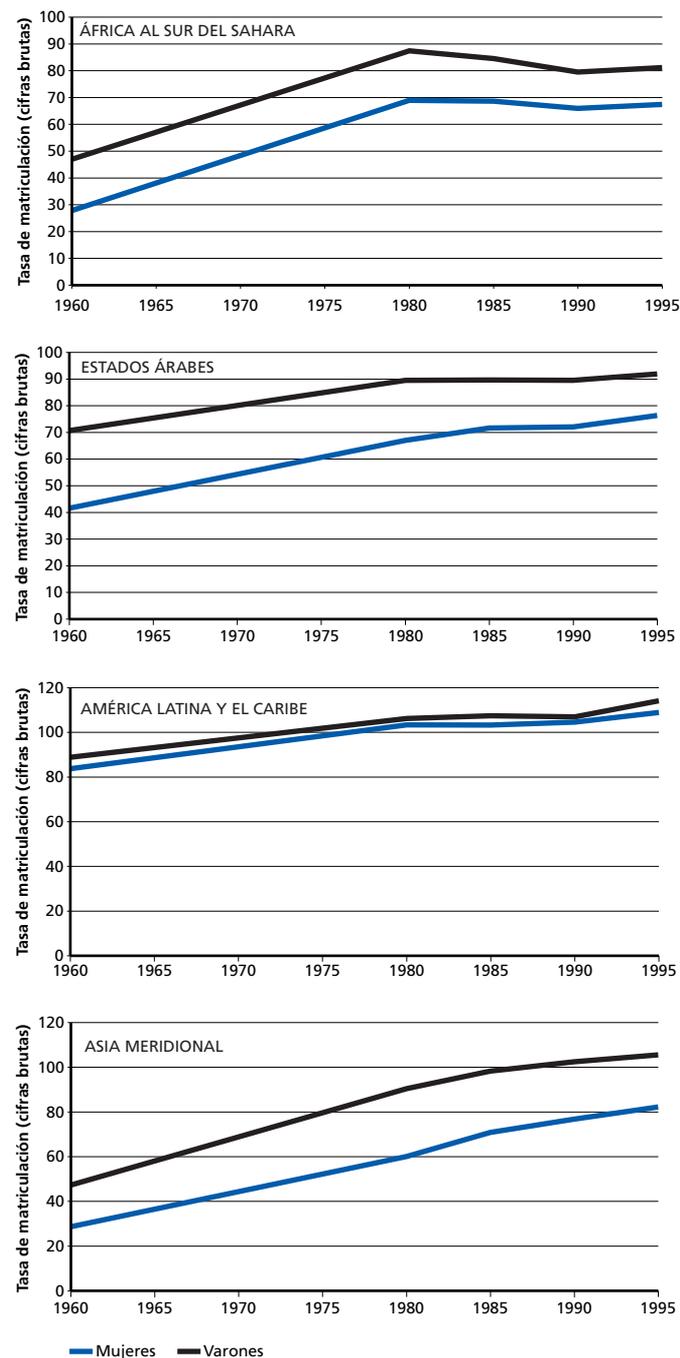
Las diferencias entre ricos y pobres en la mediana de los años de escolarización finalizados varían considerablemente entre un país y otro, y oscilan desde sólo un año hasta 10 años. En muchos lugares, el efecto de los niveles de ingreso de los adultos es superior al de las diferencias entre hombres y mujeres¹⁹. Por otra parte, las niñas pobres padecen una doble desventaja, que puede restringir gravemente sus oportunidades.

Casi uno de cada cuatro adultos en todo el mundo, es decir, aproximadamente mil millones de personas, no saben leer ni escribir, ni efectuar simples cálculos aritméticos²⁰.

La educación redonda en familias más pequeñas y saludables

Una de las relaciones más firmes y coherentes que quedaron demostradas por la demografía es la existente entre el nivel educacional de las madres y las tasas de mortalidad de menores de un año: los hijos de mujeres con más años de escolarización tienen muchas más probabilidades de sobrevivir en su primer año de vida²¹. Las madres más educadas tienen mejor atención de la salud, contraen matrimonio más tarde y tienen muchas mayores probabilidades de utilizar anticonceptivos para espaciar los nacimientos de sus hijos.

GRÁFICO 2: Nivel educacional, por género y región



Nota: Las tasas brutas de matriculación en la escuela primaria indican el número de estudiantes por cada 100 personas en el grupo de edades apropiado. Cuando las tasas son superiores a 100, esto se debe a que ciertos niños comenzaron tardíamente, interrumpieron su asistencia a la escuela o repitieron grados

Fuente: UNESCO. *World Education Report 1995*.

Las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de utilizar anticonceptivos y de contraer matrimonio más tarde en la vida.

Tienen mejores aptitudes para obtener y evaluar información sobre atención de la salud, prevención de las enfermedades y nutrición. También tienen mejor acceso a los recursos, debido a las mayores oportunidades de obtener ingresos, y en el matrimonio pueden administrar mejor dichos recursos. Tienen mayores probabilidades de reconocer las ventajas de educar a sus hijos.

La relación entre el nivel educacional de la mujer y la tasa de fecundidad también es compleja, pero en la mayoría de los países la pauta intrínseca es que cuantos más años de escolarización tenga una mujer, menor será el número de hijos que tendrá. En un pequeño número de países, particularmente en África al sur del Sahara, las tasas de fecundidad aumentan ligeramente con los primeros años de escolarización de la mujer y luego disminuyen con los siguientes años de educación²². En todos los estudios recientes, la educación secundaria de las mujeres está correlacionada con menores tasas de fecundidad.

Las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos modernos y de contraer matrimonio más tarde en la vida. Los progenitores educados, varones y mujeres, también aspiran en general a tener familias más pequeñas que quienes tienen menor educación; y las mujeres educadas tienden a plasmar en la realidad su preferencia por menor cantidad de hijos. En otras palabras, las mujeres con mayor escolarización tienen mayores probabilidades de tener el número de hijos que dicen que quieren tener²³.

Según un estudio de familias egipcias, las aspiraciones educacionales que tienen las mujeres y los hombres para sus hijos, en particular sus hijas, son factores sustanciales que influyen sobre el número de hijos a que aspiran. Los progenitores que aspiran a una mejor educación para sus hijas tienden a querer familias más pequeñas, tal vez para poder atender más cabalmente a los hijos que tienen²⁴.

Las mujeres de todos los niveles educacionales y todos los niveles económicos tratan de elegir el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos. Que puedan o no hacerlo es función no sólo de la educación, sino también de las circunstancias, los recursos y las costumbres²⁵. Los programas de población las ayudan, proporcionando los medios de lograrlo.

Envejecimiento de las poblaciones

El gradual envejecimiento de la población mundial en los próximos decenios es algo casi inexorable. Las causas de esta tendencia reflejan el sustancial progreso humano logrado en este siglo: menor mortalidad de menores de un año y de niños; mejor nutrición, mejor educación, mejor atención de la salud y mayor acceso a la planificación de la familia; y mayor esperanza de vida²⁶.

Esta transición ya está muy adelantada en las regiones más desarrolladas, donde la mediana de edades ha aumentado desde 29 años en 1950 hasta 38 años en la actualidad y, según las proyecciones, se estabilizará en alrededor de 46 años hacia 2050. En las regiones menos adelantadas, este proceso recién comienza; a partir de 1950, la mediana de edades ha fluctuado entre 19 y 24 años (su nivel actual). África, la región del mundo donde la población crece más rápidamente, es también la más joven, con una mediana de edades

de sólo 18 años. La mediana de edades en todas las regiones menos adelantadas, según las proyecciones, comenzará a aumentar paulatinamente hasta llegar a 37 años hacia 2050.

Hay muchos motivos para creer que las sociedades, tanto en las regiones más desarrolladas como en las menos desarrolladas, pueden ajustarse a una mayor mediana de edades de sus habitantes y a la creciente proporción de viejos. No obstante, en esta nueva era habrá problemas evidentes. La población del mundo nunca ha sido tan sana ni ha vivido tantos años. En 1950, la esperanza media de vida a escala mundial era de 46 años; en 2050, según las proyecciones, ha de ser de 76 años y la mediana de edades, también según las proyecciones, de 38 años.

Los países de regiones más desarrolladas ya están tratando de abordar esta transición sin precedentes y los problemas que suscita respecto de la mano de obra, la atención de los ancianos y el potencial de declinación de la población.

En todo el mundo, pero particularmente en las regiones más desarrolladas, los países cuyas poblaciones están envejeciendo tropezarán con problemas para apoyar a sus ancianos y ofrecerles atención médica. Disminuirá el porcentaje de jóvenes dependientes, pero aumentará la proporción de dependientes ancianos.

El factor de la juventud

Actualmente, como resultado de las altas tasas de fecundidad reinantes hasta hace poco, hay en el mundo mayor cantidad de jóvenes que nunca: más de 1.000 millones de personas de entre 15 y 24 años de edad, que están ingresando en su máxima etapa de procreación. En el conjunto de los países en desarrollo, la proporción de población de entre 15 y 24 años de edad llegó a un máximo alrededor de 1985, con un 21%. Entre 1995 y 2050, disminuirá desde 19% hasta 14%, pero las cantidades reales de personas aumentarán desde 859 millones hasta 1.060 millones. Esas cantidades aseguran que continuará el crecimiento de la población, aun cuando los jóvenes escojan tener familias más pequeñas que sus progenitores. En verdad, las poblaciones seguirían aumentando durante varios decenios aun cuando se lograra de inmediato una fecundidad “a nivel de reemplazo”.

A ese fenómeno, conocido como “impulso de la población”, se atribuirán, según las proyecciones, hasta dos tercios de los aumentos de población que se han de producir, y la proporción será superior en países donde las tasas de fecundidad han disminuido más rápidamente. En Tailandia, por ejemplo, donde tres de cada diez personas son menores de 15 años, según las proyecciones la población ha de aumentar en un 19% entre 1999 y 2025, aun cuando la pareja típica está teniendo menos de dos hijos. Al elevar el promedio de edades en que las mujeres tienen su primer hijo desde 18 hasta 23 años, se reduciría el impulso de la población en más de un 40%.

A escala mundial, las más bajas tasas de natalidad crean la posibilidad de un “dividendo demográfico” en las regiones menos adelantadas durante los próximos dos decenios, dado que en la pirámide de edades habrá una “afluencia” de jóvenes que crecen y se incorporan a la fuerza la-

boral y, al mismo tiempo, nacerá menor cantidad de niños. Si fuera posible crear suficientes oportunidades de empleo, esos nuevos trabajadores bien podrían causar el aumento de la productividad y el desarrollo económico y generar utilidades sustanciales, que podrían dedicarse a la salud, la educación y la seguridad social²⁷. Hay razones de peso para pensar que las sociedades, tanto más desarrolladas como menos adelantadas, se han de beneficiar con este cambio.

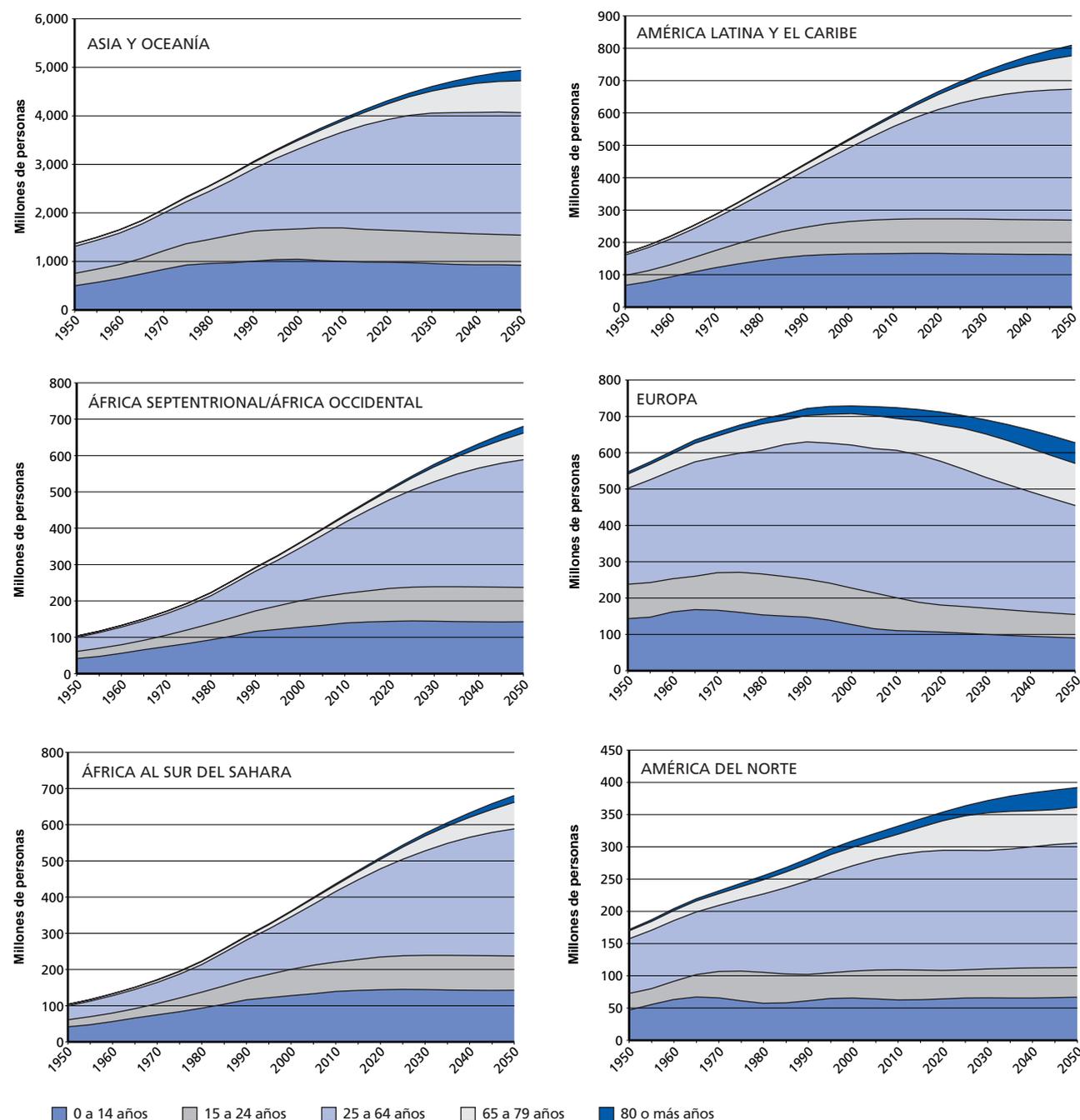
Los efectos del SIDA

El VIH/SIDA es actualmente la principal causa de defunción en África y la cuarta causa por orden de importancia en todo el mundo²⁸. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/

SIDA (UNAIDS), en diciembre de 1998 había 33,4 millones de personas con reacción serológica positiva al VIH y en 1998 habían perdido la vida a causa de la enfermedad 2,5 millones de personas, dos millones de ellas en África. La mitad de todos los nuevos contagios con el VIH ocurren en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad.

Según se estima, un 95% de las personas que se han contagiado con esa enfermedad viven en países en desarrollo y dos tercios viven en África al sur del Sahara, donde el 8,0% de los adultos de entre 15 y 49 años de edad tienen reacción serológica positiva al VIH. El SIDA tiene un terrible efecto sobre los individuos y las comunidades, dado que abate a los trabajadores, deja huérfanos a los niños y sobrecarga enormemente los servicios de atención de la salud y los sistemas sociales.

GRÁFICO 3: Tendencias regionales en las estructuras de edades



Fuente: Naciones Unidas. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1998 Revision)*.

Efectos devastadores del VIH/SIDA en África

Las nuevas estimaciones acerca de la prevalencia del VIH/SIDA indican que la epidemia es más grave que lo que se suponía anteriormente. Las estimaciones dadas a conocer en 1998 por el programa UNAIDS y la Organización Mundial de la Salud indican que los contagios con el VIH a escala mundial aumentaron en 1998 en un 10%, de modo que el total en todo el mundo es de 33,4 millones de personas. Sólo el año pasado se estima que 5,8 millones de personas se contagiaron con el virus que causa el SIDA.

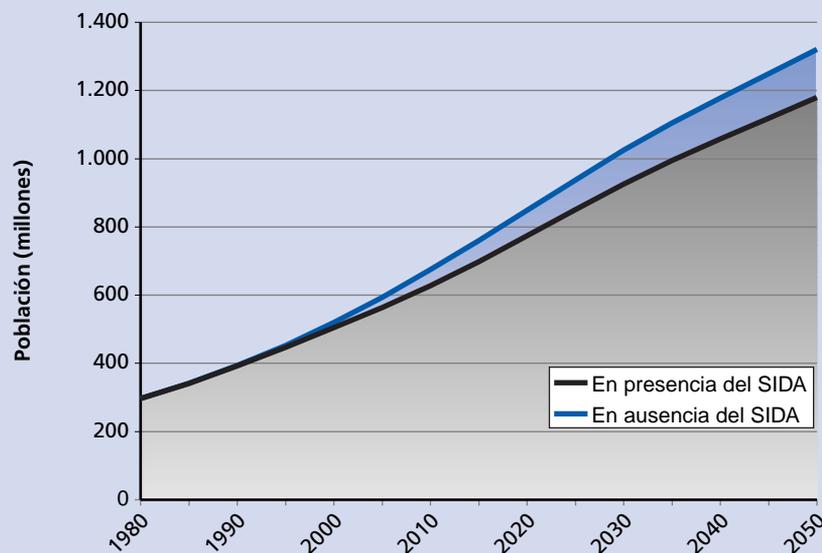
Sobre la base de las estimaciones del programa UNAIDS acerca del número de personas que actualmente están infectadas con el virus, la División de Población de las Naciones Unidas preparó el año pasado proyecciones de las futuras tasas de prevalencia del VIH y de los probables efectos demográficos en 34 de los países más afectados (29 de ellos en África), donde reside un 85% de las personas actualmente infectadas y ha ocurrido un 91% de todas las defunciones causadas por el SIDA hasta la fecha.

En los 29 países africanos, actualmente la esperanza media de vida al nacer es inferior en siete años a lo que habría sido en ausencia del SIDA. La esperanza media de vida en los nueve países donde la tasa de prevalencia del VIH entre adultos es del 10% o superior (Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe) se estima en 48 años, diez años menos que lo que habría sido la esperanza de vida en ausencia del SIDA. No obstante, no se prevé que en ninguno de esos países la población vaya a disminuir.

En Botswana, país que tiene una de las tasas más altas de prevalencia del VIH/SIDA — uno de cada cuatro adultos está infectado — la esperanza de vida ha disminuido desde 61 años a fines del decenio de 1980 hasta 47 años en la actualidad y, según se prevé, ha de llegar a 38 años hacia 2005-2010. La población de Botswana hacia 2015 puede ser inferior en un 23% a lo que habría sido en ausencia del SIDA. No obstante, debido a que persisten las altas tasas de fecundidad, aún se prevé que la población de ese país casi se ha de duplicar entre 1995 y 2050.

En Zimbabwe, el segundo país entre los más gravemente afectados, uno de cada cinco adultos está infectado. Se estima que la esperanza de vida al nacer es de 44 años y que ha de disminuir hasta 41 años en el lapso 2000-2005, es decir, 25 años menos que lo que habría sido en ausencia del SIDA. La tasa de crecimiento de la población ha disminuido hasta 1,4%; sin el SIDA, habría llegado a 2,4%. Se prevé que en 2015, la población de Zimbabwe será inferior en un 19% a lo que habría sido en ausencia de la epidemia.

GRÁFICO 4: Los efectos del SIDA en África al sur del Sahara: Proyecciones de población en presencia y en ausencia del SIDA en los 29 países más afectados, 1980-2050



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1998 Revision*.

En términos demográficos, lo probable es que el futuro efecto del SIDA sea relativamente de poca magnitud a escala mundial, pero tendrá efectos devastadores en varios países africanos. Debido a las altas tasas de fecundidad, se prevé que la mayoría de los países de África al sur del Sahara experimentarán aumentos en su población, pero en los países más afectados el ritmo será mucho más lento que el que habría existido en ausencia de la epidemia²⁹.

En muchos países, el SIDA ha desbaratado los progresos logrados durante varios decenios en la reducción de la mortalidad de niños y el aumento de la esperanza de vida. Además de hacer aumentar las tasas de mortalidad, el VIH/SIDA también puede afectar los cambios demográficos al reducir la fecundidad de las mujeres infectadas e influir sobre la edad al contraer matrimonio, sobre el comportamiento sexual y sobre el uso de anticonceptivos.

Aún no se ha determinado cuál será el curso de esta epidemia. Hay algunos signos alentadores: en varios países están disminuyendo las tasas de contagio y de mortalidad, pero en otros siguen aumentando. La propagación de la epidemia en el Asia meridional y oriental, particularmente en la India y en China, es motivo de preocupación³⁰. Para frenar y eliminar la propagación del SIDA será necesario mejorar la atención integral de la salud reproductiva, así como la educación pública acerca de los riesgos y consecuencias del contagio con el VIH.

Perspectivas de los países donde las tasas de fecundidad son bajas

En los círculos demográficos hay un intenso debate acerca de las perspectivas de la futura fecundidad en los países donde hay bajas tasas de fecundidad (y las habrá, según las proyecciones). Tal vez haya un "límite inferior" para las tasas de fecundidad en cada sociedad, un punto después del cual las tasas comenzarán a aumentar nuevamente, pero los demógrafos no pueden efectuar un pronóstico con ningún grado de certeza.

Según una escuela de pensamiento, es poco probable que las tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo persistan durante mucho tiempo. Según esta línea de pensamiento, es posible que las proyecciones de disminución de la fecundidad sean exageradas, debido a que los métodos de medición actuales no reflejan que las tendencias de la fecundidad hayan cumplido su ciclo, cuando hay mayor cantidad de mujeres jóvenes que están aplazando el momento de tener hijos hasta etapas posteriores de sus vidas³¹.

Por ejemplo, en los Estados Unidos y en Suecia, la tasa de fecundidad disminuyó hasta muy por debajo del nivel de reemplazo en los decenios de 1970 y 1980, pero aumentó nuevamente hasta más de 2,0 a comienzos del decenio de 1990. Por otra parte, en Italia también disminuyó por debajo del nivel de reemplazo hacia fines del decenio de 1970 y ha seguido disminuyendo hasta llegar a 1,2 hacia fines del decenio de 1990.

Se considera importante que en la mayoría de los países europeos, la fecundidad completa de quienes tienen hijos sigue por encima del nivel de reemplazo. Las declaraciones sobre el nivel de fecundidad al que se aspira también permanecen

a nivel de reemplazo o por encima de él. Las disminuciones registradas en la fecundidad podrían cesar cuando dejara de aumentar la edad al contraer matrimonio, a menos que disminuyeran los niveles de fecundidad a que se aspira.

Según otra escuela de pensamiento, la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, particularmente en Europa, está bien establecida y está asociada con continuas declinaciones en el tamaño de la familia a que se aspira³².

Mientras tanto, no queda en claro que todos los países hayan de llegar a tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo. En algunos países, las tasas de fecundidad se han estabilizado en niveles superiores al de reemplazo³³.

Cambiante distribución de la población mundial

El crecimiento de la población se concentrará en algunas regiones. En otras, las cantidades de seres humanos se estabilizarán, o incluso disminuirán. Dentro de un mismo país, las poblaciones seguirán emigrando del campo a la ciudad y, al mismo tiempo, tendrán edades cada vez mayores y estarán cada vez mejor educadas. La migración entre distintos países constituirá un factor cada vez más importante en las relaciones internacionales y la composición de las poblaciones nacionales.

Variaciones en la distribución regional

A medida que la población mundial se ha ido duplicando en los últimos 40 años, las variaciones en la distribución geográfica de esa población han sido igualmente notables. En 1960, de los 3.000 millones de personas que había en el mundo, vivían en las regiones menos adelantadas 2.100 millones (70% de la población mundial). Hacia fines de 1999, en las regiones menos adelantadas la población había aumentado hasta 4.800 millones (80% de la población mundial); en esas regiones se producirá un 98% del aumento según las proyecciones de la población mundial para 2025.

África, con una tasa media de fecundidad superior a cinco hijos por mujer durante todo ese período es, entre todas las regiones, aquella donde la población ha crecido con más velocidad. Actualmente hay una cantidad de africanos vivos (767 millones) casi tres veces superior a la que había en 1960. En Asia, que es, con mucho, la región más populosa, la población se ha duplicado con creces (hasta más de 3.600 millones de personas) y lo propio ha ocurrido con América Latina y el Caribe. En contraste, la población de América del Norte ha crecido sólo en un 50% y la de Europa aumentó en sólo un 20% y ahora está, en términos generales, estabilizada.

Según las proyecciones, la proporción de la población mundial correspondiente a África aumentará hasta 20% en 2050 (en comparación con sólo 9% en 1960), mientras que la correspondiente a Europa, también según las proyecciones, ha de declinar en ese mismo período desde el 20% hasta el 7%. En 1960, África tenía una población equivalente a menos de la mitad de la de Europa; en 2050, podría tener casi tres veces más.

La alteración del equilibrio en la distribución de la población entre distintas regiones no plantea

en sí misma un problema, en la medida en que el desarrollo adelante en todos los países y que el crecimiento de la población esté equilibrado por el desarrollo de la capacidad social y económica. El problema sigue siendo crear condiciones que posibiliten que los países de todas las regiones adopten políticas y estrategias para fomentar un desarrollo equitativo.

Tendencias mundiales a la urbanización

En los últimos 40 años, se ha acelerado el desplazamiento de las personas hacia las ciudades, en particular en las regiones menos adelantadas, y ha aumentado la proporción de la población mundial que vive en zonas urbanas, desde un tercio en 1960 hasta 47% (2.800 millones de personas) en 1999. La población urbana del mundo está aumentando actualmente a razón de 60 millones de personas por año, cantidad tres veces superior al aumento de la población rural³⁴.

La creciente urbanización es resultado, casi por partes iguales, de los nacimientos en zonas urbanas y del continuo desplazamiento de personas desde las zonas rurales. Esas fuerzas también están estimulando la dispersión de las zonas urbanas, a medida que los que eran asentamientos periurbanos quedan incorporados a las ciudades aledañas y las ciudades secundarias, vinculadas comercialmente con centros urbanos de mayor magnitud, van aumentando de tamaño³⁵.

En los países en desarrollo, la proporción de personas que viven en ciudades casi se ha duplicado desde 1960 (desde menos del 22% hasta más del 40%), mientras que en las regiones más desarrolladas, la proporción ha aumentado desde el 61% hasta el 76%. Hay una asociación sustancial entre estos desplazamientos de la población desde el campo hacia la ciudad y las disminuciones en el tamaño medio de la familia.

Entre las regiones en desarrollo, Asia y África son las menos urbanizadas (menos de 38% cada una). La región de América Latina y el Caribe es urbana en más de un 75%, proporción casi igual a las de Europa, América del Norte y el Japón (todas las cuales tienen proporciones de entre 75% y 79%).

Según las proyecciones, la urbanización ha de continuar hasta bien entrado el próximo siglo. Se prevé que hacia 2030, vivirán en ciudades casi 5.000 millones (61%) de los 8.100 millones de habitantes del mundo. En las regiones menos adelantadas, la población será urbana en más de un 57%. América Latina y el Caribe tendrán un porcentaje mayor que el de Europa de residentes en ciudades.

Las ciudades y los poblados son impulsores del cambio social en todas las regiones. Su rápido crecimiento ofrece oportunidades de desarrollo futuro, pero también presenta graves problemas. El crecimiento de la población urbana ha sido más veloz que la creación de empleos, viviendas, servicios e infraestructura social y física. La pobreza persiste en zonas urbanas y periurbanas, lo cual sugiere que han fracasado las políticas de distribución equitativa de los beneficios del desarrollo. En particular, han aumentado las cantidades de mujeres pobres, tanto en zonas urbanas (donde siguen siendo limitadas las oportunidades

La población urbana del mundo está creciendo a razón de 60 millones de personas por año.

de trabajo), como en zonas rurales (donde es cada vez más frecuente que las mujeres permanezcan, mientras los esposos o los hijos se marchan a la ciudad en procura de oportunidades de trabajo).

A medida que las personas han ido acudiendo a las ciudades, la información se ha desplazado desde éstas hacia las zonas periféricas. Las mejores comunicaciones y transportes ahora vinculan las zonas urbanas y rurales, tanto económica como socialmente. El resultado es que la “impronta” ecológica y sociológica de las ciudades se ha propagado hacia zonas cada vez más amplias, creando una serie de comunidades sin solución de continuidad que comparten los estilos de vida de las demás. Es cada vez menor el número de lugares del planeta no afectados por la dinámica de las ciudades.

El auge de los medios de difusión de masas también ha difuminado la separación entre zonas rurales y zonas urbanas. Cada vez se reconocen y aprecian más y se busca con mayor ahinco las nuevas ideas, los nuevos puntos de referencia y las nuevas posibilidades para la vida. Este fenómeno ha afectado de muchas maneras la atención de la salud, incluida la salud reproductiva. Por ejemplo, los programas de radio y televisión en que se consideran la equidad de género, el número de hijos y la opciones en materia de planificación de la familia ahora están llegando a poblaciones rurales que anteriormente estaban aisladas. Esto puede suscitar una demanda de servicios, un mayor uso de anticonceptivos y un menor número de embarazos no deseados³⁶.

En todo el mundo, el número de ciudades que tienen 10 millones de habitantes o más va en rápido aumento y la mayoría de esas nuevas “megaciudades” están en las regiones menos adelantadas. En 1960, sólo Nueva York y Tokio tenían más de 10 millones de personas. Hacia 1999, el número de megaciudades ha aumentado hasta 17 y de ellas, 13 están en las regiones menos adelantadas. Según las proyecciones, hacia 2015 habrá 26 megaciudades, de las cuales 22 estarán en las

regiones menos adelantadas (18, en Asia); más del 10% de la población mundial vivirá en esas megaciudades, en comparación con sólo 1,7% en 1950.

Migración internacional

La migración internacional se está transformando en un tema de mayor visibilidad e importancia en las relaciones internacionales y en los conceptos de identidad nacional.

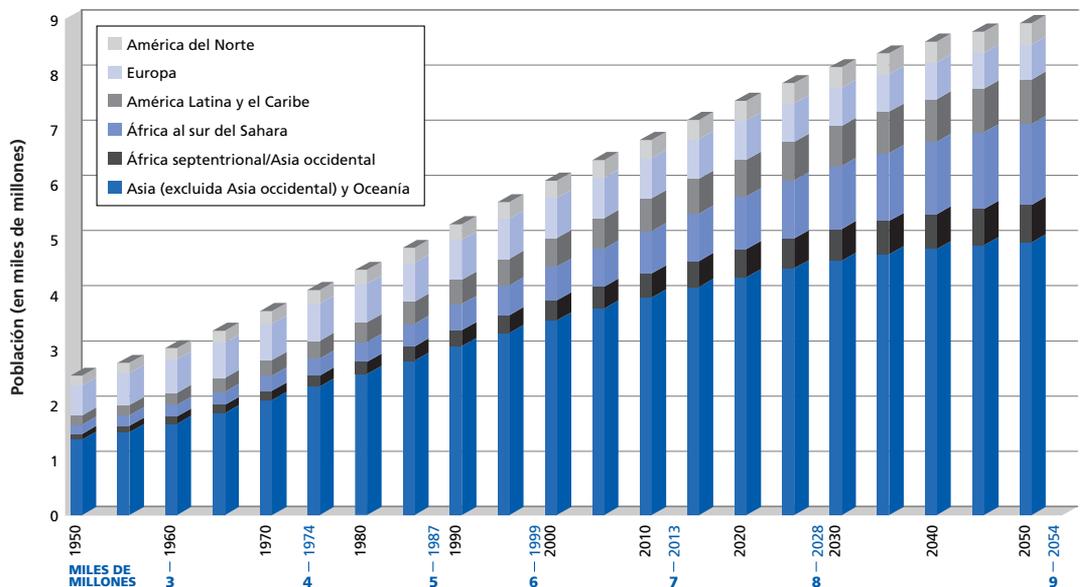
A escala mundial, entre 1965 y 1990 el número de migrantes internacionales aumentó desde 75 millones hasta 120 millones, y el aumento mantuvo el mismo ritmo que el crecimiento de la población. Como resultado, la proporción de migrantes se ha mantenido en todo el mundo en alrededor del 2% del total de la población³⁷. En 1990, los migrantes internacionales representaban el 4,5% de la población de los países desarrollados y el 1,6% de la de los países en desarrollo.

Esas estimaciones mundiales ocultan importantes dificultades en cuanto a la medición de la migración. Sólo un puñado de países llevan un cómputo regular de las corrientes de extranjeros y de ciudadanos repatriados, de modo que es virtualmente imposible efectuar estimaciones acerca de la cantidad de migrantes nacidos en el extranjero, salvo mediante la realización de censos periódicos. A veces, los migrantes eluden a los censistas o estos los dejan de lado, y además, diferentes países cuentan o clasifican a los migrantes de diferentes maneras. Con frecuencia, la migración es consecuencia de conflictos, persecuciones o cambios climáticos y, en consecuencia, fluctúa mucho de un año a otro y puede ir acompañada de situaciones caóticas, con lo cual la precisión en los recuentos se hace difícil.

En este siglo de transportes rápidos y universales, ha habido algún grado de migración hacia casi todos los países. A partir de 1965, aumentó la diversidad de los países de destino de migrantes, tanto en lo concerniente al número de migrantes que residen en el país de destino como a la propor-

En 1960 había dos ciudades con poblaciones superiores a 10 millones. Hoy hay 17. Hacia 2015 habrá 26.

GRÁFICO 5: Distribución regional de la población, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*.

ción que estos representan respecto del total de la población³⁸. Entre 1965 y 1990, aumentó en más del 50% el número de países que poseen una población de migrantes de 300.000 personas o más.

En los últimos decenios ha aumentado el porcentaje de mujeres migrantes, que llegó en 1990 al 48% de todos los migrantes internacionales³⁹. Las mujeres que migran para conseguir trabajo, en su mayoría, tienden a concentrarse en empleos de baja condición y muchas son particularmente vulnerables a la explotación y el acoso.

La mundialización de las corrientes de capital y el comercio está causando cambios difíciles de pronosticar en el grado de prosperidad de los países en desarrollo, a medida que el capital para inversiones entra y sale velozmente de economías frágiles. A su vez, esos desplazamientos impulsan la migración, tanto interna como internacional. El aumento cada vez mayor del sector paralelo o no estructurado (*informal*) de las economías de muchos países también ha intensificado la interacción entre el empleo irregular y la migración irregular.

Varios demógrafos y economistas han recomendado un incremento de la inmigración, como medio de equilibrar los efectos de la disminución de la fecundidad y el resultante envejecimiento de la población. Por ejemplo, la escasez de mano de obra en el Japón ha sido salvada mediante un aumento del número de extranjeros (incluidos descendientes de ex emigrantes japoneses) que pueden ser admitidos en el país. Entre 1985 y 1995, la población de extranjeros que residen legalmente en el Japón aumentó en un 60% y también aumentó el número de extranjeros indocumentados⁴⁰.

La migración tiene efectos económicos tanto favorables como desfavorables. En todo el mundo, las remesas que envían los migrantes desde los países más desarrollados hacia los menos adelantados siguen siendo un importante mecanismo por conducto del cual la migración internacional influye sobre el desarrollo.

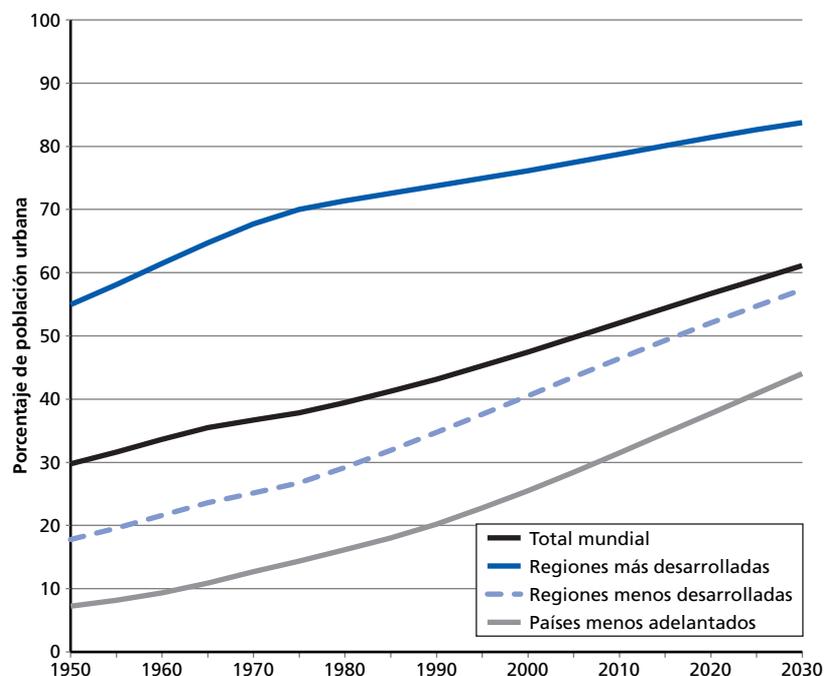
Crecimiento de la población y cuestiones medioambientales

¿Hay límites medioambientales del crecimiento?

El pronóstico apocalíptico formulado hace 200 años⁴¹ y otras advertencias más recientes⁴², en el sentido de que el crecimiento de la población urbana llegaría a exceder la capacidad de la tierra para producir alimentos, no se han plasmado en la realidad. El ingenio humano y las continuas mejoras de la tecnología agrícola han logrado que los suministros alimentarios mundiales aumentaran al menos con la misma velocidad que la población. Pero en momentos en que llega a su fin el siglo XX, los científicos aún están considerando la pregunta fundamental: ¿Hay límites medioambientales para el número de personas y la calidad de la vida que puede sostener el planeta?

Debido a que las condiciones naturales, la tecnología y las pautas de consumo y distribución están en constante proceso de cambio y dado que no hay un acuerdo universal en cuanto a la definición de la "capacidad de sustento", es poco pro-

GRÁFICO 6: Tendencias mundiales de la urbanización: Distribución regional, 1950-2030



Fuente: *World Urbanization Prospects (The 1996 Revision)*.

bable que se llegue alguna vez a contar con una respuesta definitiva. De los científicos que han reflexionado al respecto, la mayoría ha pronosticado que hay límites naturales, pero los límites propuestos abarcan una amplia gama, desde 4.000 millones hasta 16.000 millones de habitantes⁴³. Lo que ha de suceder cuando la población humana se vaya aproximando a esos límites, a escala mundial o local, dependerá de las opciones humanas, acerca de los estilos de vida, la protección del medio ambiente y la equidad.

Agua, tierra y alimentos

En África al sur del Sahara y en algunas partes del subcontinente de la India, que considerados en su conjunto tienen aproximadamente un tercio de la población mundial, van en aumento las tasas de mortalidad, situación a la que se debe un tercio de la disminución de las proyecciones de población a largo plazo⁴⁴. Las tasas de natalidad en esas zonas no han declinado tan rápidamente como en otros lugares y el agotamiento de los acuíferos y la decreciente proporción de tierras cultivables per cápita, son factores de importancia central en las proyecciones de tendencias demográficas y de los recursos.

Un tema motivo de urgente preocupación para muchos países cuya población está creciendo rápidamente es la disminución de la proporción de tierras cultivables por persona. Según las proyecciones, en Nigeria las tierras cultivables per cápita habrán disminuido hacia 2050 desde 0,15 hasta 0,07 hectárea por persona. En el Pakistán, la tierra cultivable por persona disminuirá desde 0,09 hasta 0,04 hectárea en el mismo período⁴⁵. Países que actualmente tienen 0,03 hectárea o menos de tierras cultivables per cápita, como el Japón y Corea del Sur, importan aproximada-

Es posible que en 2050, una persona de cada cuatro sufra escasez de agua

Según un estudio recientemente publicado por la organización *Population Action International*, es probable que hacia el año 2050 un cuarto de la población mundial viva en países que padecen escasez crónica o recurrente de agua dulce.

Según el estudio, ya hay más de 430 millones de personas — 8% de la población mundial — que residen en países afectados por estrés en el suministro de agua o franca escasez. Se prevé que hacia mediados del próximo siglo, esa situación se ha de cuadruplicar y ha de afectar a casi 2.000 millones de personas.

Ya hay una enconada puja entre distintos países acerca del agua para el riego y la generación de energía hidroeléctrica, muy especialmente en las cuencas de los ríos Tigris, Eufrates y Nilo. A lo largo del río Eufrates, la República Islámica del Iraq, Siria y Turquía compiten por una fuente primaria de agua. Esta competición empeorará si, según las proyecciones, sus poblaciones combinadas aumentan en un 50% durante los próximos 30 años.

Si bien actualmente el Oriente Medio y el África septentrional son las regiones más afectadas por la escasez de agua, en el próximo medio siglo los países de África al sur del Sahara estarán cada vez más afectados, puesto que sus poblaciones se han de duplicar y en algunos casos, triplicar. En varios países, ya hay un insuficiente abastecimiento de agua para satisfacer las necesidades de un creciente sector industrial. Dentro de los próximos diez años, según las proyecciones, Kenya, Marruecos, Rwanda, Somalia y Sudáfrica han de engrosar las filas de los países que padecen escasez de agua.

En el estudio se comprueba que, por otra parte, si el crecimiento de la población fuera más lento que lo que arrojan las proyecciones anteriores, se podría reducir la amenaza de escasez de agua y habría más tiempo para elaborar estrategias de conservación en la India, el Pakistán, Jordania, Sri Lanka y el Salvador.

Fuente: Population Action International. 1997. *Sustaining Water, Easing Scarcity: A Second Update*. Washington, D.C.

mente el 70% de sus cereales. Dado que la producción mundial de cereales per cápita ha quedado estancada durante más de un decenio y a que han ido disminuyendo las existencias de reservas cerealeras en todo el mundo, esas tendencias plantean cuestiones de importancia crítica acerca de sus efectos sobre el suministro internacional de alimentos, los mercados y la distribución.

En muchos países, tanto desarrollados como menos desarrollados, la demanda de agua ya supera el volumen del suministro sostenible⁴⁶. En la India, por ejemplo, el agua extraída, según se estima, tiene ahora un volumen igual al doble del necesario para la reposición del acuífero. En consecuencia, el nivel de la napa freática está descendiendo a razón de entre uno y tres metros por año⁴⁷. Según el *International Water Management Institute*, la futura escasez de agua de riego podría causar una merma del 25% en la producción de cereales en la India. Éste es un problema grave en un país cuya población llegó a 1.000 millones en 1999 y está creciendo a razón de 18 millones por año, y donde actualmente un 53% de todos los niños padecen desnutrición⁴⁸.

El aumento de la población ha reducido la superficie mundial de producción de cereales por

persona en un 50% a partir de 1950⁴⁹. Son muy escasas las tierras agrícolas viables que permanecen sin explotar y las tierras cultivables existentes siguen perdiéndose debido a la expansión industrial y la construcción de viviendas. Dado que la cantidad de tierras agrícolas no aumenta, es menester que mejoren los rendimientos de las cosechas de cereales para que se mantengan a la misma velocidad que el crecimiento de la población, el cual es actualmente del 1,3% anual, solamente para mantener el statu quo en lo concerniente a la producción de alimentos per cápita.

Las continuas mejoras de la tecnología agrícola y la productividad de los cultivos bien podría lograr mayores aumentos del rendimiento de los cultivos de cereales, pero lo probable es que dichos aumentos no se produzcan en la misma escala que los de la “revolución verde” ocurrida en los últimos decenios. Hay pruebas de que tal vez haya límites biológicos al rendimiento de los cultivos.

Cambio climático, degradación de los recursos naturales y diversidad biológica

El continuo crecimiento de la población afectará otras tendencias medioambientales, entre ellas las pesquerías en vías de desaparecer, los bosques cuya superficie es cada vez menor, las temperaturas que van en aumento y la pérdida global de especies de plantas y animales.

El calentamiento mundial es un tema colmado de incertidumbres, que está vinculado inextricablemente a cuestiones relativas a la población, entre ellas el consumo de combustibles, los trueques relativos al uso del suelo y los límites potenciales al suministro de alimentos y agua. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambios Climáticos, panel integrado por 2.500 científicos y patrocinado por las Naciones Unidas, ha preparado proyecciones según las cuales, si continuaran las actuales emisiones de gases de efecto invernadero, la temperatura media de la superficie mundial aumentaría el próximo siglo entre 1 y 3,5 grados centígrados⁵⁰. En “la mejor estimación” del Grupo se plantea la posibilidad de que el nivel del mar ascienda entre 15 y 95 centímetros hacia el año 2100. Entre los efectos ecológicos y humanos de la elevación del nivel del mar cabe mencionar el aumento de las inundaciones, la erosión de las zonas costeras, el aumento del tenor de sal de los acuíferos y las tierras de cultivo próximas a la costa y el desplazamiento de millones de personas.

También es probable que cambie el régimen de las precipitaciones pluviales, lo cual, sumado al aumento de las temperaturas medias, podría alterar en gran medida la productividad agrícola relativa de diferentes regiones.

Las emisiones de gases de efecto invernadero están directamente vinculadas a los incrementos de la población y al desarrollo. Si el aumento de la población fuera más lento, sería más fácil reducir las emisiones y se dispondría de más opciones para la adaptación al cambio climático.

Salud reproductiva y derechos reproductivos



Nigel Dickenson / Still Pictures

El enfoque de salud reproductiva

En la CIPD se reconoció que el derecho a la salud reproductiva y la salud sexual es parte de los derechos humanos. Entre los derechos humanos relacionados con la salud reproductiva figuran los siguientes:

Adopción de decisiones en cuestiones reproductivas sobre la base de la igualdad entre las mujeres y los hombres, incluidas las opciones voluntarias en el matrimonio y la determinación del número y el espaciamiento de los hijos y del momento de tenerlos;



Seguridad sexual y seguridad reproductiva, incluida la protección contra la violencia y la coacción sexual y el derecho a la vida privada.

Foto: Una madre y sus hijos en un tugurio del Brasil. Hay en todo el mundo millones de mujeres pobres que desean aplazar o evitar el embarazo, pero carecen de acceso a los servicios de planificación de la familia y a la información al respecto.

Cada año, 585.000 mujeres pierden la vida como resultado del embarazo.

El acceso universal a servicios de buena calidad es un medio primordial de lograr la salud reproductiva y una meta central del Programa de Acción de la CIPD. La necesidad es hoy tan apremiante como lo era en 1994:

Mortalidad derivada de la maternidad. Cada año, más de 585.000 mujeres pierden la vida como resultado del embarazo¹. Al menos 7 millones de mujeres padecen graves problemas de salud y unos 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto.

Aborto en malas condiciones. Cada año, se practican en países en desarrollo unos 20 millones de abortos en malas condiciones y pierden la vida unas 70.000 mujeres, el 13% de las defunciones derivadas de la maternidad².

Enfermedades de transmisión sexual. Cada año hay más de 130 millones de casos de enfermedades de transmisión sexual susceptibles de tratamiento; hay 33,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA y 5,8 millones de nuevos contagios, es decir, 11 por minuto.

Embarazos no deseados. De casi 175 millones de embarazos anuales, la mitad son o no deseados o inoportunos. Unos 150 millones de mujeres quieren esperar dos años hasta el siguiente alumbramiento o no quieren tener más hijos, y no están utilizando ningún método de planificación de la familia debido a falta de acceso a los anticonceptivos, carencia de información o falta de apoyo de sus familias y comunidades. Más de 150 millones de mujeres carecen de acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. De casi 130 millones de partos anuales, más de 60 millones no reciben asistencia de un profesional capacitado; de ellos, más del 98% se producen en las regiones menos adelantadas.

La **violencia por motivos de género** se cobra un enorme precio en materia de salud mental y física. Hay millones de mujeres que necesitan atención médica o sufren otros tipos de perjuicios a raíz de la violación, el incesto y la violencia do-

méstica; el miedo a la violencia impide el intercambio de ideas y constriñe las opciones en materia de salud y las oportunidades de vida de muchos millones de mujeres más. Más de la mitad de todas las mujeres padecerán en algún momento de su vida alguna de forma de violencia por motivos de género. Más de 2 millones de niñas y mujeres quedan involucradas cada año en la industria del sexo, a menudo como resultado de la coacción o de la desesperación. Hay 2 millones de niñas y jóvenes que corren riesgo de mutilación genital femenina cada año y, según se estima, 130 millones de mujeres ya la han padecido.

Salud reproductiva de los adolescentes. Las adolescentes corren un riesgo particular de sufrir trastornos de la salud reproductiva. Cada año, más de 14 millones de adolescentes dan a luz. De esos embarazos, una gran proporción son no deseados y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año, las adolescentes tratan de obtener 4,4 millones de abortos. Las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio en la infancia, seguido de expectativas de tener hijos cuanto antes, aumentan el riesgo de sufrir trastornos de la salud reproductiva.

En la mayoría de los países, la planificación de la familia sigue siendo el componente central de los servicios de salud reproductiva. Por otra parte, cinco años después de la CIPD, todos los países han adoptado medidas para dar acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva e información al respecto. Muchos países han adoptado la definición de salud reproductiva acordada en la CIPD y están avanzando hacia un enfoque centrado en el cliente. En algunos países, está adelantando con rapidez ese enfoque³.

Es menor el adelanto que se ha logrado en los programas integrados de salud reproductiva, debido a que las infraestructuras de servicios son débiles y a que se carece de recursos humanos y financieros⁴.

Componentes de la salud reproductiva

Los elementos clave de la salud reproductiva son:

- Satisfacer la necesidad de planificación de la familia;
- Velar por la salud de las madres y reducir la mortalidad de los menores de un año;
- Ofrecer prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
- Eliminar las prácticas tradicionales, como la mutilación genital femenina, que son nocivas para la salud reproductiva y el bienestar de la mujer.

Los países están incluyendo cada vez más otros elementos, como la prevención de la infertilidad y del cáncer de cuello de útero y de mama.

Planificación de la familia

Aun cuando entre 1990 y 1995 el uso de anticonceptivos en los países en desarrollo aumentó 1,2

RECUADRO 11

El derecho a la salud reproductiva

El principio 8 del Programa de Acción de la CIPD tiene el siguiente texto:

"Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción."

En el párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD se establece:

"[L]os 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 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."

puntos porcentuales por año⁵, aún quedan sin satisfacer las necesidades de entre 20% y 25% de las parejas. El más alto nivel de necesidades insatisfechas existe en África al sur del Sahara (29%) y el más bajo, en América Latina y el Caribe (18% y 20%). El acceso a servicios de planificación de la familia ha aumentado pronunciadamente en algunos países, incluidos Nepal y Bhután. En los países del Asia central, Kazajstán, Uzbekistán y Kirguistán, el 59% de las parejas casadas utilizan hoy métodos de planificación de la familia, en comparación con menos del 20% en 1990.

Muchos países han tratado de ampliar la gama de métodos anticonceptivos, de mejorar los servicios de información y asesoramiento para posibilitar la opción en materia de anticonceptivos, comprendiendo las circunstancias de la sexualidad del individuo, sus relaciones con su cónyuge y sociales y los problemas de género; y de proporcionar información y asesoramiento más completos y fidedignos sobre los efectos secundarios y la manera de atenderlos.

En estudios realizados en ocho países se comprobó que, si bien las mujeres y los hombres están convencidos de que al utilizar métodos de planificación de la familia y tener familias más pequeñas se obtienen beneficios económicos y de salud, hay muchas maneras en que los programas podrían mejorar⁶. En los estudios se comprobó, por ejemplo, que los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos son mayor problema para la mujer que lo que suponen los encargados de prestar servicios.

En todos los países, es posible mejorar la calidad de los servicios. Más concretamente, los asesores en materia de anticonceptivos deben tomar en consideración que las normas de género pueden ser una barrera tanto para las mujeres como para los hombres que quieren planificar sus familias. Particularmente cuando la planificación de la familia es una idea nueva, cuando las mujeres tienden a utilizar anticonceptivos de manera clandestina y cuando se interrumpe la utilización de los anticonceptivos debido a los efectos secundarios, es menester contar con redes de usuarios establecidos para ayudar a los nuevos usuarios. Los hombres y otros miembros influyentes de la familia deben ser educados para que ayuden a apoyar las opciones de las mujeres en materia de anticonceptivos.

La diversificación de los encargados de prestar servicios ha incrementado el acceso a los servicios de planificación de la familia en muchas partes del mundo. Por ejemplo, más de 16 millones de parejas en 55 países se beneficiaron con la comercialización social en 1997, en comparación con 14,4 millones en 1996, un aumento del 13%. En virtud de programas de comercialización social se vendieron 937 millones de condones en 1997, un incremento de más de 20% con respecto a 1996. Los grandes aumentos logrados en la India e Indonesia fueron consecuencia de programas de comercialización social. El aumento de las ventas de condones también indica su importancia para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

A partir de 1994 se dispone de dos nuevos métodos anticonceptivos: los productos que se inyectan una vez por mes y el condón femenino. El tiempo de expiración del condón femenino se ha ampliado de tres a cinco años, con lo cual se lo ha

puesto a disposición de mayor cantidad de mujeres en todo el mundo. La anticoncepción de emergencia, es decir, una dosis elevada de anticonceptivos orales administrados después de las relaciones sexuales para impedir un embarazo no deseado, también ha pasado a ser más accesible.

Por otra parte, los métodos de regulación de la fecundidad masculina siguen siendo gravemente inadecuados. Es necesario efectuar mayores inversiones en la investigación y el desarrollo de nuevos métodos masculinos, así como métodos de barrera controlados por la mujer, a fin de prevenir tanto el contagio de las enfermedades de transmisión sexual como el embarazo. El apoyo de los donantes con destino a los anticonceptivos ha aumentado en un 15% entre 1994 y 1996⁷.

Maternidad sin riesgos

La CIPD y otras conferencias de las Naciones Unidas han destacado que la mortalidad derivada de la maternidad es tanto un problema de desarrollo como una cuestión de derechos humanos. La meta de la CIPD es reducir a la mitad hacia el año 2000 los niveles de mortalidad derivada de la maternidad existentes en 1990 — esta meta no será alcanzada — y reducirlos nuevamente a la mitad hacia 2015 (en los países donde las tasas de mortalidad son más altas, reducirlas hasta menos de 60 por cada 100.000 nacidos vivos).

En 1997, una reunión organizada por el Grupo Interinstitucional sobre Maternidad sin Riesgos⁸ llegó a la conclusión de que impartir capacitación a las parteras tradicionales, ofrecer detección prenatal de las embarazadas de alto riesgo y ofrecer simples botiquines de parto no es

RECUADRO 12

El Japón aprueba el uso de anticonceptivos orales

Nueve años después de que un grupo de compañías farmacéuticas hubo solicitado al Ministerio de Salud y Bienestar Social del Japón autorización para comercializar una píldora anticonceptiva de baja dosis, en junio de 1999 el Consejo Central de Asuntos Farmacéuticos del Ministerio otorgó su aprobación. El Japón había sido el único Estado Miembro de las Naciones Unidas que proscribió los anticonceptivos orales.

Se prevé que la derogación de la prohibición ha de tener un papel de gran magnitud en cuanto a prevenir los embarazos no deseados. Actualmente, la forma más popular de planificación de la familia en el Japón es el condón y las mujeres tienen limitadas posibilidades de recurrir a métodos que puedan controlar plenamente. Una transición hacia métodos más eficaces también podría reducir el número de abortos que, según se informa, llega a 340.000 por año.

Una de las razones para que el Consejo Central de Asuntos Farmacéuticos fuera reacio a aprobar la píldora era su preocupación acerca de la posible reducción en el uso de condones y el mayor riesgo de contagio con enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. El Ministerio de Salud y Bienestar Social espera mantener en un mínimo los casos de enfermedades de transmisión sexual obligando a las mujeres a obtener una receta médica para adquirir las píldoras y preparando un manual para médicos y usuarios.

La aprobación de la píldora podría acelerar la tendencia hacia una más plena igualdad entre hombres y mujeres. En abril entró en vigor una ley más estricta sobre igualdad de oportunidades de empleo y se prevé que a fines de 1999 se promulgará una ley sobre igualdad de género.

Fuente: "Se aprobó la píldora", *Mainichi Shimbun*, 4 de junio de 1999.

suficiente. Es necesario contar con parteras dotadas de buenas aptitudes, especialmente en zonas rurales; con reglamentaciones para que dichas parteras realicen los procedimientos necesarios y presten atención en el posparto, además de contar con suministros y equipo suficientes, respaldados por el transporte en casos de emergencia, y con supervisión y vigilancia de los agentes de salud⁹.

Si bien el grado de progreso ha sido desalentador, algunos gobiernos han efectuado inversiones en la maternidad sin riesgos. Túnez, por ejemplo, comenzó su programa en 1990. Después de la CIPD, el Ministerio de Salud formuló una estrategia integral de salud reproductiva en que se incluían otros componentes, entre ellos detección de cáncer del aparato reproductor y prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Indonesia mejoró sustancialmente la cobertura de atención prenatal y del parto, después de que el Gobierno formuló un programa para capacitar a más de 54.000 parteras de la comunidad.

Se ha capacitado a parteras en Ghana, Uganda, Nigeria y Viet Nam, para salvar las vidas de las embarazadas y sus hijos, utilizando un conjunto de materiales didácticos preparados por el *American College of Nurse-Midwives*, que abarca la evaluación de los riesgos, la resolución de problemas y la gestión clínica necesaria para salvar vidas durante emergencias obstétricas. El Ministerio de Salud de Uganda inició un proyecto piloto a fin de establecer un sistema sostenible de remisión de las pacientes a establecimientos de mayor capacidad, en que se incluían el fortalecimiento de los establecimientos de remisión, de la comunicación y del transporte. Como resultado, las remisiones obstétricas y las operaciones cesáreas se triplicaron entre 1995 y 1996.

Para mejorar la salud de las madres es preciso contar con mejores servicios de salud, sistemas logísticos y capacitación, a fin de asegurar una atención apropiada y eficaz. Otro reto es cómo superar las barreras sociales al acceso, incluida la mejor comprensión por los hombres de sus papeles y responsabilidades en lo concerniente a la salud de la mujer. Esta cuestión puede revestir importancia crítica: en una reciente encuesta realizada en Nepal, por ejemplo, se comprobó que la decisión de solicitar atención para mujeres embarazadas o en el posparto a menudo era adoptada por los esposos, o a falta de ellos, por las suegras; las propias mujeres nunca participaban en la decisión¹⁰.

Prevención y tratamiento del aborto en malas condiciones

Los países, en su mayoría, están fortaleciendo la prevención de embarazos no deseados y algunos están tratando sistemáticamente de reducir los efectos del aborto en malas condiciones, que sigue siendo un importante problema de salud pública.

Otorgar permiso para tener acceso legal al aborto es un tema que debe ser objeto de una decisión del país; según la División de Población de las Naciones Unidas, de los 193 países del mundo, 189 permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, 120 lo permiten para preservar la salud física de la mujer, 122 para preservar su salud mental, 83 en casos de violación o incesto, 76 en casos de daño al feto, 63 por razones económicas o sociales, y 52 a petición de la interesada¹¹. A partir

de 1985, al menos 19 países han promulgado nuevas leyes sobre el aborto o han modificado las leyes existentes para ampliar el acceso de las mujeres y sus posibilidades de opción¹².

Los estudios y la experiencia de los programas indican que la mejor manera de reducir el aborto es prevenir el embarazo no deseado, haciendo más accesibles los servicios de planificación de la familia. Por ejemplo, en tres repúblicas del Asia central, Kazajistán, Uzbekistán y Kirguistán, la mejor disponibilidad de servicios e información ha conducido al aumento del uso de anticonceptivos modernos entre un 30% y un 50% después de 1990, y las tasas de aborto han disminuido hasta en la mitad¹³.

Varios países (entre ellos, Kenya, la República Unida de Tanzania, Uganda, Etiopía, Ghana, Zambia, Nigeria, Malawi, Sudáfrica, Zimbabwe, México, el Brasil, el Perú, el Paraguay, Chile, Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador) cuentan con disposiciones para reducir los efectos de los abortos en malas condiciones sobre la salud ofreciendo atención médica posterior al aborto. Algunos países están capacitando a las parteras y a otros encargados de prestar servicios a fin de que ofrezcan atención posterior al aborto, incluidos vínculos con servicios de planificación de la familia, a fin de prevenir la repetición del aborto.

En Ghana, un estudio indicó que las parteras en establecimiento de salud a nivel primario y secundario podrían ofrecer eficaces servicios posteriores al aborto. El estudio demostró mejora en la remisión de pacientes a hospitales de zona, mejor educación comunitaria acerca del aborto en malas condiciones y mayor prestigio de la posición de esas parteras en sus comunidades.

El VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

El VIH/SIDA es un problema de salud pública aun más grave que el previsto cuando se celebró la CIPD, particularmente en África al sur del Sahara, donde hay 20,8 millones, o cerca del 70% de todas las personas que se han contagiado con el VIH (véase el recuadro en el capítulo 2 sobre los efectos demográficos del VIH/SIDA).

Pese a esas cantidades, muchos países aún no reconocen que el VIH es una grave amenaza a la salud pública. Además, cada año hay aproximadamente 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual, pero muchos países carecen de capacidad para diagnosticarlas y ofrecer tratamiento. Al tener una enfermedad de transmisión sexual que no recibe tratamiento, se multiplica por diez el riesgo de contagio con el VIH.

En 1996, comenzó sus operaciones el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), con la misión de conducir, fortalecer y apoyar una respuesta amplia a fin de prevenir la propagación del VIH, ofrecer atención y apoyo y reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades al contagio con el VIH/SIDA. El programa UNAIDS colabora plenamente con los organismos de las Naciones Unidas que lo copatrocinan, entre ellos el FNUAP. A partir de enero de 1996 se han establecido grupos temáticos del programa UNAIDS en la mayoría de los países, a fin de aumentar la eficacia de las acciones de las Naciones Unidas y coordinarlas con programas nacionales de lucha contra el SIDA.

La mejor manera de reducir la incidencia del aborto es prevenir los embarazos no deseados proporcionando mayor acceso a la planificación de la familia.

El Programa de Acción de la CIPD y el aborto en malas condiciones

En el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD se estipula:

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos."

Durante el examen efectuado por la Asamblea General, al cabo de cinco años, de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, la Asamblea también convino en que, cuando el aborto no infringe la ley, los sistemas de salud deberían capacitar y equipar a los encargados de los servicios de salud y deberían adoptar otras medidas para velar por que el aborto sea accesible y se realice en condiciones de seguridad.

Fuente: Naciones Unidas. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly (A/S-21/5/Add.1).*

Asimismo, las ONG son miembros de los grupos temáticos o de los grupos de trabajo técnico en el Brasil, Camboya, Chile, Indonesia, Jordania, la República Democrática del Congo, Swazilandia y Viet Nam, entre otros países.

Los programas de salud reproductiva pueden reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, por los siguientes medios: ofrecer información y asesoramiento sobre cuestiones de importancia crítica como la sexualidad, los papeles de género, los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres y la transmisión del VIH de la madre al hijo; distribuir condones femeninos y masculinos; diagnosticar y ofrecer tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual; formular estrategias para encontrar a quienes han tenido contacto con las personas contagiadas con el VIH y remitirlos para que reciban servicios de mayor nivel.

Aun cuando los agentes de salud por lo general no reciben suficiente capacitación y apoyo para proporcionar servicios relativos a las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA e información al respecto, en estudios de los casos de cuatro países del África oriental y meridional (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Uganda y Zambia) se comprobó que los encargados de prestar servicios estaban dispuestos a conversar con los clientes acerca de la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual y podían comprender la necesidad de detectar a las personas en riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual¹⁵.

Según un examen realizado en 1997 acerca de los efectos de la educación preventiva sobre el comportamiento sexual de los jóvenes, la educación sexual de buena calidad ayuda a los adolescentes a aplazar el comienzo de las relaciones sexuales e incrementar las prácticas sexuales en condiciones de seguridad¹⁶. Después de la CIPD, se ha ofrecido apoyo en 64 países a la integración de módulos de prevención del VIH/SIDA en programas de educación escolar y extraescolar.

En Swazilandia, se inició en 1990 el Programa de educación sobre el VIH/SIDA y la población en las escuelas (SHAPE), a fin de prevenir la propagación del VIH/SIDA y reducir la incidencia del embarazo entre las adolescentes de entre 14 y 19 años de edad. En 1997, como resultado de la CIPD, el programa también se introdujo en las escuelas primarias y ha mejorado los conocimientos y las actitudes, más que el comportamiento¹⁷.

Actualmente, hay 27 millones de personas que no saben que tienen reacción serológica positiva al VIH, lo cual pone de manifiesto la necesidad de contar con métodos simples para el diagnóstico. Varios países ya han introducido el condón femenino, único método de barrera controlado por la mujer que puede proteger contra el VIH, y esto fue resultado de la demanda organizada por grupos de mujeres y del reconocimiento de la importancia del control de la mujer en esta cuestión.

En un estudio realizado en Tailandia se comprobó que un tratamiento durante un mes con un medicamento contra los retrovirus reducía efectivamente a la mitad el riesgo de contagio con el VIH en hijos no amamantados de mujeres infectadas. El programa UNAIDS, el FNUAP, el UNICEF y la OMS comenzaron a ofrecer en 1998 detección y asesoramiento voluntarios y confi-

denciales sobre el VIH a las embarazadas en 11 países piloto. A las mujeres que están infectadas, se les ofrecen medicamentos contra los retrovirus, mejor atención del parto, métodos sin riesgo para alimentar a sus hijos y asesoramiento posnatal, además de métodos de planificación de la familia¹⁸.

Mutilación genital femenina

En la CIPD se exhortó poner fin a la mutilación genital femenina, que consiste en la ablación parcial o total de los órganos genitales femeninos externos, una práctica que tiene graves consecuencias sanitarias y psicológicas. Se estima que hay en todo el mundo 130 millones de niñas y mujeres que han sido objeto de alguna forma de mutilación genital femenina y cada año, se considera que hay 2 millones en situación de riesgo. La mayoría de ellas residen en 28 países de África y la península árabe. Cada año, miles pierden la vida, debido a infecciones y hemorragias o en el parto.

El Programa de Acción exhortó a los gobiernos a prohibir la mutilación genital femenina dondequiera que ésta exista y a apoyar vigorosamente los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las instituciones religiosas para eliminar dichas prácticas¹⁹.

En los últimos años, se han robustecido las acciones para poner fin a la mutilación genital femenina, en gran medida como resultado de las acciones de ONG, como las filiales nacionales del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales.

Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH en Uganda

En África, el VIH/SIDA no sólo es una tragedia personal y familiar, sino también un grave reto al desarrollo social y económico. En Uganda, la epidemia ha suscitado una respuesta nacional sin precedentes. Se estima que de una población total de 21 millones de personas, hay 1,5 millón que se han contagiado y 1 millón de niños que han quedado huérfanos debido al SIDA. Las familias, la fuerza laboral y el liderazgo de la sociedad dependen del grupo más afectado (de 15 a 50 años de edad).

El Gobierno se percató muy pronto de los devastadores efectos que tiene el SIDA sobre el desarrollo y del papel fundamental de las enfermedades de transmisión sexual en la propagación del SIDA. El programa nacional comenzó a fines del decenio de 1980, con el apoyo financiero de los principales donantes, entre ellos el FNUAP. Abarca varios ministerios gubernamentales que realizan campañas de información, investigaciones, detección voluntaria y asesoramiento, provisión de sangre no contaminada para transfusiones, programas de salud en las escuelas, atención en el hogar de las personas que viven con el SIDA y una campaña nacional para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

En el programa de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el contagio con el VIH se hace hincapié en la difusión entre grupos que carecen de servicios, especialmente los jóvenes, y se involucra a los progenitores y a la comunidad. La Comisión Ugandesa contra el SIDA, que coordina las políticas y los programas en todo el país, está integrada por parlamentarios, funcionarios gubernamentales y líderes religiosos.

Esas acciones están produciendo resultados. Casi toda la población de adultos tiene ahora conciencia de los peligros del VIH y, en algunas partes del país, las tasas de infección entre las mujeres que solicitan atención prenatal han disminuido en un tercio o más. La campaña ha conducido a un mayor grado de apertura para hablar de los problemas de salud sexual y ha intensificado el compromiso del Gobierno en cuanto a ofrecer servicios de salud reproductiva a todos los segmentos de la población. Actualmente, se están estabilizando las tasas de prevalencia del VIH entre los jóvenes.

Fuente: L. Ashford y C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau

A comienzos de 1999, el Senegal se sumó a Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinea, la República Centroafricana, la República Unida de Tanzania y el Togo en la prohibición de la práctica. Leyes similares han sido propuestas en Benin, Nigeria y Uganda²⁰. En Egipto, la Corte Suprema convalidó en 1997 un decreto ministerial por el que se prohíbe la mutilación genital femenina realizada por médicos, así como una ley de 1959 en que se establecía que la mutilación genital femenina es un delito.

La práctica de la mutilación genital femenina está profundamente enraizada en las tradiciones culturales y para eliminarla será menester persistir en los esfuerzos. Algunas mujeres de mayor edad insisten en que sus hijas o nietas sean mutiladas para que puedan casarse. Ésta es una percepción que comparten con algunas mujeres más jóvenes, quienes temen el rechazo social si no se someten al procedimiento.

Se han iniciado varios proyectos con sensibilidad cultural para demostrar que es posible cambiar las prácticas tradicionales nocivas sin comprometer los valores sociales. En Uganda, el Programa de Salud Reproductiva y Educación de la Comunidad (REACH) ha reemplazado los rituales de mutilación genital femenina con intercambio de regalos y celebraciones públicas de la llegada de las niñas a la adultez. La campaña, co-

menzada en 1995, redujo la mutilación genital femenina en el distrito de Kapchorwa en un 36% en 1996. Ese proyecto, con el apoyo del FNUAP, involucra a la comunidad en todos los planos, especialmente a los ancianos locales. A quienes practican la mutilación genital femenina se les imparte capacitación como parteras tradicionales.

En forma similar, la organización keniana de mujeres *Maendeleo ya Wanawake* alienta rituales de acceso a la adultez que reemplazan la mutilación genital femenina y hacen hincapié en las tradiciones culturales positivas de la comunidad. Se ayuda a quienes solían practicar la mutilación genital femenina a encontrar otros medios de vida.

En el Senegal y Egipto, las campañas emprendidas por activistas sobre derechos de la mujer han propiciado con éxito cambios en las leyes y las prácticas relativas a la mutilación genital femenina. El equipo de tareas al respecto en Egipto, integrado por activistas, investigadores, médicos y feministas, desempeñó un papel fundamental para ampliar el debate sobre ese tema delicado y difícil y crear el clima para la prohibición política de la práctica. En Malí y Nigeria están surgiendo coaliciones entre el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales a fin de combatir la mutilación genital femenina y la violencia contra la mujer²¹.

Prestación de servicios de salud reproductiva

Cambios de política después de la CIPD

Para poder alcanzar la meta de la CIPD de contar con acceso universal a los servicios de salud reproductiva es indispensable introducir cambios en las políticas y hay más de 40 países que han adoptado medidas al respecto después de la CIPD. Algunos han formulado políticas integrales de salud reproductiva, mientras que otros sólo han considerado determinados aspectos. Las respuestas a una amplia gama de intereses y el enfoque multisectorial han sido las características de la formulación de políticas eficaces.

La India ha reemplazado las políticas que había adoptado durante varios decenios respecto de la planificación de la familia, que se basaban en la fijación de metas, y aplica ahora un enfoque centrado en el cliente que responde a las necesidades de los individuos en materia de salud reproductiva, ofreciendo una gama de servicios, entre ellos una mayor opción entre diferentes métodos anticonceptivos. Este cambio en las políticas comenzó antes de la CIPD y fue resultado de un esfuerzo sostenido de promotores de salud de la mujer y otros interesados que propugnaban el cambio.

En Bangladesh, un consorcio integrado por representantes del Gobierno, de donantes y de ONG formuló en 1997 la Estrategia Sectorial de Salud y Población, en la cual se afirman los principios de la CIPD. Zambia también involucró a los distritos de salud locales, las ONG, los organismos donantes y las instituciones privadas en la formulación de su nueva política nacional de salud reproductiva. En el amplio proceso de evaluación de las necesidades realizado en Zambia se consideraron las cuestiones de género, incluida la participación masculina, así como la asignación

de recursos para las políticas. En Sudáfrica, las ONG aportaron un apoyo fundamental a los gobiernos provinciales en la formulación de una política de salud para la mujer.

El Brasil había formulado una política integral de salud de la mujer 10 años antes de celebrarse la CIPD, pero el adelanto hacia la integración de la salud reproductiva en el sistema unificado de salud se aceleró después de la Conferencia de El Cairo. En 1997, el Congreso aprobó la Ley Nacional de Planificación de la Familia, en virtud de la cual se aceptaron todos los métodos anticonceptivos temporales y se reconoció la esterilización voluntaria como procedimiento estándar.

En China, se está introduciendo en 32 condados de todo el país un programa apoyado por el FNUAP en que se utiliza un enfoque centrado en el cliente, de conformidad con lo recomendado por la CIPD. Si se aplica con éxito, se lo ampliará para llevarlo a otras zonas del país²².

Además de las amplias políticas nacionales, países como Ghana y Nepal han formulado políticas operacionales que orientan la aplicación del enfoque de salud reproductiva en el plano de la prestación de los servicios. Muchos países están derogando reglamentaciones y políticas que limitan el acceso a los servicios de planificación de la familia, por ejemplo, el requisito de contar con la autorización del esposo, el estado civil y los límites de edad. No obstante, hacia 1997 aún había 14 países que estipulaban la necesidad de la autorización del esposo para que las mujeres recibieran servicios anticonceptivos y había otros 60 países que requerían la autorización del esposo para utilizar métodos anticonceptivos permanentes²³.

Se ha logrado un menor adelanto en la reorientación de las políticas para abordar cuestiones de género. En algunas políticas se reconoce la necesidad de mejorar la condición de la mujer, pero en pocas se abordan concretamente las cuestiones de género y las relaciones de poder que afectan las decisiones en cuestiones reproductivas.

Reforma y descentralización del sector de salud

Con frecuencia se aborda la salud reproductiva al mismo tiempo que las reformas de todo el sector de salud, y muchos países están descentralizando las facultades para conducir los servicios de salud desde los ministerios centrales hacia los gobiernos locales. Como parte de la reforma del sector de salud, los países, en su mayoría, están definiendo esferas prioritarias para la inversión y efectuando difíciles opciones acerca de la asignación de escasos recursos humanos, financieros e institucionales.

La reforma y la descentralización del sector de salud no garantizan que se incluya la salud reproductiva; a veces, ocurre lo contrario²⁴. Pero, en general, se espera que el proceso logre una mayor eficacia en función de los costos y conduzca a una mayor satisfacción del consumidor, lo cual, a su vez, probablemente ha de redundar en una más efectiva utilización de la información y los servicios.

Los países como la India, Bangladesh, Filipinas, México, Sudáfrica y Zambia, que han adoptado el enfoque de un conjunto de servicios esenciales como parte de su reforma del sector de salud, en general han incluido la salud reproductiva. Por ejemplo, el conjunto de servicios esen-

ciales en Bangladesh abarca: salud materna (atención prenatal, del parto y posnatal, regulación de la menstruación y atención de las complicaciones posteriores al aborto); planificación de la familia, salud de los adolescentes y prevención y lucha contra las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA; y salud infantil.

Con frecuencia, a raíz la descentralización se han asignado mayores responsabilidades a las autoridades locales sin que se proporcionen recursos suficientes²⁵. Algunos gobiernos locales han comenzado a cobrar derechos incluso por servicios básicos, lo cual ha redundado en que los pobres, en especial las mujeres y los niños, se vean privados de la atención de la salud. Es importante que la reforma y la descentralización no dejen de lado el compromiso asumido en la CIPD de mejorar la atención de la salud reproductiva.

RECUADRO 15

Un grupo que promueve la alfabetización estimula la lucha contra la mutilación genital femenina en el Senegal

A partir de 1997, docenas de comunidades senegalesas han puesto fin a la mutilación genital femenina y han comenzado a ejercer presión sobre otras para que hagan lo propio. Sus acciones contribuyeron a estimular al Presidente y al Parlamento del país para que se prohibiera la práctica en enero de 1999.

El activismo de las comunidades de base dimanó de las acciones de una organización no gubernamental, *Tostan* ("Adelanto importante"). El grupo se constituyó hace 11 años con carácter de programa de alfabetización y capacitación práctica en beneficio de la mujer, y se estructuró en torno a debates en el grupo. Con financiación del UNICEF, contrató a aldeanos para que impartieran clases y publicó cuadernos de ejercicios en los idiomas locales.

En lugar de enfrentar directamente cuestiones como la mutilación genital femenina, *Tostan* esperó varios meses antes de sacar a relucir el tema de la salud de la mujer. Incluso en aquel momento, según informa Molly Melching, fundadora y directora del grupo, "nunca hemos hablado de la sexualidad; sólo hemos hablado de la salud y los derechos". Los aldeanos dicen que, tras varios meses de hablar de las infecciones, el parto y los padecimientos sexuales, inevitablemente se vieron conducidos a cuestionar la mutilación genital femenina. Una mujer dijo: "*Tostan* nos enseñó que está bien hablar de lo que nos preocupa".

Han participado en las acciones tanto los hombres como las mujeres. "Es difícil admitir que lo que tanto nosotros como a nuestros antepasados habíamos considerado correcto durante toda la vida, en realidad está mal", dijo uno de los ancianos que participaron en los intercambios de ideas.

La Sra. Melching opina que si se convierte a la mutilación genital femenina en un problema político o se declara que es un acto de barbarie, no se convence a muchas personas. Dijo: "Estas mujeres realmente aman a sus hijos". Si bien *Tostan* hace hincapié en la conculcación de los derechos humanos, lo que todos comprenden son los riesgos para la salud. La Sra. Melching teme que al configurar como delincuentes a quienes siguen practicando la mutilación genital femenina, "la práctica podría pasar a ser clandestina".

Al lograr que aldeas enteras se adhieran al plan de eliminar la mutilación genital femenina, el enfoque de *Tostan* asegura que nadie sea estigmatizado. El movimiento ha cobrado impulso a medida que las noticias sobre la decisión de los aldeanos se difunde por todo el país.

Una mujer que perdió su ocupación como encargada de practicar circuncisiones fue persuadida de que abandonara la práctica después de muchos meses de conversación. Dijo: "Cuando me enteré de que esta práctica puede causar esterilidad e infecciones, ya no quise ser la causa de todo eso".

Fuente: Vivienne Walt, 11 de junio de 1998. "Circumcising a Ritual", *Los Angeles Times* — *Washington Post News Service*.

Muchos países están ensayando maneras de integrar los servicios de salud reproductiva.

Integración y ampliación de los programas de salud reproductiva

Los países, en su mayoría, están en un punto crítico del proceso de establecer programas integrados e integrales de salud reproductiva. Sería contraproducente crear expectativas en los posibles clientes sin ofrecer los servicios, pero hay problemas relativos tanto al proceso como a los recursos y hay pocos modelos que puedan imitarse.

Muchos países están ensayando maneras de integrar los servicios de salud reproductiva, entre ellos Bangladesh, el Brasil, Camboya, Egipto, Filipinas, Ghana, la India, Jamaica, México, el Perú, el Senegal, Sudáfrica, Tailandia, Túnez, Uganda, Viet Nam y Zambia. La integración de la planificación de la familia y la salud materno-infantil en un único ámbito institucional ha sido el cambio más frecuente: por ejemplo, Egipto ha centralizado los servicios de salud reproductiva en el recientemente establecido Ministerio de Salud y Población. Algunos países han vinculado los componentes de salud reproductiva mediante remisiones a establecimientos de mayor capacidad, en particular entre servicios de planificación de la familia, salud materno-infantil y atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Muchos países de África al sur del Sahara han comenzado a integrar los servicios de atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA en sus clínicas de salud materno-infantil y planificación de la familia, como la manera menos costosa de llegar a la cantidad más grande posible de mujeres que tienen actividad sexual y a sus compañeros. No obstante, en los análisis realizados en

Botswana, Ghana, Kenya, Zambia y Zimbabwe poco después de la integración de los servicios se comprobó que casi ningún cliente de planificación de la familia recibió diagnóstico o tratamiento para enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA. Entre los aspectos positivos, el análisis indicó que sería viable al menos proporcionar información acerca de los síntomas, los modos de transmisión y los comportamientos para protegerse²⁶.

La integración de las estructuras institucionales y administrativas constituye un problema particular. En muchos países, particularmente en Asia, durante muchos años se han administrado por separado los servicios de planificación de la familia y de salud, a un costo considerable, y los cambios después de la CIPD han sido nominales, debido a la inercia burocrática y a las diferencias en los regímenes de programación, capacitación y evaluación. Muchos países han logrado mayores progresos en la integración en el plano de la prestación de los servicios. Muchos ya contaban con servicios integrados de planificación de la familia y salud materno-infantil y después de la CIPD los han integrado más, tanto entre sí como con los de prevención, detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Por ejemplo, es posible que los servicios sean ofrecidos en el mismo edificio por diferentes encargados, o por el mismo personal, pero en días diferentes.

Algunos países, entre ellos Bangladesh, proporcionan el conjunto de servicios esenciales en un mismo lugar. Otros, como la India, remiten los clientes a establecimientos de más alto nivel, por ejemplo, de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual o atención obstétrica de emergencia.

La capacitación adicional puede ampliar el alcance de los servicios ofrecidos en establecimientos existentes, sin una integración oficial: en países como Mozambique y Burkina Faso se agregó la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a los servicios de planificación de la familia. Muchos otros países africanos están vinculando los programas de planificación de la familia y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, en un sistema de remisión mutua de pacientes.

Provisión de servicios de salud reproductiva por las ONG

En algunos países, las organizaciones no gubernamentales, en especial las asociaciones miembros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y las organizaciones de mujeres tienen más flexibilidad que los servicios gubernamentales para rediseñar los programas y capacitar al personal. Las ONG pueden trabajar más fácilmente que las organizaciones gubernamentales en cuestiones especialmente delicadas, como las relativas a los adolescentes y la violencia por motivos de género. En países como Bangladesh, Colombia, Jamaica, México y el Perú, las ONG han asumido el liderazgo en la ampliación de los servicios de salud reproductiva y, en particular, los servicios de planificación de la familia en el contexto de la salud reproductiva y servicios a los hombres y a los adolescentes.

En Zambia, las ONG apoyan plenamente el proceso de reforma del sector de salud y el

RECUADRO 16

Reforma del sector de salud

En muchos países, los servicios de salud se han deteriorado debido a las deficiencias en la gestión, la organización y el mantenimiento de la infraestructura, mientras que la concentración de recursos en los grandes hospitales de los centros urbanos ha privado de recursos a los establecimientos de distrito y de nivel primario. Entre las reformas del sector de salud figuran la gestión descentralizada, la innovación en la financiación, la limitación de los gastos y la reorganización de la prestación de los servicios. Ahora se hace hincapié en la atención primaria de la salud y los servicios preventivos, incluidos los de salud reproductiva.

Se pide a los administradores de servicios de salud que apliquen el enfoque de salud reproductiva y la reforma global del sector de salud al mismo tiempo. Ambos aspectos son potencialmente complementarios y se refuerzan mutuamente; en verdad, la eficacia de los servicios de salud reproductiva posibilita una excelente medición de cómo está funcionando todo el sistema de salud. No obstante, hay posibles esferas de conflicto en el diseño y la aplicación, dimanados de la manera en que los servicios se prestaban antes de la reforma y la manera en que se administra la transición.

La financiación y administración de los servicios de salud reproductiva es uno de los principales retos en la reforma. Los administradores de una determinada esfera programática, como la planificación de la familia, la inmunización o la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, consideran que la salud reproductiva los incentiva para que integren sus servicios con los demás componentes del conjunto de servicios. Por otra parte, cuando los encargados de reformar el sector de salud responden a la exhortación a emplear el enfoque de salud reproductiva, en algunos casos tal vez consideren que los servicios integrados de salud reproductiva son otro programa "vertical".

Fuente: T. Merrick, 1999. "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities." Trabajo en curso de preparación.

Integración en el plano de la prestación de servicios en Uganda

En Uganda, actualmente los centros de salud ofrecen planificación de la familia, atención prenatal y posnatal, asesoramiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, educación sobre nutrición y servicios de inmunización infantil todos los días, en lugar de ofrecer servicios diferentes en días determinados. Las enfermeras consideran que la integración tiene aspectos positivos y negativos: el volumen de su trabajo ha aumentado sin un aumento correlativo de su remuneración, pero la integración ahorra tiempo para ellas y sus clientes y el aumento de sus responsabilidades ha mejorado la condición de las enfermeras.

La integración se ha efectuado más rápidamente en los centros de salud que en los hospitales, aun cuando estos últimos ofrecen una gama más amplia de servicios. Los informes indican que ha aumentado el número de clientes que están utilizando servicios de planificación de la familia y de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ambos, anteriormente estigmatizados en algunas comunidades), ahora que dichos servicios son parte de un conjunto más amplio. La integración de los servicios de salud reproductiva en los centros de atención primaria de la salud ha facilitado la vida de algunas mujeres. Una embarazada dijo: "Ahora es mucho mejor acudir a este servicio debido a que ofrece tratamiento para todo, todos los días... así se ahorra dinero".

Fuente: L. Ashford y C. Makinson, 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Gobierno reconoce que las ONG son importantes aliadas dentro del sector de salud. Las ONG pueden impulsar el programa de salud reproductiva, ser innovadoras y creativas, asumir riesgos y ensayar modelos de prestación integrada de los servicios que el sector público puede duplicar a mayor escala. Los donantes y las organizaciones de asistencia técnica que se sienten constreñidos por los requisitos del sector público pueden promover sus ideas ante las ONG²⁷.

En Sri Lanka hay una tradición de organizaciones de base comunitaria que participan en el desarrollo y las ONG están vinculadas por conducto de una Secretaría. Las cuatro principales ONG de planificación de la familia, incluida la Asociación de Planificación de la Familia de Sri Lanka, son consideradas pioneras y siguen trabajando en planificación de la familia, educación sobre salud reproductiva, promoción y prestación de servicios. El FNUAP está sufragando las actividades de esas ONG para que cumplan funciones de englobamiento de otras más pequeñas, con base comunitaria, que ofrecen educación e información sobre planificación de la familia. El FNUAP también está financiando otras cuatro ONG a fin de vincular la salud reproductiva con otras cuestiones de desarrollo y hacer llegar la información a nuevos grupos destinatarios²⁸.

Con frecuencia, los servicios de las ONG pueden tener menor eficacia en función de los costos que los prestados por programas gubernamentales. El costo por persona atendida a veces es superior, debido a los gastos generales, el desarrollo de la capacidad, las deseconomías de escala y la pequeña magnitud de las zonas de influencia. No obstante, después de la CIPD las ONG han desempeñado un papel cada vez más importante en la puesta en práctica del Programa de Acción.

En un reciente estudio, que abarcó ocho países, relativo a la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, se mencionó reiteradamente que las ONG logran mejores resultados que los gobiernos en servicios de salud reproductiva. Los encuestados en Bangladesh, la India, Jamaica, Nepal, Jordania, Ghana, el Perú y el Senegal señalaron que las burocracias compactas de las ONG les dan flexibilidad para ampliar los servicios²⁹.

Las ONG han asumido el liderazgo en la capacitación de los encargados de prestar servicios centrados en el cliente. Por ejemplo, la Asociación de Planificación de la Familia de Jamaica, FAMPLAN, participó en un proyecto de integración de los servicios de planificación de la familia con los relativos a las enfermedades de transmisión sexual. El proyecto, que abarcó la capacitación para ayudar a los encargados a superar sus prejuicios contra los clientes que acudían por enfermedades de transmisión sexual, logró incrementar el uso de condones sin prolongar el tiempo que los encargados pasaban con los clientes.

También se ha atribuido a las ONG el mérito de estar cerca de las comunidades. En el Perú, las ONG de nivel comunitario que atienden a mujeres tienen una comprensión mejor que las instituciones gubernamentales de las necesidades de la mujer en materia de salud reproductiva. Esas ONG colaboran con el personal de salud a fin de que las mujeres sean remitidas a los establecimientos apropiados.

En la mayoría de los países, las ONG no ofrecen servicios en una escala comparable a la de los organismos del sector público; en verdad, su tamaño probablemente es una ventaja, pues les da flexibilidad para cambiar los servicios. En el Senegal, las ONG de gran magnitud ofrecen una pequeña proporción de los servicios de planificación de la familia y salud reproductiva, pero los encuestados afirmaron que esas ONG fijan normas de calidad y contribuyen con conocimientos técnicos especializados al programa. Las ONG de menor magnitud también son un factor significativo en las comunidades, particularmente cuando se ocupan del SIDA y la mutilación genital femenina. Las organizaciones comunitarias de mujeres imparten educación sobre salud reproductiva, una tarea para la cual con frecuencia carecen de tiempo los agentes de salud del sector público.

No obstante, por el momento las ONG carecen de los recursos necesarios para ofrecer todos los componentes de los servicios de salud reproductiva. En la mayoría de los países, el aumento de los recursos encauzados hacia las ONG representaría una buena inversión. No obstante, si se esperara de las ONG que aumentaran su escala para servir a la misma cantidad de clientes y en las mismas ubicaciones geográficas que los organismos del sector público, tal vez perderían su capacidad de ofrecer una programación flexible e innovadora.

Mayor acceso a servicios de buena calidad

La calidad de los servicios de salud reproductiva reviste importancia crítica para determinar si satisfacen las expectativas de los clientes y si éstos los utilizan o no. Los componentes de la calidad de los servicios están bien establecidos. Los clientes necesitan escoger entre distintos métodos anticonceptivos, recibir información fidedigna y com-

Los clientes quieren ser tratados con respeto, y recibir información fidedigna y servicios convenientes, rápidos y fiables.

pleta, así como asistencia técnicamente competente, tener una buena interacción con los encargados y disponer de continuidad en la atención y de una constelación de servicios conexos³⁰. Esos elementos se aplican por igual a los demás componentes de la atención de la salud reproductiva.

Si se les ofrece la opción, los clientes utilizarán los establecimientos y los agentes de salud que ofrecen mejor atención. En estudios realizados en todo el mundo³¹ se sugiere que los clientes aspiran a:

- **Respeto**, actitud amistosa, cortesía, y preservación del carácter confidencial y privado.
- **Comprensión** por parte de los encargados de prestar servicios acerca de la situación y las necesidades de cada cliente.
- **Información completa y fidedigna**; los clientes aspiran a contar con datos completos, particularmente acerca de los efectos secundarios de los anticonceptivos.
- **Competencia técnica**. Los clientes juzgan las condiciones de higiene de las clínicas, el carácter integral de los exámenes y los tipos de medicamentos que se les ofrecen y, en última instancia, si se responde a sus necesidades o se resuelven sus problemas.
- **Acceso y continuidad de la atención y los suministros**. Los clientes quieren tener servicios y suministros cómodos, rápidos y fiables. El acceso también entraña que los servicios sean fiables, costeables y sin barreras.
- **Equidad**. Los clientes quieren que los encargados de prestar servicios ofrezcan información y servicios a todos, independientemente de su clase social o su grupo étnico.
- **Resultados**. Los clientes quedan frustrados cuando se les pide que esperen o que regresen otro día, o cuando se hace caso omiso de sus quejas o se las considera poco importantes.

Los estudios realizados en Jamaica, Kenya y Malawi han mostrado que, por lo general, los clientes tienen una percepción menos positiva que los encargados de prestar servicios, acerca de cuestiones como el tiempo de espera, el tiempo dedicado a la consulta y la información que se suministra a los clientes³². Las investigaciones realizadas en Marruecos pusieron de manifiesto que había problemas, debido a las modalidades jerárquicas de comunicación y a la ausencia de personal femenino. Las mujeres afirmaron que querían más información sobre métodos anticonceptivos y que se les ofreciera algo más, y no sólo servicios de planificación de la familia³³. En Albania, en algunos establecimientos se pierde la oportunidad de ofrecer a las mujeres métodos de planificación de la familia. Según un estudio, una mujer dijo: “El personal no está al servicio de las mujeres; sólo se ocupa de vacunar a los niños. En consecuencia, no sabemos dónde obtener el servicio [de planificación de la familia]”³⁴.

La calidad tiene importancia para los clientes. En un estudio realizado en Bolivia, las mujeres afirmaron que se desplazarían mayores distancias

para llegar a clínicas que proporcionaran servicios de mejor calidad. Una mujer dijo: “Prefiero ir allí [a la clínica de planificación de la familia], pese a que está muy lejos. En la clínica hablan conmigo y me dan explicaciones. Aun cuando tengo que pagar, sigo prefiriéndolo”³⁵. En la República Unida de Tanzania, otro estudio comprobó lo mismo: la calidad de la atención influye sobre los servicios que los clientes escogen³⁶. En Bangladesh, una mujer dijo: “Tomé asiento en la oficina [del agente de salud] y ella me preguntó mi nombre [y] muchos datos acerca de mí: cuántos hijos tenía, qué edad tenía mi hijo mayor, y otras cosas. Me dijo que si, posteriormente yo tenía problemas, debía volver a verla. Fue muy amable conmigo. No hubo dificultades”³⁷.

La investigación y evaluación pueden indicar qué se necesita para introducir mejoras. Los análisis de situación efectuados por el *Population Council* en África al sur del Sahara han mostrado de qué manera la utilización insuficiente de los recursos disminuye la calidad de los servicios y las opciones de que disponen los clientes³⁸. En otros lugares, la calidad se resiente debido a la escasez de agua, electricidad, equipo o suministros, en particular en las zonas rurales. En el Pakistán, por ejemplo, sólo un 10% de la población tiene acceso a servicios de planificación de la familia³⁹. En Burkina Faso y la Côte d’Ivoire, en muchos establecimientos de salud no se ofrece planificación de la familia.

Los análisis de situación en cinco países del África al sur de Sahara pusieron de manifiesto que se habían perdido varias oportunidades de proporcionar atención de buena calidad⁴⁰:

- No se ofreció a los nuevos clientes que querían espaciar los embarazos todos los métodos disponibles en las clínicas, y se restringió la posibilidad de que escogieran el método más apropiado o más conveniente;
- Por lo general, los encargados de prestar servicios no aprovecharon los materiales informativos que habrían podido mejorar la comprensión por los clientes y ayudarlos a adoptar decisiones más plenamente fundamentadas;
- Los encargados de prestar servicios, en su mayoría, habían atendido cada día a tres clientes de planificación de la familia, o menos, lo cual sugiere que podrían aumentar la duración de las visitas de los clientes, mejorar la calidad de la información ofrecida y ampliar los servicios de salud reproductiva ofrecidos;
- En general, los encargados de prestar servicios utilizaron equipo, como los aparatos de medición de la tensión sanguínea y de ultrasonido, cuando dispusieron de ellos; no obstante, con frecuencia no se lavaron las manos al efectuar exámenes pelvianos, aun cuando se dispusiera de agua limpia y guantes en la sala de examen; esto creó riesgos de infección;
- Con frecuencia, los encargados de prestar servicios no preguntaron cuál era el número de compañeros sexuales o la frecuencia de las relaciones sexuales, y tampoco si el compañero compartía la decisión de solicitar métodos an-

ticonceptivos, y en consecuencia, no estuvieron en condiciones de efectuar una evaluación ni de recomendar los métodos apropiados;

- Raramente se mencionó la posibilidad de que un método dado protegiera contra las enfermedades de transmisión sexual, ni tampoco la doble protección ofrecida por los condones.

Para mejorar la calidad de la atención es preciso centrarse en el proceso de prestación de servicios, incluida la comunicación y la difusión de información; establecer normas mínimas para procedimientos y reconocimientos médicos; y velar por que los clientes reciban el servicio apropiado a sus necesidades. Algunos países, entre ellos Sri Lanka, han logrado considerables adelantos, desde antes de la CIPD, en cuanto a ofrecer servicios integrados de alta calidad y centrados en el cliente.

Los estudios indican que pueden lograrse mejoras en la calidad a un costo razonable; sin ella, las personas no acudirán a los servicios o no seguirán utilizándolos⁴¹. Los encargados y supervisores de los servicios de planificación de la familia en todo el mundo reciben capacitación para emplear instrumentos que mejoren la calidad de la atención⁴² y resolver los problemas a medida que éstos van surgiendo.

Entre los enfoques de equipo encaminados a lograr mejoras, uno de los instrumentos más ampliamente utilizados es el sistema COPE (orientado al cliente y con eficiencia en la prestación), elaborado por la *Association for Voluntary and Safe Contraception*. El sistema COPE emplea un conjunto de instrumentos simples de autoevaluación para su uso por agentes de salud en clínicas de planificación de la familia y sus supervisores. El personal analiza el desplazamiento de los clientes en la clínica, entrevista a los clientes y llena un cuestionario sobre cada uno de los aspectos de la prestación de los servicios. El sistema COPE se ha utilizado en más de 35 países. En una evaluación realizada en 11 clínicas de África se comprobó que los equipos habían resuelto 64 de los 109 problemas detectados aplicando el sistema COPE⁴³.

Al impartir capacitación acerca de la calidad de la atención se crea un compromiso en pro de resolver los problemas, a medida que éstos vayan surgiendo. Entre los principios aplicados figuran: tratar bien al cliente, proporcionarle su método preferido, individualizar la atención, tratar de lograr una interacción dinámica, evitar sobrecargar al cliente con información y utilizar y proporcionar ayudas para la memoria⁴⁴. Algunos países, entre ellos la India, Nepal, Egipto, Indonesia y Jordania, están estableciendo procedimientos de verificación de la calidad en relación con los servicios de salud reproductiva. El programa *Gold Star* en Egipto es uno de los principales programas de control de calidad en todo el mundo. Ha sido diseñado no sólo para mejorar la calidad de los servicios, sino también para crear expectativas. Hacia fines de 1998, la mitad de todas las dependencias del Ministerio de Salud y Población habían recibido certificación del programa *Gold Star*⁴⁵.

En muchos países, los encargados de prestar servicios en el sector público también trabajan a jornada parcial como profesionales en la práctica



Mark Edwards / Still Pictures

privada. Muchos clientes prefieren los profesionales del sector privado debido a que sus clínicas son más cómodas y están menos hacinadas, y debido a que piensan que los profesionales en el sector privado son más competentes; pero esta percepción puede ser más un mito que una realidad. Los mecanismos para mejorar la calidad en el sector privado han incluido la continua educación médica sobre temas de salud reproductiva, el establecimiento de mecanismos de control de calidad y el fortalecimiento de los vínculos entre los profesionales del sector público y del sector privado.

La comunicación relacionada con los servicios es un componente esencial de los programas de salud reproductiva. En la foto, una agente de salud ofrece a un grupo de aldeanas mexicanas información sobre planificación de la familia y salud reproductiva.

Comunicación y educación

La comunicación bien diseñada fortalece los buenos programas pero cuando se ofrece información sin prestar servicios, sólo se suscita insatisfacción. La mayor conciencia acerca de la salud reproductiva no es lo mismo que el aumento en el uso de los servicios. En muchos países, se están formulando campañas de información sin la participación de los profesionales locales, ni de las comunidades o los representantes de los grupos destinatarios. Por lo general, los mensajes se destinan a las mujeres adultas y hacen caso omiso de otros grupos como los hombres, los adolescentes, los recién casados y los líderes de opinión.

Las estrategias de comunicación no siempre están bien vinculadas con los servicios: es posible que una campaña cree conciencia sobre los anticonceptivos pero que no informe acerca de dónde encontrarlos; o que motive a posibles clientes antes de disponer de los servicios. Las estrategias de información, comunicación y educación (IEC) acerca de la salud reproductiva deben proporcionar información acerca de la manera de evitar las infecciones del aparato reproductivo, los embarazos no deseados y las complicaciones obstétricas. Las líneas telefónicas de emergencia y los programas de radio que reciben llamados de los radioescuchas pueden proporcionar información exacta y confidencial. Al combinar varios medios de difusión también se refuerzan los mensajes⁴⁶.

Las estrategias de información y educación acerca de las cuestiones de población y desarrollo y la salud reproductiva deben avanzar, sin limitarse a la creación de conciencia. Los encargados de formular políticas y los beneficiarios de los programas necesitan información que los ayude a

adoptar decisiones y a actuar. Necesitan información acerca de, por ejemplo, los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, los indicios de peligro de un embarazo difícil y los métodos anticonceptivos disponibles. También necesitan información sobre quién puede prestar asistencia, dónde se encuentran los servicios y qué tipos de tratamiento pueden esperar y tienen derecho a exigir. Esta información debe llegar a todos quienes la necesitan. Los medios de difusión de masas son útiles para ofrecer información práctica⁴⁷, pero los cauces tradicionales y locales de comunicación también son necesarios. Lo propio ocurre con las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad.

Los países que desean mejorar su IEC no deben comenzar desde la nada: hay gran cantidad de materiales, especialmente en lo concerniente a la planificación de la familia, la salud maternoinfantil, las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, y la sexualidad, que podrían ser adaptados a los fines de la salud reproductiva. Por ejemplo, en Filipinas, la estrategia y el manual de IEC sobre planificación de la familia son excelentes y podían modificarse fácilmente, para adaptarse a las cuestiones de salud reproductiva.

Desarrollo de los recursos humanos

En muchos países, particularmente en los de África al sur de Sahara, pero también en Nepal, la India y el Pakistán, y partes de muchos otros, especialmente zonas rurales, la falta de personal (en particular, de personal femenino) ha hecho más lenta la ampliación de los servicios de salud reproductiva. En la India y en otros países, hay gran movimiento de personal y muchos puestos permanecen vacantes durante largos períodos. En muchos países, el personal, en particular los médicos, no quiere ser enviado a zonas rurales.

En los análisis de situación se comprobó que es posible capacitar al personal para que ofrezca no sólo servicios de planificación de la familia de mejor calidad, sino también otros servicios para satisfacer las necesidades de los clientes en materia de salud reproductiva y salud sexual. Los encargados de servicios adoptan con agrado el enfoque de salud reproductiva, pero preguntan para cuántas tareas puede capacitarse a un único agente de salud, particularmente cuando se trata de agentes de baja categoría que trabajan en dispensarios. En la India, por ejemplo, ya se espera que una enfermera partera auxiliar realice 40 tareas. ¿Cuántas más tareas es posible que realice?

Los países reconocen que la capacitación reviste importancia crucial para el éxito del enfoque de salud reproductiva. El Perú, México, Colombia y Jamaica han preparado currículos de capacitación integrada. En Bangladesh se está preparando un programa de capacitación de los encargados en todos los aspectos de la salud reproductiva. Rumania ha asignado prioridad a que se capacite al personal en planificación de la familia, a fin de integrar ésta en la atención primaria de la salud. No obstante, en general la capacitación no se ha impartido con la misma rapidez que la ampliación de los servicios.

En la mayoría de los países se están adaptando lentamente los currículos de capacitación, tanto inicial como en el servicio, para que respon-

dan al enfoque de salud reproductiva centrado en el cliente y basado en las necesidades, aun cuando con frecuencia las cuestiones relativas a la sexualidad, los derechos reproductivos y los efectos de las relaciones de género sobre las interacciones entre los clientes y los agentes de salud están ausentes o quedan diluidos. En todos los países, llevará tiempo actualizar la capacitación de todos los encargados de prestar servicios, además de capacitar a otros nuevos.

En materia de capacitación, al igual que en otras esferas, escasean los recursos humanos. Hay escasez de expertos para rediseñar currículos de formación inicial y en el servicio, y también para capacitar a los instructores. La descentralización ha puesto de manifiesto cuán escaso es el personal disponible para impartir capacitación a escala local. La capacitación en salud reproductiva debería comenzar con la formación de médicos, enfermeras y parteras. La formación inicial por lo general perturba menos la prestación de servicios, cuesta menos y es más sostenible que la formación en el servicio⁴⁸, pero requiere que se enmienden los programas de estudios de las facultades de medicina y las instituciones de capacitación. En la mayoría de los países, es preciso fortalecer la supervisión continua y el seguimiento posterior a la capacitación.

A fin de aprovechar al máximo su capacitación, los agentes de salud necesitan equipo y suministros, un sistema de recompensas y de evaluación, oportunidades para poner en práctica nuevas aptitudes, mejores sistemas de contratación y mejores asignaciones de trabajo⁴⁹.

Vigilancia y evaluación

A fin de mantener los adelantos (y destacar las deficiencias) de las políticas y programas dimanados de la CIPD, en el Programa de Acción se exhortó a vigilar cuidadosamente la puesta en práctica de los programas de salud reproductiva y la vigencia de los derechos reproductivos. En condiciones ideales, los programas deberían contar con sistemas de información de uso simple y claro en el plano de los servicios; deberían recopilarse solamente los datos más esenciales; debería aplicarse la tecnología apropiada; y las comprobaciones deberían ser de utilidad inmediata en el plano de los servicios y también a niveles más altos del sistema de atención de la salud. En muchos países se han logrado progresos; por ejemplo, en la República Islámica del Irán, así como en el estado de Rajasthan (India), hay ejemplos de diseños eficientes del sistema de información.

Las organizaciones internacionales, entre ellas el FNUAP, han asumido el liderazgo en la preparación de indicadores de salud reproductiva, a fin de ayudar a los países a replantear sus sistemas de información sobre gestión, y vigilar el progreso en la ejecución de programas de salud reproductiva y derechos reproductivos. El mayor progreso se ha logrado en países donde todos los interesados directos en la información (por ejemplo, representantes de la comunidad, encargados de prestar servicios, administradores de programas e investigadores) han participado en el diseño de los sistemas de información.

Por ejemplo, la Red de Salud de América Latina y el Caribe — en colaboración con algunos

En muchos países, la carencia de personal capacitado ha hecho más lenta la ampliación de los servicios de salud reproductiva.

gobiernos de la región — ha seleccionado un conjunto de temas que han de vigilarse, entre ellos: la salud reproductiva de los adolescentes; la calidad de la atención; el tratamiento del aborto en malas condiciones; la participación masculina; y la participación de las mujeres en la adopción de decisiones. Para cada una de esas cuestiones se han determinado indicadores cualitativos y cuantitativos a fin de determinar la situación de cada país en materia de salud reproductiva.

Las ONG, en particular los grupos de mujeres, también están vigilando la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, a fin de hacer responsables a los gobiernos de los adelantos. Por ejemplo, la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe está realizando tareas en el Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y el Perú para vigilar seis temas: mejora de la condición de la niña; responsabilidad masculina; participación del movimiento de defensa de salud de la mujer en los procesos de adopción de decisiones; calidad de los servicios de salud reproductiva; acceso de los adolescentes a los servicios de educación sexual y salud reproductiva; y aborto en malas condiciones.

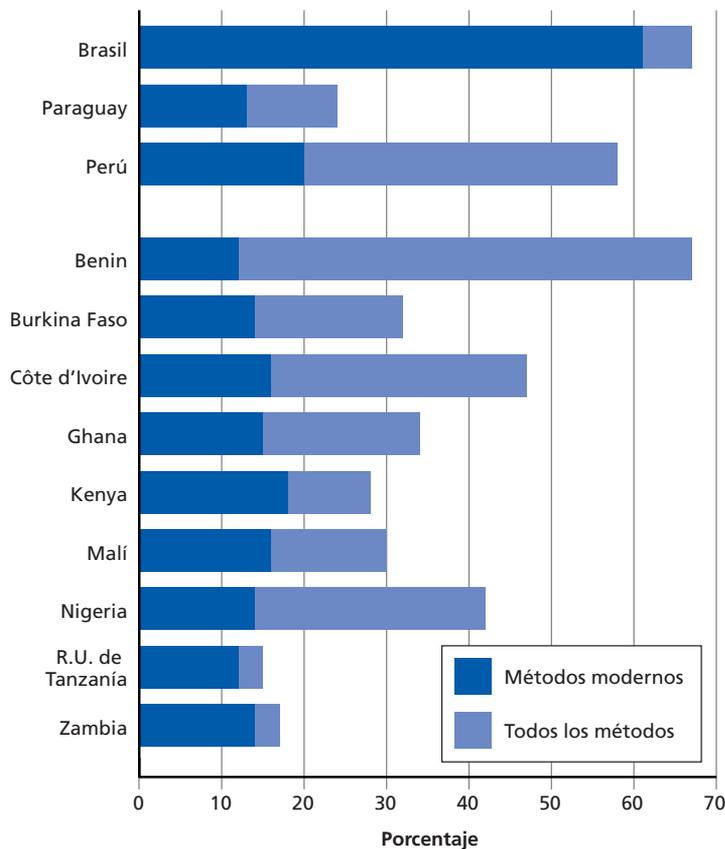
Hasta el momento, dichas actividades de vigilancia han puesto de manifiesto lo siguiente: grandes dificultades para incluir a la sociedad civil y, concretamente a las mujeres, en los procesos de ejecución de proyectos (en tres de los cinco países); ausencia de datos desagregados por sexo, edad y región geográfica; incompleta incorporación en los cinco países de los derechos sexuales y derechos reproductivos en las leyes y los servicios de salud; persistentes deficiencias en la calidad de los servicios de salud reproductiva; incumplimiento de los programas nacionales de educación sexual (en dos de los cinco países); y reducidos efectos de los cambios, los servicios y las políticas introducidos después de El Cairo sobre las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad, así como persistencia del aborto en malas condiciones como causa principal de defunción de las madres⁵⁰.

Información y servicios para adolescentes

Los jóvenes enfrentan muchos riesgos de salud; no obstante, reciben insuficiente información, orientación y servicios que los ayuden a conducirse en la difícil transición hacia la adultez. Los adolescentes necesitan apoyo para crear autoestima, desarrollar aptitudes para la vida, inclusive la conducción de las relaciones íntimas, y practicar igualdad de género. Los progenitores tienen la responsabilidad principal: es preciso que participen en el diseño de programas para adolescentes y que se los aliente a conversar con sus hijos acerca de la sexualidad y la salud reproductiva. Muchos estudios han indicado que, al dar mejor información, se alienta la responsabilidad de los adolescentes, incluida la abstinencia⁵¹.

En la mayoría de las culturas, las normas de género crean un doble estándar sexual para las niñas y los varones⁵². Es frecuente que las niñas carezcan de la información y las oportunidades que se ofrecen a los niños varones, aun cuando ellas corren mayor riesgo⁵³. La procreación precoz restringe las oportunidades que las niñas tendrán en la vida. En muchos países, no se permite

GRÁFICO 7: Porcentaje de mujeres jóvenes que tienen actividad sexual y usan métodos de planificación de la familia. Países seleccionados.



Fuente: Mensch, B.S., J. Bruce y M.E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girl's Adolescence in the Developing World*. The Population Council.

que las niñas que han quedado embarazadas sigan asistiendo a la escuela. En otros, se valora más la educación de los varones que la de las niñas: éstas representan dos tercios de más de 130 millones de niños que no asisten a la escuela. En Kenya solamente, cada año 10.000 niñas abandonan la escuela debido al embarazo⁵⁴.

En muchos países, el tema de la sexualidad en la adolescencia y la salud reproductiva sigue siendo políticamente delicado y los servicios de salud reproductiva y la información al respecto no llegan a la mayoría de los adolescentes. No obstante, hay unos 55 países que han adoptado medidas programáticas y formulado políticas para abordar las necesidades de los adolescentes en materia de salud, incluida la salud reproductiva. Algunos, como Jamaica, están colocando a los adolescentes en el centro de sus estrategias de salud reproductiva. Burkina Faso fue uno de los primeros países del África occidental que iniciaron programas de salud reproductiva orientados a satisfacer las necesidades de los jóvenes. El elemento central ha sido el establecimiento en zonas urbanas de centros para la juventud que ofrecen servicios de salud reproductiva y educación de los jóvenes por otros jóvenes.

Los estudios indican que la educación sobre vida en familia debería comenzar cuanto antes y en algunos países, incluso antes de la adolescencia, para ayudar a los jóvenes durante los años en que están llegando a la pubertad, aprendiendo acerca de su sexualidad y comenzando a interesarse en cuestiones sexuales⁵⁵.

Los mensajes para los jóvenes que tienen actividad sexual deberían ser diferentes de los dirigidos a quienes no han iniciado una actividad sexual⁵⁶ y tan específicos como fuera posible. Por ejemplo, en un estudio se informó de que los jóvenes albaneses quieren información práctica, tal como la manera de evitar que se rompan los condones y la anticoncepción de emergencia⁵⁷.

Dado que las relaciones sexuales sin protección entrañan riesgos de embarazo no deseado para las adolescentes y colocan tanto a las jóvenes como a los varones en riesgo de contagio con enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, los adolescentes no sólo necesitan servicios preventivos sino también servicios acogedores, incluidos los de diagnóstico, tratamiento, información y asesoramiento. El personal clínico necesita capacitación especial para prestarles apoyo sin emitir juicios de valor⁵⁸. Los jóvenes también necesitan información sobre la planificación de la familia y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

La experiencia recogida⁵⁹ en todo el mundo ha indicado que los programas para adolescentes deberían:

- Reconocer y abordar el hecho de que las necesidades programáticas de los jóvenes difieren, en función de su experiencia sexual y otras características clave.
- Comenzar con lo que los jóvenes quieren y lo que ya están haciendo para obtener servicios de salud reproductiva e información al respecto.
- Incluir como acción fundamental la adquisición de conocimientos prácticos (tanto genéricos como específicos para la salud reproductiva).
- Involucrar a los adultos en la creación de ámbitos más seguros y que brinden más apoyo, en que los jóvenes se puedan desarrollar y aprender a conducir sus vidas, incluido lo concerniente a su salud sexual y su salud reproductiva.
- Utilizar una mayor variedad de ámbitos y fuentes — privadas y públicas, clínicas y no clínicas — para proporcionar servicios de salud sexual y salud reproductiva e información al respecto.
- Aprovechar al máximo lo existente. Basarse en los programas y servicios existentes y vincularlos de maneras nuevas y flexibles, para que lleguen a cantidades mucho mayores de jóvenes.

Las ONG han desplegado intensas actividades para ensayar nuevos enfoques a fin de llegar a los adolescentes, entre ellos, la educación de jóvenes por otros jóvenes, la adquisición de conocimientos prácticos, el asesoramiento y otros servicios. Actualmente también se reconoce que fomentar la comprensión y el apoyo de los adultos en la familia y en la comunidad representa una inversión clave. En Colombia, la Asociación PROFAMILIA, una ONG, además de muchas otras actividades de salud reproductiva y ampliación de los medios de acción de la mujer, apoya la educación sobre salud sexual y salud reproductiva en centros para los jóvenes en 20 ciudades del país.

En Kenya, una canción que tuvo gran éxito, *I Need to Know*, ofrecida por jóvenes músicos de Nairobi, ha ayudado a los adolescentes a solicitar que se agreguen a los servicios escolares de salud las cuestiones de salud reproductiva. En las Islas Marshall, mediante el programa de Jóvenes para los Jóvenes, educadores capacitados ofrecen educación a los jóvenes, sus familias y la comunidad, abarcando temas como el embarazo en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, las toxicomanías y la desnutrición. Ese programa también satisface las necesidades anticonceptivas de los adolescentes.

Participación y responsabilidad de los hombres

En el Programa de Acción de la CIPD se reconoce que es preciso que los hombres asuman responsabilidad por su propio comportamiento sexual y además respeten y apoyen los derechos y la salud

RECUADRO 18

La educación de jóvenes por otros jóvenes a fin de reducir el embarazo en la adolescencia

En la República Dominicana, el embarazo ha pasado a ser la principal causa de defunción de mujeres de entre 15 y 19 años de edad. En este grupo de edades, casi una de cada cuatro adolescentes, o bien está embarazada o bien ya ha dado a luz. En las comunidades marginales que rodean a las ciudades importantes, donde se concentra el 64% de la población, hay pocos servicios de salud para jóvenes.

Dos organizaciones no gubernamentales — la Asociación Dominicana de Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) y el Instituto Dominicano de Desarrollo Integrado (IDDI) — han estado trabajando desde 1997 para ampliar el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva y de educación sexual en 36 vecindarios de Santo Domingo y en tres ciudades de menor magnitud.

El proyecto, que utiliza la educación y el asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes, se propone reducir las tasas de embarazo en la adolescencia y de contagio con las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, creando más conciencia entre los jóvenes acerca de los riesgos de salud que entrañan las relaciones sexuales sin protección. Se alienta a los adolescentes a que aplacen su primera relación sexual o sean fieles a su pareja.

Se ha impartido capacitación a unos 360 adolescentes para que se desempeñen como asesores voluntarios de otros adolescentes sobre cuestiones de salud sexual y salud reproductiva. Cada uno asesora a entre 15 y 30 jóvenes y distribuye material educacional y, cuando los progenitores dan su consentimiento, también métodos anticonceptivos (condones, espermicidas y píldoras, después de que un médico las haya recetado por primera vez); remiten los casos especiales a los servicios de salud y efectúan un seguimiento de esos casos. Los jóvenes asesores también realizan reuniones cívicas y ofrecen representaciones teatrales para sus comunidades.

En dos años, en virtud del proyecto se ha asesorado a casi 9.000 jóvenes, el 30% de los cuales no asisten a la escuela. El aumento de la demanda ha suscitado actividades educacionales abiertas en escuelas, iglesias y lugares de reunión de la comunidad. Se han establecido firmes vínculos de apoyo entre los asesores y sus clientes, como se puso de manifiesto tras el devastador huracán Georges.

En virtud del proyecto, también se ha capacitado a 90 médicos, enfermeras y psicólogos del Ministerio de Salud en atención integrada de la salud de los adolescentes; y se ha preparado un manual sobre salud sexual y salud reproductiva, un videofilme y otros materiales educacionales.

Enseñanza a los hombres acerca de los beneficios de la planificación de la familia

Un estudio sobre los futuros nuevos usuarios de métodos anticonceptivos en Malí, realizado como parte del Proyecto de Estudios sobre la Mujer de la organización *Family Health International*, ha demostrado cuán importante es involucrar a los hombres como copartícipes en la promoción de la salud reproductiva.

De conformidad con las leyes, las mujeres malienses no necesitan el consentimiento del cónyuge para obtener anticonceptivos. No obstante, dado que los esposos son los jefes legales de familia, sus decisiones acerca de la planificación de la familia revisten importancia crítica en lo concerniente a las prácticas anticonceptivas de las mujeres. En consecuencia, los programas deberían considerar maneras de educar a los hombres acerca de los beneficios de la planificación de la familia, incluido el uso de grupos para la educación de hombres por otros hombres. Además, tal vez los encargados de formular políticas decidan replantear leyes en virtud de las cuales el esposo es el árbitro definitivo en las decisiones acerca de la salud de la mujer. Para las mujeres cuyos esposos no están de acuerdo con el uso de métodos de planificación de la familia, los encargados de los servicios deberían ofrecer asesoramiento especial para ayudar a las mujeres a resolver el conflicto y adoptar la decisión que más les convenga.

Fuente: B. Barnett y J. Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, N.C., Estados Unidos de América. *Family Health International*.

de sus compañeras. Por lo general, los programas de planificación de la familia han hecho caso omiso de los hombres y se han diseñado de modo de mantener las normas de género según las cuales la reproducción y el control de la fecundidad son responsabilidad de la mujer⁶⁰.

En un estudio realizado en Bolivia se comprobó que los hombres no tenían actitudes tan contrarias a la planificación de la familia como pensaban las mujeres. En verdad, los conocimientos de los hombres con respecto a los métodos eran algo mayores que los de las mujeres, pero no siempre había comunicación en la pareja acerca del tamaño de la familia. En un estudio realizado en Malí, las conclusiones no fueron tan positivas: en “grupos focales” los hombres afirmaron unánimemente que las mujeres no tenían derecho a utilizar métodos de planificación de la familia sin el permiso de sus esposos⁶¹.

Si bien en 36 países se informó acerca de medidas para ampliar o promover la participación de los hombres en la salud sexual y la salud reproductiva⁶², la situación existente en Nicaragua es bastante común: en el Plan Nacional de Salud no se menciona la responsabilidad masculina por la planificación de la familia y no se prevé ofrecer servicios de salud reproductiva para los hombres. En Filipinas, la salud reproductiva de los hombres es uno de los 10 componentes del conjunto de servicios de salud reproductiva, pero es poco lo que se ha hecho hasta el momento. En Nepal, el programa tiene por destinatarios principalmente a las mujeres. Aun cuando la política establece que los hombres y las mujeres han de compartir la responsabilidad de la planificación de la familia, la proporción de clientes que aceptan la vasectomía ha ido disminuyendo constantemente.

En México, aun cuando los encargados de servicios comprenden por lo general el concepto de salud reproductiva, sigue considerándose “asunto de mujeres”. Es poco lo que se ha hecho para que los servicios sean más atrayentes para los hombres o para involucrarlos como copartícipes.

En Marruecos, las principales destinatarias son las mujeres casadas en edad de procrear y no hay una clara estrategia para dirigirse a los hombres. Éste es un grave problema en zonas rurales, donde tal vez la mejor manera de llegar a algunas mujeres es por conducto de sus compañeros. En Uganda, los encargados de realizar programas y de prestar servicios han dejado de lado, en gran medida, el papel de los hombres. Después de la CIPD se ha tratado hasta cierto punto de llegar a los hombres, incluidas acciones encaminadas a abordar los efectos de las actitudes y prácticas socioculturales, así como la violencia por motivos de género, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas ugandesas.

En los países que realizan actividades de salud reproductiva para los hombres, las más comunes entre dichas actividades han sido las campañas de promoción. Al parecer, después de la CIPD aumentó hasta cierto punto el uso de los condones y de la vasectomía por parte de los hombres y hubo algún grado de ampliación de los servicios de atención de enfermedades de transmisión sexual para los hombres.

En unos pocos países, las ONG, en especial, están estableciendo enfoques innovadores para apoyar la participación de los hombres en el em-

barazo y el cuidado de los niños, y alentarlos a que establezcan relaciones basadas en la igualdad y el respeto mutuo. Por ejemplo, en México, un grupo de parteras ha impartido capacitación a agentes de salud para que enseñen a los hombres que el embarazo y el parto es un asunto de familia y no solamente “asunto de mujeres”.

Una iniciativa internacional, “Los hombres como asociados”, está preparando un currículo sobre salud reproductiva para capacitar a los agentes de salud y sensibilizarlos con respecto a las necesidades de los hombres en carácter de clientes⁶³. Algunos países han fortalecido la legislación sobre el papel de los hombres en la familia, especialmente en lo concerniente a proporcionar “alimentos” a los hijos.

Salud reproductiva para refugiados y personas desplazadas

Velar por la salud reproductiva de los refugiados y las personas desplazadas y proteger a las mujeres refugiadas contra la violencia sexual son cuestiones prioritarias cuandoquiera que ocurran conflictos o desastres naturales. El Programa de Acción de la CIPD reconoció la necesidad de velar por la vigencia de los derechos reproductivos y proporcionar servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia, particularmente para las mujeres y los adolescentes.

El número de refugiados, repatriados y personas desplazadas en sus propios países que están incluidos en el mandato de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) aumentó desde 1,4 millón en 1961 hasta llegar a un máximo de 27 millones en 1995; posteriormente disminuyó hasta 22,3 millones de personas a comienzos de 1998⁶⁴.

La violación es frecuente en un campamento de refugiados en Kenya

Miles de somalíes han huido a raíz de las hostilidades en su país, para refugiarse en Kenya. Actualmente, en un campamento de refugiados dirigido por el ACNUR, donde residen 100.000 personas cerca de la pequeña ciudad keniana de Dadaab, esos refugiados viven en situación de constante temor de ser víctimas de robo, asesinato o violación por los bandidos que merodean en las inmediaciones.

Cinco hombres armados incursionaron en la choza de barro donde Safia Wanderi, de 34 años de edad, estaba viviendo con su esposo y sus hijos. Tres de los hombres — que, según se cree, son miembros de las milicias que luchan en Somalia — se fueron sucediendo para apalearla y violarla frente a su familia. El esposo de Safia la culpó por el incidente y abandonó a la familia.

Anteriormente, dice Safia, su hija de 11 años de edad había sido violada por un vecino. Afirma que muchas otras mujeres en Dadaab han tenido experiencias similares.

Más del 90% de las violaciones ocurren cuando las mujeres están recogiendo leña en las inmediaciones de los campamentos. Rukim Nour Mohammed, de 50 años de edad, fue violada y apaleada una mañana cuando recogía leña y se la abandonó para que se desangrara hasta morir. No obstante, logró recorrer a pie más de 15 kilómetros para regresar al campamento y solicitar atención médica.

Un trabajador de asistencia en el campamento, John Amollo, dice que las tradicionales rivalidades entre clanes, exacerbadas por la guerra, son una de las principales razones por las que tantas mujeres son víctimas de violación en Dadaab. “Cuando hay un conflicto entre clanes, el peor castigo que un clan puede infligir a otro es la violación de sus mujeres”. Dice que el problema empeora porque los hombres residentes en los campamentos están ociosos, frustrados y traumatizados mentalmente por sus experiencias durante la guerra.

Fuente: *Voice of America*, 18 de mayo de 1999.

Después de la CIPD, se ha garantizado cada vez más la atención de la salud reproductiva en situaciones de emergencia. Anteriormente, los servicios de salud reproductiva habían sido mayormente dejados de lado en situaciones de refugiados.

Se están satisfaciendo las necesidades en materia de salud reproductiva de las mujeres en situaciones de emergencia, como resultado de una iniciativa del ACNUR y el FNUAP, en colaboración con la OMS, el UNICEF, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja y de diversas ONG⁶⁵. La inicia-

tiva fue establecida en 1995, en respuesta a la crisis de refugiados en la región de los Grandes Lagos de África.

En virtud del programa se capacita al personal y se proporcionan equipo y suministros para responder a las necesidades de: planificación de la familia, incluidos anticonceptivos; asistencia al parto; complicaciones del aborto realizado en malas condiciones (las complicaciones posteriores al aborto causan entre el 25% y el 50% de las defunciones de madres refugiadas); la violencia sexual y la violación, incluida la anticoncepción de emergencia posterior al coito; y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Se estableció el Consorcio de Salud Reproductiva para Refugiados, que ha preparado manuales para la evaluación de las necesidades y otros materiales. Un grupo interinstitucional de trabajo preparó un Conjunto Mínimo Inicial de Servicios, que abarca medicamentos esenciales, suministros y equipo quirúrgico básico. Se han acopiado botiquines de salud reproductiva de emergencia para su distribución cuando se los necesite.

El FNUAP utilizó esas existencias en abril de 1999 para ofrecer asistencia de emergencia de salud reproductiva a los centenares de miles de personas que huían del conflicto en Kosovo hacia campamentos en Albania⁶⁶. El Fondo también inició una investigación sobre la violencia sexual contra las mujeres de Kosovo; puso de manifiesto alarmantes casos de secuestro, violación y tortura. El FNUAP y sus aliados están impartiendo capacitación a asesores que ofrecen apoyo a las refugiadas víctimas de violencia sexual⁶⁷.

La difícil situación de los refugiados oriundos de Kosovo ha atraído mucho más atención internacional que otras crisis de refugiados en África y Asia, donde se encuentra la mayoría de los 13 millones de refugiados del mundo; el grupo más numeroso es el de 2,6 millones de refugiados afganos (de los cuales, 1,2 millón están en campamentos en el Pakistán)⁶⁸.

Si bien actualmente se están ofreciendo servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia, esas acciones a menudo quedan obstaculizadas por la falta de personal de salud avezado en la prestación de servicios de salud reproductiva y la provisión de información al respecto.

Alianzas y ampliación de los medios de acción



Mark Edwards / Still Pictures

El Programa de Acción de la CIPD refleja un consenso entre los gobiernos, pero reconoce que para que el concepto de desarrollo centrado en las aspiraciones y los valores de los seres humanos tenga efecto práctico será necesaria la colaboración entre los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional. Muchos de los problemas fueron señalados primeramente a la atención nacional e internacional por organizaciones ajenas a los gobiernos y para poner en práctica sus recomendaciones es necesario pasar a la acción, realizar tareas de promoción y conducción y recibir retroinformación de muchos participantes diferentes.

En un primer plano figuran los promotores de cuestiones de salud, incluidas las organizaciones de planificación de la familia, los grupos interesados en la educación, las organizaciones de mujeres y los interesados en la familia. También han quedado involucrados otros grupos, con una gama más amplia de intereses, entre ellos muchos a los que preocupan el desarrollo económico, la pobreza, el medio ambiente, las cuestiones urbanas, los derechos humanos, y las cuestiones religiosas y éticas. Uno de los más importantes signos de progreso en la aplicación del Programa de Acción durante los últimos cinco años ha sido la creciente participación de organizaciones ajenas a los gobiernos.

Foto: Una agente de salud de una ONG comunitaria enseña cómo usar el condón a un grupo de aldeanas de Bangladesh. Los grupos de la sociedad civil están desempeñando un papel cada vez más importante en la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD.

El naciente concepto de sociedad civil

Este proceso ha suscitado que se preste una renovada atención a las diversas organizaciones de la sociedad civil y a las relaciones entre ellas y el sector público. Las organizaciones de la sociedad civil tienen distintas formas, pero es posible describirlas como una gama de asociaciones, organizaciones e instituciones que congregan a personas cuyos intereses son similares. Abarcan grupos de voluntarios, entidades del sector privado y sus grupos y asociaciones, organizaciones culturales y grupos de promoción. Entre sus componentes figuran: cooperativas, sindicatos, grupos de autoayuda y promoción de la microempresa, grupos de mujeres, grupos de promoción de la salud y del desarrollo, así como de los servicios, asociaciones empresariales, organizaciones de beneficencia, órganos confesionales, sindicatos, partidos políticos, clanes y otros sistemas basados en la familia, grupos de gestión ante las autoridades, movimientos sociales, partidos políticos, asociaciones profesionales, grupos de hombres, grupos de jóvenes; en síntesis, toda la gama de maneras en que pueden agruparse las personas que se reúnen para expresar sus opiniones y alcanzar sus fines por vías diferentes de las oficiales del Estado¹.

El Estado puede estar asociado, en diferentes grados y en diferentes ámbitos, con varios de esos grupos (por ejemplo, como patrocinador, aliado, organizador, financista, administrador, otorgador de licencias o regulador), pero el papel y las responsabilidades especiales del Estado son distintos. Con frecuencia se utiliza la denominación “organización no gubernamental” (ONG) para referirse a grupos que no son parte del aparato estatal pero, en general, se entiende que dicha denominación tiene menor amplitud que la de organización de la sociedad civil².

Los parlamentarios desempeñan un papel especial en cuanto a las acciones nacionales. Esta-

blecen un puente entre la sociedad civil y el sector público, pues proporcionan una voz a grupos locales, líderes y otros elementos influyentes de las comunidades y del electorado. Los líderes locales y las personas que gozan de respeto también pueden contribuir a movilizar, mediar y unificar la opinión y la acción.

Las ONG nacionales e internacionales han sido una parte importante del proceso de la CIPD y la ulterior aplicación del Programa de Acción y el examen de éste. Cuando se celebró en 1994 el tercer período de sesiones del Comité Preparatorio, en el cual se negoció el texto final del Programa de Acción, se habían acreditado 934 ONG. Al celebrarse la propia CIPD, habían sido acreditadas 1.254 ONG de 138 países. Las ONG participaron, o bien directamente (cuando sus representantes eran miembros de las delegaciones de los países) o bien indirectamente (como promotoras y participantes en el Foro de ONG).

Las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil también han participado activamente en la evaluación del adelanto logrado después de la CIPD. En julio de 1998, se celebró en Dhaka (Bangladesh) una reunión de mesa redonda sobre la alianza con la sociedad civil³. En febrero de 1999 también se celebraron en La Haya el Foro de las ONG y el Foro de la Juventud, que atrajeron a representantes de países de todo el mundo⁴. También se acreditó a las ONG que realizaron actividades para la aplicación del Programa de Acción, a fin de que participaran en las reuniones preparatorias del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General celebrado en 1999.

En los años transcurridos después de la CIPD, ha seguido madurando la relación entre las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos. En muchos países, entre ellos muchos países en desarrollo, las ONG han avanzado hacia una mayor participación en la adopción de decisiones. Con frecuencia se las incluye en los debates sobre políticas nacionales de población y en las delega-

CUADRO 1: Medidas adoptadas para entablar alianzas con la sociedad civil

Medidas adoptadas

Países

Representación en órganos gubernamentales	Belice, Botswana, Côte d'Ivoire, Egipto, Gambia, Ghana, Jamaica, Jordania, Líbano, Madagascar, Marruecos, Nepal, Perú, Senegal, Sri Lanka, República Árabe Siria, Túnez, Turquía
Consulta/diálogo	Bangladesh, Botswana, Colombia, Cuba, Gambia, Letonia, Malawi, Maldivas, Malí, México, Mozambique, Panamá, República Dominicana, RDP Lao, Swazilandia, República Unida de Tanzania, Trinidad y Tabago, Venezuela, Zambia
Mecanismos de coordinación	Colombia, Côte d'Ivoire, Egipto, Gambia, Jamaica, Malí, Nepal, Rumania, Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka
Creación de un ámbito propicio	Burundi, El Salvador, Guayana, México, Nepal, República de Corea, Rumania, Senegal, Sudáfrica, Uganda
Reconocimiento en las políticas y los planes	Burkina Faso, Níger, Samoa, Sudáfrica, Uruguay

Fuente: FNUAP. 1999. *Report of the 1998 UNPFA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: FNUAP.

ciones oficiales a conferencias internacionales y regionales. Las ONG no sólo son paladines de la salud reproductiva y los derechos reproductivos, así como de la equidad de género, sino que también realizan programas para mejorar la condición jurídica y social de la mujer y la vigencia de los derechos de ésta, así como los servicios de salud reproductiva.

La CIPD constituyó un hito en el reconocimiento de las ONG como auténticas aliadas de los gobiernos en la planificación, realización, vigilancia y evaluación de políticas y programas. No obstante, en la encuesta sobre el terreno realizada por el FNUAP en 1998, sólo 49 de 114 países informaron de que habían adoptado medidas importantes para promover la participación de las ONG en diversas etapas de la aplicación de políticas y la realización de programas.

Otros 26 países han adoptado medidas sustanciales para fortalecer la capacidad institucional de la sociedad civil. Algunos países han emprendido ambos tipos de actividades, de modo que hay un total de 56 países que han adoptado decisivas medidas para fortalecer las alianzas con la sociedad civil. Hay 19 países que cuentan con representantes de las ONG y otros miembros de la sociedad civil en los organismos nacionales encargados de formular políticas o en otros comités que abordan cuestiones de población y desarrollo y, más recientemente, de salud reproductiva.

Hay 19 países que han incluido a las ONG en las consultas y los diálogos sobre aplicación de políticas y realización de programas. Hay 11 países que han establecido comités de coordinación para actividades de las ONG y 10 países que han creado un ámbito propicio a la sociedad civil, al establecer procedimientos oficiales de inscripción, proporcionar incentivos impositivos o permitir más amplios mecanismos de financiación.

Se han logrado adelantos sustanciales, pero cinco años después de El Cairo, las alianzas entre los gobiernos y las entidades de la sociedad civil no son completas y en algunos países, incluso no se las reconoce.

La gama de actividades de las organizaciones de la sociedad civil y las ONG en todo el mundo es demasiado amplia y diversa como para reflejarla en un único informe. Los ejemplos que se van a presentar tienen naturaleza sólo indicativa.

Ampliación de los medios de acción de la mujer, igualdad de género, y derechos reproductivos

Acción para ampliar de los medios de acción de la mujer

En los años transcurridos después de la CIPD se concertaron amplios acuerdos sobre estrategias básicas para promover los medios de acción de la mujer y la participación de ésta, incluido el examen de las condiciones propicias en la legislación y la práctica social.

El principio de los préstamos de microcrédito para los pobres, y especialmente para las mujeres pobres, ha sido reconocido más ampliamente y

apoyado por donantes y prestamistas internacionales (incluidas las instituciones financieras internacionales), las organizaciones de asistencia para el desarrollo, las fundaciones y un número creciente de países⁵. Se han incorporado enfoques de microcrédito en una diversa gama de actividades de proyectos que impulsan cuestiones como la salud reproductiva, la protección del medio ambiente y la educación.

La participación social y la actividad de la mujer en la política, mediante la ampliación del derecho de voto y las candidaturas activas, sigue ganando terreno en muchos lugares. Algunos países están replanteando sus leyes electorales y otros, como Kuwait, han introducido recientemente la posibilidad de que las mujeres se presenten como candidatas en las elecciones nacionales y locales. Va en aumento el número de países, entre ellos la India, la mayor democracia parlamentaria del mundo, que están estipulando un mínimo para la presencia de las mujeres en órganos electivos a escala local y nacional.

Entre los promotores de los derechos de la mujer prosigue el debate acerca de las estrategias que han de utilizarse para promover la ampliación de los medios de acción de la mujer y su participación más plena, junto con el hombre, en la adopción de decisiones sobre cuestiones sociales. Sigue siendo un problema la importancia relativa de promover las facultades y la voz otorgadas a mujeres individuales, en comparación con la promoción del poder colectivo de la mujer por conducto de organizaciones y asociaciones⁶.

En Jordania, más de 22 ONG se ocupan de cuestiones relativas a la mujer. De esas ONG, la mayoría imparten educación a las mujeres acerca de sus derechos jurídicos. En 1997 la Unión de Mujeres Jordanas estableció una línea telefónica de emergencia que ofrece asesoramiento jurídico. También en 1997, el Equipo Interinstitucional de Tareas sobre Cuestiones de Género, de las Naciones Unidas, ofreció un seminario práctico de un día de duración, relativo a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que se realizó en Ammán y dio posibilidades para que grupos feministas, como el Comité Nacional Jordano pro Derechos de la Mujer, se refiriera activamente a la falta de equidad en la legislación.

Dicho Comité está colaborando estrechamente con todos los grupos de mujeres en lo concerniente a las limitaciones y dificultades con que tropiezan las mujeres debido a la legislación. El Comité se reúne frecuentemente con representantes del Gobierno a fin de enmendar las leyes. Por ejemplo, un notable cambio reciente posibilita que las mujeres obtengan un pasaporte sin necesidad del consentimiento de sus padres, esposos o tutores⁷.

Promoción de la salud reproductiva y los derechos reproductivos

En muchos países, antes de El Cairo existían fuertes organizaciones que propugnaban la salud reproductiva y los derechos reproductivos (por ejemplo, en Bangladesh, el Brasil, Chile, Colombia, Filipinas, la India, el Perú y Sudáfrica). En algunos países, dichas organizaciones fueron creadas o fortalecidas como parte de los preparativos para la Conferencia de El Cairo (Egipto, México,

Las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil han participado activamente en la evaluación de los adelantos logrados después de la CIPD.

Malasia y Nigeria), mientras que en otros países esas organizaciones aparecieron después de El Cairo. En algunos países, las organizaciones que se ocupan de la planificación de la familia son promotores prominentes (por ejemplo, en el Caribe), mientras que en otros países, como la India, una amplia gama de organizaciones participa en las tareas de promoción⁸.

Después de la CIPD, las ONG, y particularmente las organizaciones de mujeres, han proseguido sus enérgicas tareas de promoción de los derechos reproductivos y la salud reproductiva⁹. En algunos países, las ONG han participado en la formulación de políticas y las reformas legislativas. Muchas ONG y organizaciones de la sociedad civil han colaborado con sus gobiernos en campañas de promoción de la igualdad y equidad de género, especialmente en lo concerniente a la alfabetización de las mujeres y la integración de los hombres en las cuestiones de salud reproductiva¹⁰.

En la India, varias ONG de mujeres que se expresan con gran intensidad han influido sobre las políticas de salud reproductiva. Esos grupos cumplieron funciones decisivas en el planteo de cuestiones relativas a la calidad de los servicios, los derechos del cliente y el aliento al Gobierno para que descarte las metas relativas a determinados métodos y los incentivos financieros¹¹.

En el Asia sudoriental, un grupo de mujeres ha preparado un documento relativo al marco de derechos reproductivos, desde la perspectiva islámica.

En el Pakistán, la Asociación de Planificación de la Familia ha asumido el liderazgo en cuanto a adoptar el enfoque de salud reproductiva y efectuar la transición hacia un criterio que abarque el ciclo vital. No obstante, hay sólo una ONG que trabaja en la esfera de la salud sexual¹².

En el Ecuador, las ONG de mujeres han desplegado intensas actividades de promoción de cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos, así como en cuanto a velar por que la ampliación de los medios de acción de la mujer y la mejora de la salud de la mujer, incluida la salud reproductiva, se incluyan en el programa nacional de desarrollo social¹³.

Los programas en la región de los Estados árabes han experimentado cambios de gran magnitud en el período posterior a la CIPD, en particular debido al aliento del FNUAP. Actualmente, las ONG participan intensamente en la realización de programas de salud reproductiva y en acciones de promoción conexas sobre temas de género, incluida la promoción de la igualdad y la equidad de género, la ampliación de los medios de acción de la mujer, las cuestiones relativas a la participación de los hombres y la salud reproductiva de los adolescentes. Después de la CIPD, ha aumentado sustancialmente en Turquía, Jordania, Túnez y Egipto, la ejecución de actividades programáticas por ONG nacionales. Estas últimas han participado en la evaluación de las prioridades nacionales y la formulación de los programas por países¹⁴.

En México y el Brasil, va en aumento el número de ONG que están colaborando con gobiernos nacionales y locales para formular, realizar y evaluar programas de salud reproductiva que incorporen perspectivas de género¹⁵.

Lucha contra la violencia por motivos de género

En los últimos años se ha prestado mayor atención a la violencia por motivos de género y se han intensificado los debates de política al respecto. Va en aumento el número de países que han enmendado sus códigos penales y procedimientos policiales a fin de ofrecer mayor protección a las mujeres que son objeto de violencia en el hogar. También va en aumento el número de países donde se cuestionan los hábitos de antigua data que eximen a los hombres de responsabilidad por los malos tratos que infligen a los miembros de sus familias. Las redes de autoayuda de las mujeres, en algunos casos con asistencia y apoyo públicos, están ofreciendo protección a las víctimas de malos tratos en el hogar.

Ha ido en aumento la atención prestada a la violencia por motivos de género, así como a darla a conocer y propugnar medidas relativas a otros actos de violencia, entre ellos los asesinatos relacionados con la dote, las matanzas “por razones de honor”¹⁶ y los ataques con ácido.

En el Pakistán, recientemente las ONG han establecido centros urbanos para las víctimas de la violación, el incesto y otras formas de violencia, y el Ministerio de Desarrollo de la Mujer está reconociendo la necesidad de llevar esos servicios a zonas rurales¹⁷.

En Colombia, el Ecuador, Camboya y Filipinas se están ejecutando proyectos modelo relativos a cuestiones de género y de violencia, incluidos el abuso sexual y la violencia doméstica; esos proyectos entrañan vínculos entre organismos gubernamentales y órganos encargados de hacer cumplir la ley, ONG y grupos especializados de mujeres, con la financiación y el apoyo técnico aportados por el FNUAP¹⁸.

En Marruecos, el FNUAP está fortaleciendo la colaboración entre la organización no gubernamental AMEP (*Association maghrébine des études de population*) y el Ministerio de Justicia, en virtud de un proyecto que trata de cuestiones como el matrimonio, el divorcio y la violencia contra la mujer. El objetivo del proyecto es fortalecer el sistema de recolección de datos sobre matrimonios y divorcios mediante la capacitación de jueces y notarios religiosos, y desarrollar un mecanismo de vigilancia para detectar los casos de violencia contra la mujer¹⁹.

Fortaleza en los grupos numerosos: Redes y alianzas

Las redes y alianzas de las organizaciones de la sociedad civil para la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD han cobrado cada vez mayor importancia después de El Cairo. Las redes de ONG que realizan conjuntamente tareas de promoción pueden tener una voz más fuerte que las organizaciones individuales. Por consiguiente, para impulsar las metas acordadas en El Cairo, dichos grupos han establecido amplias alianzas a fin de superar los problemas que se oponen a la opción reproductiva y la libertad reproductiva. Asimismo, las coaliciones Sur-Sur y Norte-Sur de organizaciones que defienden la salud y los derechos de la mujer también han

En la India, las ONG de mujeres tuvieron un papel protagónico en cuanto a alentar al Gobierno a dejar de lado las metas cuantitativas y los incentivos financieros.

mantenido la salud reproductiva y los derechos reproductivos en el temario internacional²⁰.

Después de la CIPD, ha aumentado el número de ONG que trabajan en cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos, y lo mismo ha ocurrido con las organizaciones de la sociedad civil. En la encuesta sobre el terreno realizada por el FNUAP en 1998 se comprobó que, de los países que informaron acerca de casos en que la sociedad civil realizó intensas acciones, en unas dos terceras partes de los países las ONG habían constituido una coalición o una red en relación con un tema común de derechos de la mujer, salud de los jóvenes o salud reproductiva.

Los países donde se han formado coaliciones son, entre otros, Botswana, El Salvador, las Islas Cook, Kenya, Madagascar, Nepal, Panamá, la República Islámica del Irán y Uzbekistán. El establecimiento de redes de ONG a fin de facilitar la puesta en práctica y el seguimiento del Programa de Acción de la CIPD ha sido particularmente intenso en países de América Latina como Venezuela, la Argentina, el Uruguay, el Perú, Chile, México, el Brasil y la República Dominicana²¹.

En Asia, se ha establecido una iniciativa especial en virtud de la colaboración entre la Comisión de las Comunidades Europeas (CE), el FNUAP, unas 22 ONG europeas y 66 organizaciones e instituciones nacionales. La Iniciativa de la CE y el FNUAP para la salud reproductiva en Asia se ocupa de siete países del Asia meridional y el Asia sudoriental, donde se trata de contribuir a ofrecer servicios de calidad de salud reproductiva a comunidades a las que es difícil llegar, y de responder a las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva. Durante un período de tres años (1998-2001), se gastarán más de 30 millones de dólares con destino a 43 proyectos separados en Bangladesh, Camboya, la RDP Lao, Nepal, el Pakistán, Sri Lanka y Viet Nam. Un importante aspecto de la Iniciativa de la CE y el FNUAP para la salud reproductiva en Asia es el fomento de la capacidad de las organizaciones de base comunitaria y la promoción de los vínculos de las ONG entre sí y entre éstas y los servicios prestados por los gobiernos.

La Asociación de Planificación de la Familia de Turquía está estableciendo una red de ONG que tendrá capacidad para propiciar la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD y de la Plataforma de Acción de Beijing entre los encargados de formular políticas a escala nacional y local²².

En los Estados árabes, un proyecto del FNUAP con el propósito de fortalecer la capacidad de las ONG mejoró la capacidad de gestión de unas 162 ONG en 18 países. También facilitó el establecimiento de redes de ONG en el plano regional e incrementó la conciencia de los gobiernos y del público acerca del sector de ONG y sus papeles, problemas y necesidades²³.

La experiencia recogida en la Argentina muestra cómo las alianzas entre los profesionales de la salud, los miembros de las comunidades y las iglesias puede operar en un ámbito con diversas preocupaciones culturales. En 1998 se establecieron en la Provincia de Buenos Aires, que cuenta con un tercio de la población del país, servicios de salud reproductiva sin tropezar con ninguna oposición. Una ley que aprobó la creación de un pro-

grama de planificación de la familia para la mujer también fue resultado de esa alianzas²⁴.

En México, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), fundado en 1992, participa en varios grupos creados a fin de contribuir a la vigilancia de las acciones gubernamentales para la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD. Además, el Foro Nacional de la Mujer y las Políticas de Población, red integrada por más de 70 organizaciones no gubernamentales de todo el país, está elaborando mecanismos para la promoción de esos acuerdos²⁵.

A partir de 1996, la Red de Salud de la Mujer en América Latina y el Caribe ha estado trabajando en el Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y el Perú en la vigilancia de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. Otros países estaban considerando iniciativas similares. Esta acción multinacional, activamente propiciada y apoyada por el FNUAP, encarna los principios básicos de responsabilidad social que figuran en el Programa de Acción de la CIPD; está entablando alianzas (comisiones tripartitas, y otros arreglos institucionales) en que los gobiernos, las ONG locales (en particular, grupos de mujeres, promotores de salud e investigadores nacionales) y organismos de las Naciones Unidas y otros donantes colaborarán en la vigilancia regular y a largo plazo.

Las investigaciones de esas organizaciones han puesto de manifiesto que, hasta la fecha, los adelantos han sido desiguales, pues ha sido incompleta la incorporación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en las leyes y los servicios de salud y persiste la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. Las organizaciones han señalado que es motivo de especial preocupación el escaso efecto de los cambios en las políticas y los servicios introducidos después de El Cairo sobre la mortalidad derivada de la maternidad y la persistencia de los abortos realizados en malas condiciones como causa principal de las defunciones de madres²⁶.

Alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil

Las ONG han colaborado con los gobiernos a fin de establecer mecanismos institucionales de defensa de los derechos de la mujer. Se han creado nuevos Ministerios para la mujer en Colombia, Costa Rica y Malí. China, Fiji, Malí, Nigeria y la República Islámica del Irán han iniciado planes de acción en beneficio de la mujer, dimanados de las Conferencias de El Cairo y Beijing. En Zimbabwe, el Gobierno y las ONG han comenzado a celebrar consultas nacionales sobre una nueva política relativa a las cuestiones de género²⁷.

En Ghana, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil están participando en la formulación de políticas. El órgano gubernamental de mayor jerarquía en la coordinación de cuestiones de población en Ghana, el Consejo Nacional de Población, cuenta con representantes de las ONG. Las ONG también han participado en la preparación del documento sobre normas para los servicios y las políticas de salud reproductiva en Ghana. En Botswana y la República Unida de Tanzania,

Las redes de ONG han mantenido las cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos en los programas nacionales e internacionales.

mujeres activistas han colaborado con órganos gubernamentales para imponer castigos más rigurosos en los casos de violación, en especial si se comprueba que los autores de la violación tienen reacción serológica positiva al VIH²⁸.

En Filipinas, la Comisión Nacional sobre el Papel de la Mujer Filipina, en colaboración con ocho organizaciones de la sociedad civil y varias redes de ONG, organizaron la Conferencia para la Interfaz entre El Cairo, Copenhague y Beijing, a fin de seguir organizando foros que promuevan los programas gubernamentales en pro de los objetivos del Programa de Acción de la CIPD. En Marruecos, la Comisión Nacional de Población, establecida en 1998, realiza tareas de promoción coordinadas con las ONG²⁹.

En México, el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, una red de 70 ONG de mujeres e instituciones académicas mexicanas, ha trabajado para mejorar las relaciones con el Gobierno mediante el establecimiento de alianzas. El concepto de alianzas, oficializado en el Programa de Acción de la CIPD, planteó un reto al movimiento feminista mexicano, que no estaba acostumbrado a negociar con funcionarios gubernamentales. Además, reinaba una profunda desconfianza en ambas partes. Desde entonces, ha habido un neto adelanto hacia las alianzas, en que las ONG comparten con las instituciones gubernamentales la responsabilidad de llevar a la práctica lo acordado en El Cairo³⁰.

En el Asia sudoriental, el Centro de Documentación e Investigación de Asia y el Pacífico para la Mujer y el Centro de Desarrollo de Asia y el Pacífico realizaron en 1996 un estudio sobre ocho países acerca de las condiciones para la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD. En China, Fiji, Indonesia, Malasia, el Pakistán, Singapur, Tailandia y Viet Nam, se comprobó que el ámbito para la acción de las ONG sigue siendo problemático, puesto que los organismos gubernamentales se muestran particularmente recelosos frente a ONG cuya acción se orienta a la promoción en materia de políticas. Pocas ONG realizaron actividades de promoción. La capacidad de las ONG de mujeres para desempeñar un eficaz papel de promoción en materia de políticas no era muy apreciable³¹.

El Gobierno del Perú ha introducido nuevos procedimientos para velar por que las esterilizaciones sólo se practiquen cuando medie el pleno consentimiento del cliente. En agosto de 1997, se estableció una Comisión Tripartita para el seguimiento de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, en respuesta a afirmaciones de ONG de mujeres y otros acerca de que el Ministerio de Salud estaba ofreciendo esterilización quirúrgica voluntaria sin que mediara un asesoramiento cabal de los clientes. Están representados en la Comisión las ONG, las universidades, los organismos internacionales de cooperación y las instituciones gubernamentales; el liderazgo rota entre esos grupos.

Tras examinar el programa, la Comisión llegó a la conclusión de que las críticas estaban enormemente exageradas pero que había algunos problemas relativos a la calidad de los servicios. A partir de marzo de 1998, el Ministerio ha fortalecido los procedimientos de asesoramiento a los clientes, ha estipulado plazos de espera obligato-

rios antes de proceder a las esterilizaciones y ha estandarizado la acreditación de los agentes de salud y los establecimientos donde se ofrecen servicios. En abril de 1999, Costa Rica creó su propia Comisión Tripartita, de conformidad con el modelo peruano; hay iniciativas similares en Chile y en otros países de la región.

El Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) y otros donantes apoyan el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para promover la igualdad de género³². En un estudio de 10 países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo, de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE/CAD), se comprobó que algunos no habían entablado ninguna relación sustancial con las organizaciones locales de mujeres, mientras que otros habían apoyado a esas organizaciones en su trabajo relativo a temas delicados, como la mutilación genital femenina, el aborto y la violencia contra la mujer³³.

Actualmente, el FNUAP está apoyando la creación de un Centro Árabe de Apoyo a las ONG a fin de promover el establecimiento de redes, la cooperación y la coordinación entre ellas, y contribuir al fomento de la capacidad de las ONG³⁴. La asistencia internacional, en virtud de proyectos como el Proyecto *Policy* del *Futures Group International* (financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID) y el proyecto *Access* del Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), apoyado por el FNUAP, el Banco Mundial, el UNICEF, la USAID y casi 30 fundaciones, han ayudado a las ONG a mejorar sus acciones de promoción y sus servicios³⁵.

El proyecto *Policy* está colaborando con 13 redes en ocho países, a fin de fortalecer la capacidad de las mujeres para participar en el diálogo de políticas y ampliar la capacidad de las redes en materia de promoción, capacitación e investigación. En Jordania, por ejemplo, además de ofrecer capacitación en materia de promoción a varias organizaciones de mujeres, el proyecto contribuyó a realizar un seminario práctico nacional con el propósito de fijar prioridades de la investigación sobre cuestiones de interés de la mujer. El primer estudio se refirió a la participación de las mujeres en calidad de candidatas y votantes en las elecciones generales de 1997.

En Sudáfrica, la ONG *Women's Health Project* colaboró con tres gobiernos provinciales en la transformación de los servicios de salud reproductiva. Además de mejorar la calidad de la atención, el proyecto trató de ahondar la comprensión sobre los efectos de la desigualdad social, especialmente la desigualdad de género, sobre la salud y los servicios de salud.

En algunos casos, los gobiernos son inflexibles en el diseño y la realización de sus programas; la alianza con una ONG puede posibilitar la flexibilidad y la innovación. Hay margen para que las ONG contribuyan a conformar los programas gubernamentales. No obstante, el éxito depende de entablar alianzas que se apoyen recíprocamente, conducir eficazmente las alianzas existentes y lograr que los funcionarios gubernamentales de todas las categorías apoyen las ideas y el proceso³⁶.

En México, una red de ONG de mujeres se ha esforzado por entablar alianzas con instituciones gubernamentales.

Colaboración con otros sectores de la sociedad civil

Después de la CIPD, se han renovado los esfuerzos por movilizar a los grupos religiosos y culturales, los parlamentarios y las entidades del sector privado, con miras a la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD.

Líderes religiosos

Muchos líderes religiosos pueden desempeñar un importante papel en cuanto a promover las cuestiones de población y salud reproductiva y como importantes aliados en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, habida cuenta de su firme autoridad y de la influencia que ejercen sobre los fieles.

El FNUAP ha reconocido esta situación y ha involucrado a las autoridades religiosas en debates pertinentes. En noviembre de 1998 se celebró en Niamey (Níger) una conferencia internacional sobre el islamismo y la población, organizada por la División de África del FNUAP, a la que asistieron más de 80 líderes y académicos musulmanes procedentes de 19 países de África al sur del Sahara y ocho países de otras regiones. La reunión formuló recomendaciones para propiciar la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, especialmente en relación con el islamismo y la salud reproductiva, la condición jurídica y social de la mujer y las cuestiones de población y desarrollo.

Los líderes religiosos también participan cada vez más intensamente en las actividades a escala de país. En Ghana, por ejemplo, actualmente hay ocho organizaciones religiosas que están preparando manuales a fin de incorporar la educación en población y sobre vida en familia en actividades religiosas y alentar a los progenitores a que hablen de temas de sexualidad con sus hijos.

En Uganda, por ejemplo, la Secretaría de Población coordina y supervisa la realización de actividades de promoción y la provisión de servicios de salud reproductiva de un consorcio nacional de ONG que cuenta con representantes de líderes católicos y musulmanes.

Unión de parlamentarios en pro de la salud reproductiva y los derechos reproductivos

Los parlamentarios desempeñan un papel sin par en la alianza entre los gobiernos y la sociedad civil. Constituyen, esencialmente, los puentes entre la sociedad civil y los gobiernos. Los parlamentarios pueden desempeñar un papel directo en cuanto a definir programas y asignar presupuestos. Los sustanciales adelantos logrados en las tareas de promoción han sensibilizado a los parlamentarios con respecto a los temas de la CIPD. Como resultado, el movimiento de parlamentarios ha aumentado, se han intensificado las actividades de gestión dentro de los parlamentos y se ha promulgado legislación; además, están prosperando las redes regionales e internacionales de parlamentarios.

La promoción por los parlamentarios ha posibilitado que se mantuviera y sostuviera la cuantía de la financiación en algunos países donde se proyectaba disminuir o eliminar esas contribucio-

nes. Por ejemplo, en la región de Asia y el Pacífico, el FNUAP financió dos proyectos en virtud de los cuales se organizaron conferencias y foros para parlamentarios.

En el Foro Internacional de tres días de duración, celebrado en La Haya en febrero de 1999 como parte del proceso de la CIPD+5, participaron más de 200 parlamentarios procedentes de 103 países. Los participantes convinieron en una declaración en que se exhortaba a adoptar medidas legislativas y de promoción y a incrementar los recursos para velar por que los gobiernos satisficieran las obligaciones asumidas en la CIPD con respecto a la salud reproductiva y los derechos reproductivos, la equidad de género, la ampliación de los medios de acción de la mujer y la prevención de la violencia contra la mujer, incluida la mutilación genital femenina³⁷.

El sector privado

El sector privado tiene el potencial necesario para desempeñar varios papeles importantes en la aplicación del Programa de Acción. En primer lugar, las empresas directamente interesadas en la provisión de suministros, servicios y conocimientos técnicos pueden colaborar con los gobiernos a fin de eliminar las barreras que se oponen al acceso a los servicios y la información, y también pueden contribuir al desarrollo de mercados para los clientes que tienen capacidad de pago. Las empresas pueden tratar de establecer acuerdos mutuamente convenientes para la ampliación de los servicios y el establecimiento de redes logísticas.

En segundo lugar, las empresas pueden actuar para velar por que se incluyan los servicios de planificación de la familia y salud reproductiva en los conjuntos de prestaciones y servicios ofrecidos a sus empleados y en los marcos reglamentarios que rigen a las empresas.

Durante muchos años, una meta de la colaboración del FNUAP con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha sido que se ofreciera a los trabajadores información y educación sobre cuestiones de vida en familia. Entre los beneficios directos a las empresas participantes figuran los aumentos en la productividad debido

RECUADRO 21

El FNUAP y los parlamentarios

A partir de su creación en 1969, el FNUAP estado colaborando con los parlamentarios.

En 1979, el FNUAP propició una reunión de la Organización Internacional de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo, que se celebró en Colombo (Sri Lanka). El Fondo organizó posteriormente una serie de reuniones de parlamentarios asiáticos, entre ellas una reunión celebrada en 1982 en Beijing, que facilitaron la formación del Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo.

En los últimos años, se ha ofrecido apoyo adicional a otros grupos regionales de parlamentarios, entre ellos el Grupo Interamericano de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo y el Foro de Parlamentarios Africanos y Árabes sobre Población y Desarrollo.

Esos grupos regionales desempeñaron importantes funciones en cuanto a organizar el Foro Internacional de Parlamentarios sobre el Examen de la CIPD, que se celebró en La Haya en febrero de 1999.

a la reducción de las enfermedades de los empleados y sus familias y al menor nivel de estrés en sus vidas en familia. Por ejemplo, en el Camerún, Eritrea y Malawi, el FNUAP ha brindado recientemente apoyo a los Ministerios de Trabajo a fin de ofrecer educación sobre vida en familia a los trabajadores en empresas públicas y privadas, así como servicios de salud reproductiva mediante centros de salud o iniciativas de base comunitaria.

En la India, la *Tata Corporation*, una empresa industrial de gran magnitud, ha promovido la aplicación del Programa de Acción de la CIPD con referencia especial a la salud reproductiva de los adultos y prestando especial atención a los jóvenes y a la prevención del VIH/SIDA. El Grupo Tata ha experimentado audazmente con diferentes enfoques. Creó alianzas con las suegras, cuyo apoyo era necesario para posibilitar que las mujeres jóvenes acudieran a los servicios de salud o a las clínicas de planificación de la familia. Celebró consultas y contribuyó a establecer clínicas de base comunitaria dirigidas por clubes de jóvenes y organizaciones de voluntarios.

Las asociaciones de empresarios y los grupos comunitarios también tienen un papel que desempeñar. *Rotary International* ha utilizado su red para proporcionar una plataforma, a fin de promover una mayor conciencia sobre cuestiones de población y desarrollo en el plano local. Algunos clubes nacionales han movilizado recursos con destino a actividades de población, a menudo con el apoyo de aliados rotarianos en otros países, la *Rotary Foundation* y donantes bilaterales. Los rotarianos están alentando programas de la comunidad para reducir las presiones de población, prevenir la degradación del medio ambiente y eliminar la pobreza.

En 1995, *Rotary International* estableció la Beca de Población y Desarrollo de *Rotary International* en el Senegal y ha ampliado sus actividades para abarcar otras asociaciones nacionales interesadas. Se trata ahora del mayor subgrupo dentro de *Rotary International*.

En Tailandia, la Coalición de Empresas contra el SIDA está integrada por 126 empresas que proporcionan asistencia en especie a las iniciativas de lucha contra la pandemia.

Asociaciones de médicos

Las asociaciones de médicos, entre ellas la Asociación Médica del Commonwealth y la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos, así como sus filiales locales, han propugnado un mayor acceso a servicios de calidad de salud reproductiva. Esas organizaciones también prestan asistencia a la OMS, el FNUAP, el UNICEF y otros organismos internacionales, en la definición de códigos nacionales e internacionales de conducta y normas de atención a fin de proteger los derechos básicos. Dichas organizaciones también pueden desempeñar importantes papeles en el establecimiento de un ámbito de políticas más amplio en que se ofrezcan servicios de salud reproductiva.

Fortalecimiento de las alianzas

Limitaciones actuales

Necesidad de contar con voluntad política y recursos. Si bien los gobiernos han incluido cada vez más a las ONG en el proceso de formulación de programas de población, esa inclusión con frecuencia ha abarcado primordialmente a las ONG como parte del programa conducido por el respectivo gobierno. Si bien la CIPD estipula la colaboración con las organizaciones de mujeres y otras ONG, algunas de las relaciones que se han entablado son contratos ofrecidos por los gobiernos a las ONG para la prestación de servicios. Esas relaciones tienden a favorecer a las ONG especializadas en la planificación de la familia y, en algunos casos, en otros servicios de salud reproductiva. En muchos países hubo una relativa falta de compromiso y de recursos financieros para apoyar a las ONG que trabajan en pro de la ampliación de los medios de acción a largo plazo, la equidad de género y el cambio social mediante la movilización comunitaria, la promoción y la acción política intersectorial³⁸.

Alianzas incompletas en la etapa de planificación de programas. Además, las organizaciones donantes, aunque promueven la participación y las alianzas, no han tenido un éxito sostenido en el apoyo a las organizaciones de la sociedad civil y las ONG en cuanto a los procesos de formulación de políticas y realización de programas. El estudio de 10 países miembros de la OCDE/CAD comprobó que, aun cuando todas las organizaciones destacan la concertación de alianzas y la consulta y participación de los interesados directos, los diálogos en materia de políticas siguen tendiendo a estar limitados primordialmente a los donantes y a los gobiernos homólogos. Los grupos

RECUADRO 22

Participación del sector privado en la satisfacción de las necesidades de productos anticonceptivos

En virtud de su Iniciativa Mundial sobre Gestión de Productos de Salud Reproductiva, el FNUAP está ayudando a los países a determinar la manera de satisfacer sus necesidades en materia de anticonceptivos y de productos de salud reproductiva durante los próximos 10 años.

La iniciativa ofrece asistencia técnica a fin de estimar las necesidades nacionales y formular estrategias para satisfacerlas. También ayuda a facilitar las negociaciones entre gobiernos y proveedores de artículos y congrega a expertos de diferentes países para que comparen y cotejen sus necesidades y enfoques. Un grupo consultivo integrado por los principales donantes se reúne periódicamente para contribuir a la mejor coordinación de la provisión de productos.

Un objetivo importante es incrementar la participación del sector privado y las ONG en el aumento de la accesibilidad de productos y servicios a costos asequibles, liberando así los recursos públicos para que atiendan a grupos carentes de capacidad para sufragar el precio total de esos productos.

Como parte de su programa nacional en la India, el FNUAP ha organizado reuniones con productores y distribuidores del sector privado, a fin de mejorar la disponibilidad de métodos anticonceptivos temporales. La intención es ofrecer mayores opciones a quienes quieren espaciar los embarazos.

Fuente: FNUAP. 1999. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1997*.

de la sociedad civil en general y las organizaciones de mujeres en particular quedan con frecuencia marginados en el proceso de consulta y diálogo³⁹.

Falta de conceptos compartidos en las alianzas. En consecuencia, muchas ONG perciben que su “participación” con los gobiernos en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD debería realizarse en mejores condiciones. Con frecuencia se ha invitado a las ONG a que participen en programas en curso, cuando carecen de capacidad para diseñar o reorientar los programas. Algunas ONG piensan que se las considera instrumentos de realización de programas establecidos, en lugar de ser asociadas que pueden desempeñar un valioso papel por conducto del diálogo y la promoción⁴⁰.

Necesidad de coordinación. Es escasa la coordinación existente entre los programas de salud reproductiva conducidos por los gobiernos, las ONG y el sector privado; estos programas operan por separado y en paralelo.

Entre otras limitaciones figuran: la falta de recursos financieros suficientes, la insuficiente capacidad institucional de las ONG y los gobiernos, la carencia de recursos humanos y de personal capacitado; la insuficiente coordinación entre las ONG; una relación entre gobiernos y ONG en que está ausente la confianza; una falta de conciencia o de comprensión de los problemas por parte de la sociedad civil; una falta de conciencia o comprensión de la importancia de las alianzas; y un débil compromiso político.

Provisión de financiación en condiciones fiables

Una sugerencia que se ha reiterado durante las consultas es la exhortación a proporcionar subsidios básicos que deberían ser reservados para que los gobiernos apoyen la participación de las ONG y la sociedad civil y que los organismos internacionales de asistencia reserven “un porcentaje de los fondos de los programas por países” con destino a la participación de las ONG y las entidades de la sociedad civil.

En el Chad, por ejemplo, el Gobierno utilizó la asistencia internacional para el desarrollo ofrecida por el Banco Mundial a fin de crear un fondo especial por varios millones de dólares, con destino a la asistencia a las ONG que trabajan en la esfera de la población. En el Gabón, merced a la asistencia del FNUAP se estableció una red nacional de ONG de jóvenes. La poderosa Federación de Movimientos Católicos de la Juventud es miembro de esta red. En Gambia, el Gobierno asignó fondos y otros recursos a varias ONG para que realizaran programas de promoción, salud reproductiva, salud sexual y planificación de la familia.

En un proyecto apoyado por el FNUAP y realizado en la India, el 10% de los fondos se programará por conducto de las ONG. En un programa apoyado por el FNUAP que se realiza en Filipinas, aproximadamente el 25% de los fondos se han reservado para servicios de salud reproductiva y fueron programados por conducto de las ONG.

Fortalecimiento de la capacidad institucional

En al menos 44 países, las ONG han adoptado iniciativas para fortalecer su sustentabilidad institucional, crear coaliciones o movilizar recursos.

No obstante, en general y en la mayoría de los países, las ONG sólo han logrado un progreso limitado hacia el fortalecimiento de su sustentabilidad financiera institucional, la creación de redes y la mejora de su transparencia, su obligación de rendir cuentas y de dar respuesta a las necesidades del público al que sirven, y la movilización del apoyo público financiero adicional con destino a actividades de población.

Entre los mecanismos de promoción y fortalecimiento de un mayor profesionalismo de las instituciones de la sociedad civil cabe mencionar, por ejemplo, el establecimiento de centros de capacitación e investigación a fin de fomentar las aptitudes de gestión y la capacidad de organización de las ONG; y la creación de un órgano independiente que acredite a las ONG y fije normas para las operaciones de éstas.

El FNUAP y las ONG

Después de la CIPD, el FNUAP se ha estado esforzando activamente por promover y realzar la cooperación entre las ONG, los gobiernos y la comunidad internacional.

El Fondo estableció el Comité de Organizaciones no Gubernamentales Asesor del FNUAP para promover la cooperación con la comunidad de ONG. Los intercambios de ideas han abordado cuestiones que requieren especial atención, entre ellas la responsabilidad y la participación de los hombres, la calidad de la atención, la violencia contra la mujer y las prácticas sociales nocivas. En las reuniones anuales celebradas a partir de 1995, el Comité ha formulado numerosas recomendaciones al FNUAP para la acción a escala internacional y nacional, así como recomendaciones a las propias ONG, a los gobiernos y a los donantes⁴¹.

En 1997, el FNUAP y la *Women's Environment and Development Organization* (WEDO) cooperaron en acciones para promover la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer, así como seleccionar 25 ONG de mujeres, a escala nacional y de base comunitaria, para la entrega de un subsidio único con destino al fomento de la capacidad⁴².

El FNUAP ha ampliado su empleo de las ONG como organismos de ejecución de sus proyectos y programas⁴³. En el período 1995-1998, el Fondo incrementó en un 77% en términos absolutos sus gastos encauzados por conducto de las ONG, en comparación con el período 1991-1994 (desde 92 millones de dólares hasta 163 millones de dólares). Se ha acreditado a 132 ONG como posibles organismos de ejecución de proyectos interregionales o regionales financiados por el FNUAP.

En diciembre de 1996, el FNUAP organizó, en colaboración con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, y la División para el Adelanto de la Mujer, de las Naciones Unidas, la Mesa Redonda de los órganos encargados de verificar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos, sobre el tema “Enfoques de derechos humanos de la salud de la mujer, en especial la salud reproductiva, la salud sexual, los derechos reproductivos y los derechos sexuales”. La Mesa Redonda se celebró en Glen Cove, Nueva

Es poco el adelanto que se ha logrado en cuanto a mejorar la sustentabilidad financiera de las ONG, o su transparencia, o el grado en que responden a las necesidades de su público.

Un ámbito propicio para alianzas eficaces

En 1998, el FNUAP y la División de Población de las Naciones Unidas organizaron una reunión de mesa redonda sobre la alianza con la sociedad civil para la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD. En dicha reunión se recomendó que todos los gobiernos facilitaran la participación de la sociedad civil en la formulación, la realización, la vigilancia y la evaluación de las políticas, las estrategias y los programas, por los siguientes medios:

- Crear foros comunes para el diálogo;
- Volver a examinar conceptos, suposiciones, temarios y prioridades;
- Tomar conocimiento de la experiencia de otros copartícipes, y respetarla;
- Determinar las ventajas comparativas de diversos copartícipes, basarse en ellas y utilizar las relaciones existentes;
- Determinar cuáles son los temas, los protagonistas y las instituciones clave;
- Desarrollar entre los copartícipes procesos de rendición de cuentas mutua y transparencia;
- Elaborar planes de acción conjuntos en diversos planos;
- Fortalecer la capacidad en todos los planos y velar por la sustentabilidad;
- Alentar la formación de coaliciones y el establecimiento de redes;
- Seguir vigilando la puesta en práctica del Programa de Acción.

Fuente: FNUAP. 1998. *Partnership with Civil Society to Implement the Programme of Action, International Conference on Population and Development. Round Table Meeting. Dhaka, Bangladesh, 27 a 30 de julio de 1998.*

York (Estados Unidos de América), y fue la primera oportunidad en que se congregaron expertos de los seis órganos encargados de verificar el cumplimiento de los tratados, además de representantes de organismos del sistema de las Naciones Unidas y de ONG, a fin de intercambiar ideas sobre un tema sustantivo.

Los participantes examinaron la interpretación de los tratados de derechos humanos y analizaron la necesidad de contar con nuevos procedimientos e indicadores a fin de promover y vigilar los derechos relativos a la salud reproductiva y la salud sexual. Un importante resultado de la Mesa Redonda fue que se exhortó a los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados, los organismos de las Naciones Unidas y las ONG a que colaboraran a fin de integrar una perspectiva sensible a las cuestiones de género de los derechos reproductivos y los derechos humanos en sus respectivos programas.

En colaboración con la División para el Adelanto de la Mujer, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el FNUAP está apoyando acciones para poner en práctica las recomendaciones dimanadas de la reunión de Glen Cove. Entre las actividades realizadas cabe mencionar: capacitar al personal del FNUAP, de los gobiernos y de las ONG en cuestiones de derechos reproductivos, dentro del marco de derechos humanos; involucrar a los expertos del CEDAW en los procesos de programación del FNUAP; cooperar con los gobiernos, las ONG y los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados a fin de fortalecer los mecanismos de presentación de informes al CEDAW por los Estados partes; y organizar seminarios con fines de promoción⁴⁴. Se ha alentado a las oficinas del FNUAP en los países a que presten asistencia a las ONG que participan en la preparación de informes paralelos que presentan al CEDAW, sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer en el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

En 1997, el FNUAP se sumó al UNIFEM y a otros organismos en la Campaña de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer, realizada en América Latina e inspirada por activistas sobre derechos de la mujer que han expresado desde hace mucho tiempo la necesidad de abordar la violencia por motivos de género. Según se prevé, la Campaña ha de institucionalizar las alianzas entre los gobiernos, los grupos de mujeres, las ONG, las universidades, los profesionales de la medicina, los estudiantes, los medios de difusión, la policía, los grupos confesionales y los organismos de las Naciones Unidas⁴⁵.

El FNUAP también ha desempeñado un activo papel en cuanto a promover una mayor coordinación de la formulación de programas de las Naciones Unidas en colaboración con otros organismos, donantes, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil. La Directora Ejecutiva ha presidido el Equipo de Tareas sobre Servicios Sociales Básicos para Todos. El Equipo de Tareas ha distribuido directrices para su uso por los Coordinadores Residentes de las Naciones Unidas, con el propósito de contribuir a la formulación de planes nacionales de desarrollo. El Fondo también participa en la preparación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que trata de reducir las duplicaciones, asignar las tareas de conformidad con la capacidad y las ventajas comparativas de cada entidad e involucrar a todos los interesados directos, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, en las actividades de desarrollo.

Búsqueda de recursos



Mark Edwards / Still Pictures

Inversiones en el desarrollo

Treinta años después de que el FNUAP hubo comenzado sus operaciones con 1 millón de dólares, se calcula que los recursos mundiales con destino a cuestiones de población y desarrollo ascienden a miles de millones de dólares. Cinco años después del histórico consenso de la CIPD, sus metas son universalmente aceptadas, por considerárselas necesarias para promover los derechos humanos y el bienestar personal, combatir la pobreza y mejorar la seguridad nacional y mundial.

El conjunto integrado de inversiones en población y salud reproductiva en los países en desarrollo, según lo definido en el Programa de Acción de la CIPD, cuyo costo se calculó para el año 2000 en 17.000 millones de dólares anuales, se reconoce como parte de importancia vital de la estrategia general de desarrollo.

Un conjunto completo de servicios sociales agregaría atención primaria de la salud; educación básica; nutrición y abastecimiento de agua y saneamiento de bajo costo para las regiones menos desarrolladas. El costo anual del conjunto de servicios se ha calculado para el año 2000 en un monto superior en 30.000 a 40.000 millones de dólares al existente en 1990¹.

Foto: Un grupo de trabajadores repara una calle de un barrio pobre de Bogotá (Colombia). Es imprescindible aumentar los recursos destinados al desarrollo, a fin de mitigar la pobreza y mejorar la calidad de la vida de la gente.

Recursos insuficientes

El mundo está lejos de satisfacer esas necesidades. La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) para *todos* los propósitos, tanto económicos como sociales, ha disminuido desde casi 61.000 millones de dólares en 1992 hasta 47.600 millones de dólares en 1997. Mientras tanto, las demandas del mantenimiento de la paz y las situaciones de emergencia han aumentado espectacularmente.

Los recursos disponibles para aplicar el Programa de Acción de la CIPD están muy lejos del total previsto para fines de siglo. Los países, tanto donantes como receptores, están lejos de dar cumplimiento a los importes que les corresponden (5.700 millones de dólares y 11.300 millones de dólares, respectivamente). Los países donantes están aportando sólo entre 1.900 millones y 2.000 millones de dólares. Hay una pequeña cantidad de países en desarrollo de gran magnitud que representan la mayor parte de los 7.700 millones de dólares anuales procedentes de recursos nacionales.

El sector privado, incluidas las ONG y las fundaciones, está contribuyendo a salvar el déficit de la asistencia; los cargos a los usuarios de los servicios están generando recursos en los países en desarrollo, pero nada puede reemplazar la responsabilidad intrínseca de los gobiernos de países tanto en desarrollo como donantes. En la mayoría de los países, la mayor parte de los habitantes dependen hasta cierto punto de los servicios públicos de educación y salud; y los pobres residentes en países pobres dependen de dichos servicios más que los demás.

El reto de los recursos

La escasez de recursos no queda circunscrita a las cuestiones de población. Tiene causas tanto estructurales como transitorias, entre ellas:

- Las presiones de la mundialización;
- La creciente discrepancia entre países ricos y países pobres;
- La creciente distancia entre personas ricas y personas pobres, dentro de un mismo país; y
- La abstención por parte de los donantes de asumir compromisos políticos en pro de la asistencia para el desarrollo.

Además, los países en desarrollo han debido atravesar crisis financieras y económicas y aplicar a sus economías programas abrumadores de “ajuste estructural” en que se hizo hincapié en las reducciones del gasto público.

El propósito de los programas de ajuste estructural es mejorar el potencial de desarrollo económico de los países, reduciendo el gasto en el sector público. Pero el ajuste estructural tiene efectos desproporcionados sobre los pobres, quienes dependen en mayor medida de los servicios gratuitos o de bajo costo. Cuando se reducen los servicios públicos o se impone el pago de derechos para recibirlos, los pobres no tienen alternativa. Esta situación se ha documentado para los servicios de educación y salud, así como otros servicios².

Todas esas circunstancias han tenido efectos sobre la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

¿Qué será necesario?

Encontrar los recursos para que el Programa de Acción de la CIPD no sea un mero texto sobre el papel, sino que se lo lleve a la práctica, depende del compromiso político, así como de contar con los recursos. Es menester efectuar inversiones adicionales en la reorganización y la reforma del sector público, así como en la contratación, la capacitación y la motivación de los recursos humanos para aprovecharlos al máximo. Es preciso:

- Renovar los esfuerzos para el **aumento global de los recursos**, según los compromisos asumidos por todos los países en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo;
- Renovar el compromiso en pro de dedicar una **proporción mayor de los recursos disponibles**, sean éstos internacionales, públicos o privados, a los servicios sociales básicos, incluidos los de salud reproductiva;
- **Aumentar la eficiencia**; diversas acciones pueden lograr mejoras en la eficiencia, en función de las condiciones locales; y
- Entablar **alianzas** entre los gobiernos, la sociedad civil y los donantes, a fin de mejorar la financiación y ofrecer servicios e información allí donde más se los necesite.

Lograr lo indicado representa un reto, tanto para la comunidad internacional como para los países, a fin de encontrar mayores recursos con fines de asistencia para el desarrollo y orientarla de la manera más productiva.

Aumento de los recursos

Los países en desarrollo están experimentando tres transiciones simultáneas: cambiar la definición de los servicios de salud esenciales y las maneras en que éstos están integrados entre sí; redistribuir las responsabilidades en los sistemas de servicios públicos, desde la esfera central hasta la esfera local; y redefinir el papel y el alcance de los servicios públicos.

El aumento de los recursos externos con destino a programas de población y salud reproductiva es imprescindible para ayudar a los países a efectuar esas transiciones y, al mismo tiempo, aprovecharlas para llevar a la práctica las recomendaciones de la CIPD, por ejemplo:

- Diseñar y realizar programas que respondan plenamente a las necesidades y prioridades de los clientes, en un ámbito cambiante;
- Contribuir a fortalecer las infraestructuras física, institucional y de recursos humanos;
- Ofrecer asistencia técnica y productos.

Se necesitan con urgencia recursos adicionales, tanto externos como nacionales, con los siguientes fines:

Los donantes están aportando 1.900 millones de dólares por año, es decir, un tercio de los 5.700 millones de dólares que se necesitan para aplicar el Programa de Acción de la CIPD.

- Ampliar las gestiones con el propósito de obtener las necesarias inversiones con fines de desarrollo;
- Mejorar los datos con destino al diseño, la realización y la vigilancia de los programas;
- Satisfacer el creciente volumen y la diversidad de las demandas y necesidades en materia de servicios;
- Mejorar la calidad de los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y salud reproductiva;
- Actualizar la capacitación del personal a fin de eliminar las barreras que imponen los agentes de salud al acceso voluntario a los servicios, entre ellas las relativas a la pobreza de los clientes, su ubicación geográfica, su género, su edad y el grupo étnico o cultural al que pertenecen;
- Ampliar la información y los servicios ofrecidos a las poblaciones insuficientemente servidas, en particular los pobres;
- Abordar las barreras culturales, sociales y económicas que restringen el acceso a la información y a las oportunidades;
- Mejorar la contratación, la capacitación, la retención y la motivación del personal necesario para la realización de los programas, desde el plano central hacia el plano local.

¿De dónde proceden ahora los recursos?

Los cálculos estimativos de las corrientes de recursos a escala mundial, regional y nacional con destino a programas de población y desarrollo, incluidos los de salud reproductiva, se basan en la información correspondiente a países e instituciones que presentaron informes en 1997³.

Asistencia externa

Los donantes están aportando aproximadamente entre 1.900 millones y 2.000 millones de dólares por año. Algunos de los mayores donantes en el decenio de 1990, entre ellos Noruega y Dinamarca, han asignado una proporción relativamente grande a las cuestiones de población, mientras que otros, en especial los Países Bajos, Australia y el Reino Unido, han comenzado a hacer lo propio. Por otra parte, los Estados Unidos y el Japón, que históricamente habían sido los principales donantes con destino a actividades de población, han reducido recientemente la cuantía de su apoyo.

El Japón, que es el mayor país contribuyente al FNUAP desde 1986, ha dado cumplimiento a su promesa de contribuir a la asistencia internacional con destino a cuestiones mundiales relativas a la población para el período 1994-2000.

El programa de la Comisión Europea (CE) y el FNUAP para proyectos de salud reproductiva en Asia (véase la página 49) es un ejemplo de la voluntad de los miembros de la Comisión Europea

en cuanto a dar cumplimiento a los compromisos asumidos antes de la CIPD. Pero es mucho lo que aún queda por hacer para perfeccionar el proceso de movilización de los fondos de la CE a través de su burocracia.

Las perspectivas de aumento del apoyo de los donantes incluyen un mayor desarrollo de la Iniciativa 20/20. Éste es un compromiso recíproco entre países desarrollados y países en desarrollo que se han aliado para asignar, en promedio, un 20% de su AOD y un 20% de sus presupuestos nacionales, respectivamente, a los servicios sociales básicos. Los cinco componentes de los servicios sociales básicos, según la definición convenida en la reunión sobre la Iniciativa 20/20 celebrada en Oslo en 1996 son: servicios básicos de salud; educación básica; salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual; nutrición; y abastecimiento básico de agua y saneamiento básico⁴.

El Banco Mundial está movilizando recursos con destino a los servicios sociales básicos, entre ellos los de salud reproductiva; por ejemplo, está adoptando medidas para abordar la carga de la deuda de los países pobres sumamente endeudados. También ha aportado 3.600 millones de dólares para ayudar a los pobres a hacer frente a las dificultades económicas y el cambio, y prestar asistencia a los refugiados y las personas desplazadas en situaciones de emergencia.

El Banco Mundial también proporciona préstamos con destino a salud, nutrición, población, educación y a los componentes de protección social de otros préstamos (8.480 millones de dólares en 1998). Los préstamos del Banco han ofrecido un creciente apoyo a los programas integrados de salud reproductiva, tanto directamente como por

RECUADRO 24

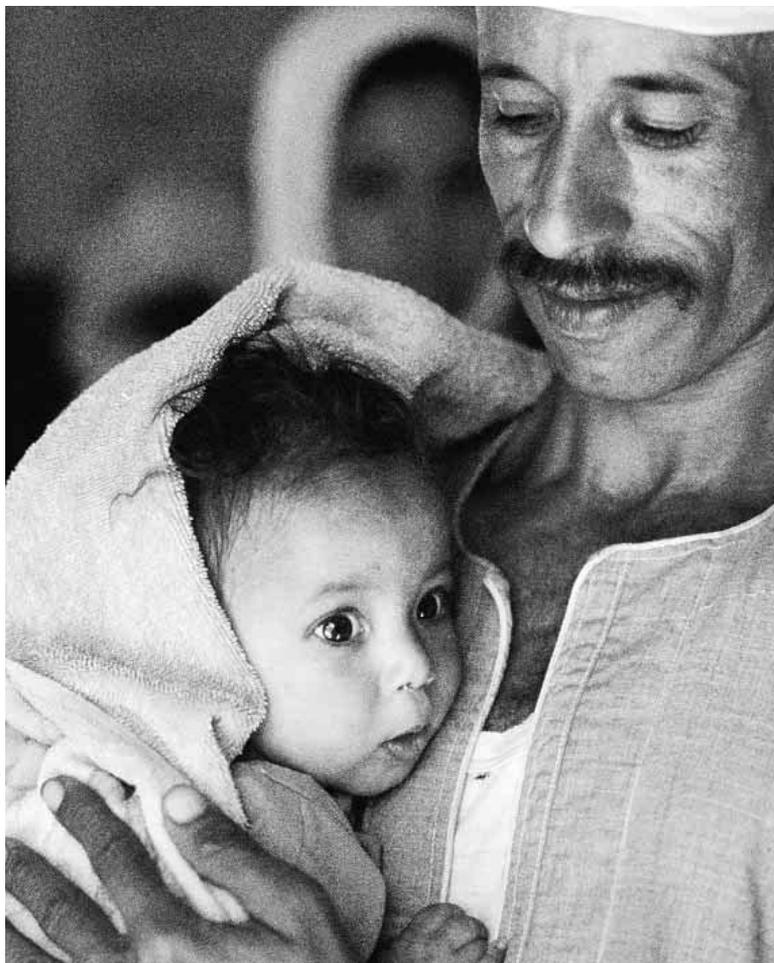
La mitigación de la deuda y el problema de los recursos

Muchos países entre los más pobres, además de sus problemas, están sobrecargados debido a la cuantía extremadamente alta de su deuda externa, acumulada con el aliento de las instituciones financieras antes de que se apreciara la importancia de las inversiones en servicios sociales básicos. En algunos países, el servicio de la deuda representa un importe varias veces superior al total de las asignaciones nacionales al sector de salud o al de educación.

Una ayuda

Hay un nuevo mecanismo para reducir la carga de la deuda: el trueque de la deuda por un aumento en las inversiones sociales. Uganda ha negociado con las instituciones financieras internacionales el trueque de la deuda y otros países están considerando las posibilidades. Las economías logradas por Uganda se han destinado en gran medida a eliminar los derechos de matriculación en la escuela primaria. En dos años, la matriculación aumentó desde un 54% hasta un 90%, en pronunciado contraste con la situación de otros países sumamente endeudados.

Varios donantes han condonado en parte su deuda bilateral, en respuesta a los desastres naturales en Centroamérica. Los países donantes han propuesto la ampliación del programa de mitigación de la deuda del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (la iniciativa de fomento de los países pobres sumamente endeudados). Durante el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se exhortó a estudiar más a fondo la cuestión.



La asistencia externa es de importancia crítica para la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, incluida la promoción de la responsabilidad de los hombres con respecto a la salud reproductiva y la familia. En la foto, un padre y su hijito en Egipto.

conducto de la asistencia sectorial y las reformas del sector de salud.

Las donaciones efectuadas por fundaciones están adquiriendo mayor entidad. En 1996, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, la Fundación MacArthur, la Fundación Hewlett y la Fundación Mellon⁵ aportaron entre 10 millones y 30 millones de dólares cada una, con destino a actividades de población, e importes similares en 1997. En noviembre de 1998, la Fundación Packard anunció que durante los próximos cinco años asignará más de 300 millones de dólares a programas internacionales de población y salud reproductiva.

La Fundación para las Naciones Unidas, establecida con un capital de 1.000 millones de dólares por Ted Turner en 1997, en su primer año otorgó subsidios por valor de más de 12 millones de dólares a varios proyectos de salud reproductiva y ampliación de los medios de acción de la mujer, incluidos varios proyectos de salud reproductiva y salud sexual de los adolescentes.

La Fundación William H. Gates, que apoya las acciones para mejorar la salud y la educación en todo el mundo, ha aportado 1,7 millón de dólares a las Naciones Unidas, para ser utilizados concretamente por el FNUAP en apoyo de la colaboración entre países en desarrollo. Este año, esa Fundación aportó un subsidio multianual de 50 millones de dólares a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, con destino a la lucha contra la mortalidad derivada de la maternidad, que es tradicionalmente el problema de salud reproductiva para cuya solución se tropieza con mayores dificultades. Otros 20 millones de dólares han sido reservados para apoyar a la Uni-

versidad Johns Hopkins en sus actividades de capacitación de profesionales de países en desarrollo en materia de salud reproductiva. En junio de 1999, William y Melinda Gates agregaron 5.000 millones de dólares al capital de su Fundación, con lo cual se duplicaron los recursos disponibles.

Recursos nacionales

A escala mundial, se estima que en 1997 los gobiernos y las ONG nacionales gastaron casi 7.000 millones de dólares en programas de población, sufragados con recursos movilizados en los países en desarrollo⁶. También se calcula, con considerable menos precisión, que fuentes privadas en esos países aportaron otros 1.000 millones de dólares.

Sin embargo, es extremadamente difícil establecer exactamente qué se está gastando para la puesta en práctica del conjunto de servicios de población y salud reproductiva previsto en el Programa de Acción⁷. Los sistemas de contabilidad miden las categorías generales de insumos, como sueldos y suministros, y no los servicios prestados. Con respecto al conjunto de servicios previstos en la CIPD, se calculan solamente los costos de los servicios prestados por conducto de los establecimientos de atención primaria de la salud, pero no la atención hospitalaria y otros servicios necesarios en niveles más altos del sistema.

Además, y lo que es más importante, es difícil conocer la cuantía de los gastos sufragados directamente por individuos. No todos los países hacen encuestas sobre los gastos de los hogares y en las encuestas por lo general no se discrimina concretamente respecto de los servicios de salud. Hay cada vez más información acerca de pagos a servicios de planificación de la familia y salud maternoinfantil⁸, pero esto no incluye otros desembolsos correspondientes a la salud reproductiva.

Los países de Asia y el Pacífico donde se realizan programas son los que movilizaron las mayores cantidades de recursos para programas de población y salud reproductiva en dichos países (más de 5.000 millones de dólares); los siguieron por magnitud de recursos los países de América Latina y el Caribe (más de 1.000 millones de dólares). Importes menores se movilizaron en el Asia occidental, el África septentrional y África al sur del Sahara. Según se estima, los países con economías en transición movilizaron más de 100 millones de dólares.

La mayor parte de los recursos movilizados corresponde a una pequeña cantidad de países de gran magnitud: los gastos combinados de China, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán y México ascendieron a 5.500 millones de dólares, aproximadamente el 80% de todos los recursos nacionales destinados a servicios de salud reproductiva y planificación de la familia. Los demás países en desarrollo, en su mayoría y, en particular, los 51 países menos adelantados, no contaron ni con recursos públicos ni con ingresos privados para satisfacer sus necesidades nacionales.

En algunas esferas, la financiación es mejor que en otras. Hay esferas en que los efectos del déficit de recursos ya se están poniendo de manifiesto. En el Programa de Acción de la CIPD se propuso la suma de 1.300 millones de dólares para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA en el año 2000, en

comparación con los importes gastados recientemente, de menos de 550 millones por año⁹. Los programas de prevención constituyen la estrategia con mejores resultados en función de los costos para contrarrestar la pandemia¹⁰. Será necesario contar con recursos adicionales, además de las estimaciones de la CIPD, para atender a las personas contagiadas con el VIH/SIDA y ayudar a las familias, las comunidades y los países afectados.

Muchos países están tratando de incrementar las contribuciones del sector privado y las organizaciones no gubernamentales. Más de 37 países contaban con iniciativas del sector privado (con gran frecuencia, la comercialización social de anticonceptivos subsidiados) antes de 1994 y otros nueve países las han iniciado después de la CIPD. Algunos países, como Bolivia y México, incluyen ahora los servicios de salud reproductiva en los planes nacionales de seguros. Pese a muchos tropiezos técnicos y de gestión, especialmente para llegar hasta los pobres y otras poblaciones marginadas, probablemente ha de aumentar la participación del sector privado. Una iniciativa del sector privado copatrocinada por el FNUAP alienta el interés del sector privado y las alianzas para satisfacer las necesidades en materia de salud reproductiva.

Aumento de la eficiencia

Para lograr un alto nivel de eficiencia es menester efectuar cuantiosas inversiones iniciales, a fin de sufragar los servicios existentes y también, mejorarlos. La reforma del sector de salud, por ejemplo, arrojará sustanciales dividendos, pero no cabe subestimar los costos de la transición.

La eficiencia no puede considerarse de manera aislada. La promoción, por ejemplo, es eficiente para estimular la demanda de los servicios; pero seguidamente, es menester mejorar los ser-

vicios para satisfacer la demanda. Los sistemas de remisión a establecimientos de mayor capacidad constituyen una eficiente manera de suplementar los servicios clínicos, pero sólo si dichos establecimientos están bien ubicados y equipados para poder hacerse cargo del volumen adicional de pacientes.

Las inversiones con frecuencia preparan el terreno para aumentos ulteriores en la eficiencia. Los países industrializados redujeron la mortalidad derivada de la maternidad hasta sus actuales niveles muy bajos, al equipar a mayor cantidad de instituciones para que se hicieran cargo de emergencias de todo tipo, incluidas las emergencias obstétricas. Algunas inversiones que parecerían ser ineficientes producen beneficios más tarde, como las efectuadas en vigilar la automedicación de todos los pacientes de tuberculosis. Las inversiones iniciales estimularon el establecimiento de métodos con mayor eficacia en función de los costos para asegurar el cumplimiento de las estipulaciones.

Cuando la adopción de decisiones está dominada por consideraciones relativas a la eficiencia, los resultados medidos deben reflejar la gama completa de valores y beneficios buscados. Cuando la eficiencia en función de los costos de los programas de planificación de la familia se medía sobre la base de los alumbramientos evitados, se hacía hincapié en métodos permanentes (por ejemplo, esterilización), en detrimento de los métodos temporales (por ejemplo, píldoras anticonceptivas orales, dispositivos intrauterinos, productos inyectables y métodos de barrera). En la actualidad, al medir la eficiencia en función de los costos se trata de tomar en cuenta la calidad de la atención ofrecida, incluida una gama de anticonceptivos, y las ventajas para el cliente de contar con diferentes métodos en diferentes etapas de su ciclo vital.

Para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud, es preciso realizar cuantiosas inversiones iniciales.



Los servicios sociales básicos, como los de educación, se han perjudicado a raíz de la escasez de recursos causada, en parte, por la disminución de la asistencia para el desarrollo. En la foto, escuela en una aldea de la India.

Alianzas en pro de la salud

Tanto los gobiernos como las entidades de la sociedad civil, aceptan por consenso que asegurar el acceso a los servicios de salud es primordialmente responsabilidad del sector público. Al mismo tiempo, se están debatiendo las incumbencias del sector privado.

En el Programa de Acción de la CIPD se reconoce que para prestar servicios de salud reproductiva es menester una alianza en que muchas instituciones deben participar. Asignar papeles apropiados a diferentes fuentes públicas y privadas, ya sea en la provisión o en la financiación de servicios de salud reproductiva, es una cuestión que debe ser objeto de debate sobre los principios y de experimentación práctica¹¹.

¿Quién sufraga los gastos? ¿Cómo hemos de decidir?

El Banco Mundial estima que los países menos adelantados no sólo gastan menos en servicios de salud que los países de mayores ingresos, sino que a menudo financian con recursos públicos una proporción más pequeña de sus gastos en salud.

En recientes estudios de las cuentas de los servicios nacionales de salud en Filipinas¹² y Bangladesh¹³ se ha confirmado que el gasto directo privado con destino a servicios de salud reproductiva es mayor que lo reconocido anteriormente y puede ser superior al gasto público. Una gran proporción de los gastos de salud, públicos o privados, se destina a la atención curativa; si se necesitan recursos durante una crisis médica, las personas hacen todo lo posible para obtener esos recursos. Por otra parte, la atención de la salud reproductiva es mayormente preventiva, de modo

que hay menos disposición a sufragarla y la planificación de la familia no previene la enfermedad sino el embarazo.

El grado en que se depende de recursos privados para sufragar los servicios de salud reproductiva varía considerablemente. En países como el Brasil y Colombia, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales desempeñan un importante papel en la prestación de los servicios de salud reproductiva. En otros países de América Latina, la participación del Estado es limitada por consideraciones culturales y políticas, o se prefiere el sector privado. Tal vez más de la mitad de todos los gastos de salud en América Latina se financien con recursos privados¹⁴ y probablemente, la proporción de servicios de salud reproductiva financiados privadamente es aun mayor. En cambio, en África y en muchos países de Asia, el Estado es la principal fuente de servicios¹⁵.

Los argumentos en pro de la financiación oficial por gobiernos y donantes de los servicios de salud reproductiva, así como otras estrategias de desarrollo planteadas en el Programa de Acción, son fundamentales¹⁶. Los gobiernos y los donantes deberían subsidiar:

- Servicios a los cuales la sociedad cree que todos los individuos deberían tener acceso, independientemente de su capacidad de pago;
- Actividades que benefician no sólo al individuo, sino a la sociedad en su conjunto;
- Servicios en que el sector privado tiene escaso o ningún incentivo para ofrecerlos; y
- Servicios que contribuyen a reducir la pobreza.

CUADRO 2: Gastos públicos y privados en salud¹⁷

	Gastos en salud		Gastos en salud per cápita
	Públicos % del PIB	Privados % del PIB	PPA Dólares
Escala mundial	2,5	2,7	527
Países de bajos ingresos	1,0	3,2	52
Países de ingresos medianos	2,4	2,0	183
Países de ingresos bajos intermedios	2,2	1,7	119
Países de ingresos altos intermedios	3,0	3,1	427
Total de países de ingresos bajos e intermedios	1,8	2,5	133
Asia oriental y el Pacífico	1,8	1,8	118
Europa y Asia central	3,9	1,0	279
América Latina y el Caribe	2,6	3,7	412
Oriente Medio y África septentrional	2,3	2,4	176
Asia meridional	0,8	3,8	57
África al sur del Sahara	1,7	1,5	82
Países de altos ingresos	6,0	3,6	2.280

Fuente: Banco Mundial. 1999. *World Development Indicators 1999*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

El primero de esos argumentos se base en principios de equidad y derechos. El derecho a la salud, el derecho a la no discriminación por motivos de género y el derecho a escoger el número y el espaciamiento de los propios hijos son componentes básicos de los derechos humanos existentes¹⁸.

En el segundo argumento se reconocen los beneficios generales para la sociedad, incluidos, por ejemplo: el menor efecto social de las enfermedades de transmisión sexual; los menores gastos públicos como resultado del crecimiento de la población y la degradación medioambiental concomitante; y un desarrollo más acelerado como resultado de la mayor participación de las mujeres.

El tercer argumento justifica las inversiones en la reglamentación y la vigilancia de los servicios de salud reproductiva, los ensayos, la investigación y el desarrollo. También justifica el apoyo a difundir información sobre salud reproductiva, lo cual puede contribuir a suscitar una demanda que posibilitaría el interés del sector privado. No obstante, en el Programa de Acción se deja librado a los países la decisión acerca de los principios para asignar responsabilidades a diferentes protagonistas. En forma similar, si bien se afirma claramente la importancia de contar con un conjunto integral de servicios integrados, no se proporciona un modelo. En este enfoque se reconocen las prioridades nacionales y se da lugar a las contribuciones locales, así como la capacidad, las perspectivas, los valores y el ingenio locales.

En el último argumento se reconoce la especial susceptibilidad de los pobres a la mala salud y el embarazo no deseado, lo cual hace más difícil para los pobres escapar de la pobreza.

Asegurar que los servicios de salud reproductiva lleguen a los pobres

Para muchos, el enfoque lógico sería pedir que quienes pueden pagar así lo hagan y proporcionar servicios públicos sólo a los pobres. No obstante, esta restricción corre el riesgo de restar apoyo político: si sólo los pobres se benefician con un programa, los encargados de adoptar decisiones pueden reducir las partidas presupuestarias con esos fines, particularmente cuando hay contracción en los presupuestos gubernamentales¹⁹.

Asimismo, es difícil distribuir eficazmente los insumos públicos. Las presiones políticas causan desviaciones en los servicios a favor de las poblaciones privilegiadas o urbanas, como lo refleja la gran proporción de los presupuestos de salud destinada a hospitales urbanos. Incluso si no existieran esas presiones, las personas mejor educadas y en mejor posición económica están mejor informadas y tienen más confianza para tratar con las burocracias públicas. Las personas pobres y marginadas reciben escasa atención de los funcionarios públicos.

Es posible economizar recursos públicos si quienes están en condiciones de pagar por los servicios así lo hacen, o bien efectuando una transición hacia servicios privados o bien pagando derechos para recibir servicios públicos. No obstante, al plantear niveles máximos de ingresos y poner a prueba los medios de pago de quienes reciben los servicios se incurre en riesgos políticos, además de consumir tiempo y tal vez se gaste más dinero que el que se ahorra.

Las pruebas acerca de la utilización de los servicios por diferentes grupos de población son más claras en lo tocante a la planificación de la familia que en otras esferas de la atención de la salud reproductiva. Estudios efectuados en Viet Nam, Filipinas e Indonesia muestran que el quinto más pobre de la población recibe aproximadamente 15% de los beneficios de servicios financiados con inversiones públicas en planificación de la familia y que los dos quintos más pobres reciben casi el 36%; en cada caso, la proporción es inferior a la que representan esos grupos en el total de la población.

Por otra parte, el quinto más pobre dispone de menos del 9% del ingreso nacional y los dos quintos más pobres, sólo el 22%; de modo que, cuando se compara con la distribución de ingresos, los subsidios de planificación de la familia transfieren, en realidad, recursos a los pobres. Además, la mayor proporción de los beneficios de salud de que disponen los grupos de mayores ingresos es consecuencia de su uso desproporcionado de servicios hospitalarios más costosos. Al imponer el pago por estos servicios se contribuiría más a orientar los beneficios públicos hacia las personas más pobres.

En México, las ONG han tenido más éxito que los programas gubernamentales para hacer llegar los servicios a los pobres, debido a que pueden seleccionar la población beneficiaria. Los clientes de FEMAP (Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, AC), por ejemplo, abarcan una mayor proporción de personas pobres en las periferias urbanas que los programas gubernamentales²⁰.

Al recibir mayores ingresos de quienes están en condiciones de pagar por el uso de servicios más caros y al colaborar con las ONG y el sector privado para llegar a determinadas poblaciones, es posible mejorar la eficacia de los servicios públicos y proporcionar recursos para mejorar su calidad, por ejemplo, a fin de capacitar al personal de modo que preste mejores servicios.

Muchos analistas han recomendado que se dependa más del sector privado para una prestación más eficaz de los servicios de salud reproductiva. El reto es hacerlo sin privar a los numerosos residentes en países en desarrollo que carecen de capacidad de pago. Para tener éxito es preciso aumentar, y no disminuir, las inversiones en salud reproductiva, ensayar diferentes opciones para la prestación de los servicios y la financiación y comprender cuáles son los efectos sobre la calidad y la equidad. Esto representa una necesidad mayor, y no menor, de recursos externos para proporcionar asistencia técnica especializada.

Los donantes deben aceptar su responsabilidad y tener presentes sus propios sistemas de servicios subsidiados y el establecimiento de su propio equilibrio entre el sector público y el sector privado. Las iniciativas privadas son importantes, pero no a expensas de los servicios para los pobres. Un desarrollo más rápido y las mejoras en la salud dependen de que se ofrezca un mayor acceso a los servicios.

Al mismo tiempo, las comunidades están en condiciones de compartir los riesgos y los costos y están dispuestas a ello, a fin de mejorar los servicios de salud reproductiva. Un proyecto en Filipinas ha iniciado un sistema de seguridad social a

Si se pasa a depender en mayor medida del sector privado, es necesario preservar los servicios de salud para los pobres.

fin de compartir los considerables costos de la asistencia obstétrica de emergencia para los casos de embarazos con complicaciones (uno de cada 10). El plan de seguros costaría 2,48 dólares por cada embarazo cubierto por el seguro, pero los posibles beneficios económicos del plan casi duplicarían esos costos²¹. Los beneficiarios directos aún deben financiar en parte los costos reales, lo cual sigue siendo una pesada carga sobre las personas más pobres; pero los individuos y las familias están dispuestos a hacer lo que sea necesario para encontrar el dinero que sufrague servicios que salven vidas y el plan reduce los costos para todos.

En Nepal, algunas comunidades también han aunado sus recursos a fin de financiar el transporte de emergencia para la atención obstétrica²². Sumada a la educación de los esposos acerca de los riesgos y los signos de peligro de complicaciones, así como la necesidad de apoyo a la atención inmediata, la remisión a establecimientos de mayor capacidad de los casos de emergencia puede salvar las vidas de muchas mujeres.

Las contribuciones de la comunidad también pueden asumir la forma de reparaciones, mantenimiento e intendencia general. Con frecuencia, las comunidades pueden proporcionar materiales o trabajos de construcción, para suplementar la provisión de personal y sueldos por parte de la administración pública.

Los sistemas de cobro de derechos por los servicios pueden contribuir a mantener los programas, pero cabe preguntar: acaso el pago de derechos reduce el acceso y desalienta el uso de los

servicios de salud? Las pruebas son contradictorias: algunos estudios han comprobado que el uso de los servicios disminuye inicialmente cuando se impone el pago de derechos, pero que puede restaurarse a lo largo del tiempo. Algunos estudios muestran que el pago de derechos es más aceptable cuando una parte de ellos se destina a mejorar la calidad de los servicios y en esos casos es posible que aumente la utilización de los mismos²³.

Conclusión

Pese a la escasez de recursos y otras limitaciones, los países, tanto desarrollados como en desarrollo, han entablado nuevas alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil para cuestiones de población y desarrollo, han creado programas integrados de salud sexual y salud reproductiva y han promovido los medios de acción de la mujer. Este adelanto indica que se considera que las metas de la CIPD son necesarias y prácticas.

En una era de mundialización, la prestación de servicios sociales básicos es una responsabilidad mundial. La alternativa, si no se presta asistencia para las inversiones a largo plazo en el desarrollo, incluidas las cuestiones de población, es que aumenten las probabilidades de desintegración social y se incremente la demanda de asistencia de socorro a corto plazo. Al abordar los efectos de la desintegración social se salvarán vidas; pero al abordar las causas se posibilitará que las personas y los países establezcan sus propias vidas.

Notas

Capítulo 1

1. Murray, Christopher J. L., y Alan D. López (editores). 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Publicado por Harvard School of Public Health, por cuenta de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1998. Informe sobre Desarrollo Humano 1998. Madrid: Mundi-Prensa Libros, S.A.
3. Véase, por ejemplo: Sanderson, Warren. 1994. "Simulation Models of Demographic, Economic, and Environmental Interactions". En *Population, Development, Environment: Understanding Their Interactions in Mauritius*, editado por Wolfgang Lutz, y otros. Berlín: Springer-Verlag. Según pruebas recogidas recientemente, las fluctuaciones del nivel del mar debidas a los ciclos anteriores de las eras de glaciación ocurrieron en lapsos de sólo algunos decenios y en la actualidad, el clima de la Antártida está experimentando cambios rápidos e inesperados. Véase: Stevens, William K. 7 de julio de 1998. "Catastrophic Melting of Ice Sheet is Possible, Studies Hint." *The New York Times*; y Stevens, William K. 16 de febrero de 1999. "In Ancient Ice Ages, Clues to Climate". *The New York Times*.
4. Según estimaciones de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), hay en todo el mundo unos 50 millones de personas que podrían considerarse legítimamente víctimas de desplazamientos forzados: aproximadamente 22 millones que son de incumbencia directa del ACNUR (refugiados, apátridas o personas cuya nacionalidad está en duda, y algunas personas internamente desplazadas), además de 20 millones de personas internamente desplazadas respecto de las cuales la organización no tiene responsabilidad y unos tres millones de refugiados palestinos que reciben asistencia del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente. Las cifras fueron tomadas del espacio del ACNUR en la Web: <www.unhcr.ch>.
5. El consenso que está surgiendo sobre el importante papel de los factores demográficos en el desarrollo económico se resume en el informe del Simposio sobre Variaciones de la Población y Desarrollo Económico, celebrado del 2 al 6 de noviembre de 1999 en Bellagio (Italia) con el patrocinio de la Fundación Rockefeller y la Fundación Packard. La dinámica se analizó a fondo en: FNUAP. 1998a. *Estado de la Población Mundial 1998: Las Nuevas Generaciones*. Nueva York: FNUAP.
6. FNUAP. 1999a. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: FNUAP.
7. El efecto de la educación de los progenitores (y, en particular, de las madres) sobre la fecundidad ha sido establecido desde hace mucho tiempo por las investigaciones en demografía social. (Un análisis reciente puede encontrarse en: Bledsoe, Caroline, y otros, 1999. *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, D.C.: National Academy Press). Los resultados relativos a la escolarización de los niños figuran en: Montgomery, Mark R., Mary Arends-Kuenning, y Cem Mete. 1999. *The Quantity-Quality Transition in Asia*. Policy and Research Division, Working Paper 123. Nueva York: The Population Council.
8. Véase: Mroz, Thomas A., y otros, 1999. "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania". *Demography* 36(1): págs. 23 a 40.
9. Wall, L. 1998. "The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality Among the Hausa of Northern Nigeria". *Studies in Family Planning* 29(4): pág. 343. Nueva York: The Population Council.
10. FNUAP. 1998b. *Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Rights: Key Future Actions*. Nueva York: FNUAP.
11. Los datos sobre prevalencia arrojan un aumento entre los toxicómanos por vía endovenosa y otras poblaciones que tienen comportamientos de alto riesgo, según se indica en: Banco Mundial. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, cap. 2. Nueva York: Oxford University Press. Los modelos de simulación indican que los aumentos de la prevalencia en las poblaciones que tienen relaciones sexuales comerciales sin protección y relaciones sexuales con múltiples compañeros indiscriminados ocurren con más lentitud pero, no obstante, pueden aumentar desde un nivel mínimo hasta una prevalencia de más del 15% en la población en general, al cabo de diez años. Los estudios de las influencias de las redes sociales sobre la propagación del VIH/SIDA demuestran que es posible que una pandemia general se propague rápidamente en poblaciones donde hay cantidades relativamente pequeñas de mujeres con múltiples compañeros sexuales y pocos grupos en situación de alto riesgo, si algunos hombres infectados tienen relaciones sexuales en forma concurrente en lugar de secuencial y que esto podría haber ocurrido en la pandemia general que afecta a Uganda. (Morris, Martina. 1999. "Sexual Networks and HIV: The Population Dynamics of Infectious Disease." Presentación en el *Population Council*, Nueva York, 4 de marzo de 1999).
12. Los hogares cuyo jefe es una mujer constituyen una apreciable y creciente proporción de los pobres (Naciones Unidas. 1995. *The World's Women: Trends and Statistics*, segunda edición (E.95/XVI.2). Social Statistics and Indicators, Series K, No. 12. Nueva York: Naciones Unidas). Es posible que haya algunas exageraciones incorporadas al discurso en lo tocante al grado de privación relativa de las mujeres (véase: Marcoux, Alain. 1998. *The Feminization of Poverty: Claims, Facts, and Data Needs*. *Population and Development Review* 24(1): págs. 131 a 139. Nueva York: The Population Council.). No obstante, los datos sobre la pobreza de las campesinas y las ancianas señalan, sin lugar a dudas, que han aumentado las proporciones de mujeres entre los pobres.
13. FNUAP. 1999b. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: FNUAP.
14. FNUAP. 5 de junio de 1998. "Winners of 1998 United Nations Population Award Announced." Comunicado de prensa. Nueva York: FNUAP.
15. Un panorama general de los principios, las prácticas y los efectos de las comunicaciones figura en: Piotrow, Phyllis, y otros, 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, Connecticut: Praeger.
16. Véase también: Banco Mundial. 1998. *Assessing Aid*. Nueva York: Oxford University Press.
2. De las políticas y los programas de población, algunos de los que han estado establecidos durante más tiempo están en Asia. La India, por ejemplo, que tenía una larga tradición de censos y registro de datos, puede remontar su preocupación con cuestiones de población a mediados del decenio de 1950. Al igual que en otros países que poseían políticas establecidas desde antigua data, fue necesario actualizar las políticas, estrategias y marcos institucionales para armonizarlos con los principios del Programa de Acción. Otros países con marcos de políticas menos arraigados han formulado políticas acordes con los recientes criterios de población y desarrollo.
3. Naciones Unidas. 1998a. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. Nueva York: Naciones Unidas.
4. La transición demográfica fue descrita inicialmente por Frank Notestein (véase: Notestein, Frank. 1953. "Economic Problems of Population Change". En *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*, págs. 13 a 31. Londres: Oxford University Press.). El autor postuló que las sociedades agrícolas tradicionales necesitaban altas tasas de fecundidad para compensar las altas tasas de mortalidad; que la urbanización, la educación y los cambios económicos y sociales concomitantes causaron una disminución de las tasas de defunción, en particular las tasas de mortalidad de menores de un año; y que las tasas de fecundidad comenzaron a declinar a medida que los hijos pasaron a ser más costosos y menos valiosos en términos económicos.
5. Dos de los estudios de ese tipo mejor conocidos son: Coale, Ansley J., y Susan Cotts Watkins (editores.). 1986. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; y Clely, John, y Chris Wilson. 1987. "Demand Theories of the Fertility Decline: An Iconoclastic View." *Population Studies* 41(1): págs. 5 a 30.
6. Bongaarts, John, y Susan Cotts Watkins. 1996. "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions." *Population and Development Review* 22(4): págs. 639 a 682. Nueva York: The Population Council.
7. Bulatao, Rodolfo A. 1998. *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: Rand Corporation.
8. Incluso quienes reparan en el papel de la educación de la mujer, la mayor educación, el aumento de la movilidad y otros aspectos del desarrollo social y económico reconocen la importante función de los programas nacionales. Véase, por ejemplo: Caldwell, John C., y otros, 1999. "The Bangladesh Fertility Decline: An Interpretation." *Population and Development Review* 22(1): págs. 67 a 84. Nueva York: The Population Council.
9. Bongaarts, John. 1999. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions." En *The Continuing Demographic Transition*, editado por G.W. Jones y J. Caldwell. Londres: Oxford University Press.
10. Bongaarts y Watkins 1996.
11. Un examen científico del concepto de difusión social y su relación con otras explicaciones de la transición demográfica puede encontrarse en: Reed, Holly, Rona Briere, y John Casterline (editores.). 1999. *The Role of Diffusion Processes in Fertility Change in Developing Countries: Report of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academy Press; y próximas publicaciones sobre las ponencias presentadas en el seminario práctico celebrado en enero de 1998 y patrocinado por el *Committee on Population* de la *National Academy of Science*.
12. La División de Población prepara proyecciones de población según tres variantes: alta, mediana y baja que, en teoría, abarcan la gama plausible de resultados demográficos hasta el año 2050. Si bien es frecuente que se presente la variante mediana como un pronóstico, ésta es simplemente el resultado matemático de un conjunto de hipótesis acerca de futuras tasas de fecundidad y mortalidad. Hasta hace poco, la validez de esas proyecciones quedaba limitada aproximadamente a un decenio en el futuro y las revisiones con frecuencia arrojan proyecciones a largo plazo de magnitud superior o inferior. No obstante, las proyecciones sirven como útil instrumento de planificación para la formulación de políticas de población y la planificación social, a escala tanto nacional como internacional.
13. Véase: Lutz, Wolfgang, James W. Waupel, y Dennis A. Ahlburg (editores). 1999. *Frontiers of Population Forecasting*. Supplement to Volume 24. *Population and Development Review*. 1998. Nueva York: The Population Council.
14. Por lo general, las tasas de alfabetización se derivan de datos sobre el grado de alfabetización que declara el interesado en censos o de la actualización de datos censales o de encuestas con estimaciones actualizadas de la matriculación escolar; no se utilizan criterios basados en pruebas de alfabetización. Si bien la UNESCO ha dado a conocer directrices para estimar los niveles de alfabetización, la comparabilidad internacional queda afectada por las diferencias en los métodos y el grado de cobertura. Puede encontrarse un informe cabal sobre estadísticas educacionales dimanadas de datos primarios de la UNESCO y otros datos complementarios en: Banco Mundial. 1998. *World Development Indicators 1998*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
15. La tasa neta de matriculación primaria mide el porcentaje de población en edad escolar que está matriculada en escuelas primarias. En los casos típicos, los datos se recopilan al comenzar cada año lectivo; para una medición más fidedigna de las tasas de participación se necesitarían datos sobre la asistencia cotidiana desglosados por edad, grado y género. Las cifras correspondientes a la matriculación secundaria probablemente están sobrestimadas, debido que los datos suelen basarse en hipótesis sobre promoción, repetición y desgranamiento, en lugar de registros verdaderos de los estudiantes. (Banco Mundial 1998, pág. 37).
16. Algunas subregiones también experimentaron disminución de la matriculación en algunos grados durante el decenio de 1980, pero no se retrotrajeron a los niveles de 1960. Véase: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1998. *Trends and Projections of Enrolment for Level of Education, Age, and Sex 1960-2030 (as Assessed in 1998)*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
17. The Population Council. 1996. *The Unfinished Transition*. The Population Council Issues Papers. Nueva York: The Population Council.
18. Véase: Filmer, Deon, y Lant Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". *Population and Development Review* 25(1): págs. 85 a 120. Nueva York: The Population Council.
19. See: Filmer y Pritchett 1999; y Knodel, Johan, y Gavin Jones. 1996. "Post-Cairo Population Policy: Does Promoting Girls' Schooling Miss the Mark?" *Population and Development Review* 22(4): págs. 683 a 702, 814, 816. Nueva York: The Population Council.
20. Un completo análisis de las estadísticas y problemas de la alfabetización y la educación de adultos figura en: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1997a. *Adult Education in a Polarizing World*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
21. Esta relación se presenta regularmente en gráficos en la serie *World Education Report*. Véase, por ejemplo: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1997b. *World Education Report 1997*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Véase también: Clely, J., y J. van Ginneken. 1988. "Maternal Education and Child Survival in Developing

Capítulo 2

1. Las estadísticas presentadas en esta sección corresponden a los 114 países que han respondido a la encuesta del FNUAP, cuyos resultados figuran en: FNUAP. 1999. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: FNUAP.

- Countries: The Search for Pathways of Influence." *Social Science and Medicine* 27: págs. 1.357 a 1.368. Un importante análisis teórico inicial de las relaciones figura en: Cochrane, Susan H. 1979. *Fertility and Education: What Do We Really Know?* Baltimore, Maryland.: The Johns Hopkins University Press.
22. Véase: Diamond, Ian, Margaret Newport, y Sarah Varle. "Female Education and Fertility: Examining the Links." En *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, editado por Caroline H. Bledsoe, y otros, 1999. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, D.C.: *National Academy Press*.
 23. Véase: Clely, J., y G. Kaufman. 1993. "Education, Fertility, and Child Survival: Unravelling the Links". Ponencia presentada en el seminario del Comité de Antropología y Demografía de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población realizado en Barcelona (España) del 10 al 14 de noviembre. Liège, Bélgica: Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.
 24. Véase, por ejemplo: Cochrane, Susan H., M. A. Khan, e Ibrahim K. T. Osheba. 1990. "Education, Income, y Desired Fertility in Egypt: A Revised Perspective". *Economic Development y Cultural Change* 38(2): págs. 313 a 339.
 25. Bledsoe, Caroline H., Jennifer A. Johnson-Kuhn, y John G. Haaga. "Introduction." En Bledsoe, y otros, 1999.
 26. Un examen a fondo de las repercusiones del envejecimiento de la población figura en: FNUAP. 1998. *Estado de la Población Mundial 1998: Las Nuevas Generaciones*. Nueva York: FNUAP.
 27. *Ibid.*
 28. Organización Mundial de la Salud. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
 29. Una buena síntesis y panorama general de cuestiones demográficas, de salud reproductiva y del SIDA, figura en: Goliber, Thomas J. 1997. *Population and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa: Population Bulletin* 52, No. 4. Washington, D.C.: *Population Reference Bureau*.
 30. FNUAP. (De próxima publicación) > *Noticias sobre el SIDA 1998*. Nueva York: FNUAP.
 31. Bongaarts, John, y Griffith Feeney. 1998. *On the Quantum and Tempo of Fertility*. Policy Research Division Working Papers No. 109. Nueva York: *The Population Council*.
 32. Frejka, Thomas, y John Ross. (De próxima publicación). "The Course to Below Replacement Fertility: A Review of the Empirical Evidence." Suplemento especial de *Population and Development Review* relativo a la transición demográfica. Nueva York: *The Population Council*.
 33. Esos valores mínimos se han registrado en algunos países de América Latina y en Bangladesh (Caldwell, y otros, 1999).
 34. Un conjunto completo de estadísticas sobre urbanización a escala mundial, regional y nacional figura en: Naciones Unidas. 1998. *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económico y Sociales, Naciones Unidas. Se está preparando una revisión actualizada correspondiente a 1998.
 35. Las tendencias y repercusiones de la urbanización fueron temas de: FNUAP. 1996. *Estado de la Población Mundial 1996: Un paisaje que se transforma: La población, el desarrollo y el futuro urbano*. Nueva York: FNUAP.
 36. *Ibid.*
 37. Naciones Unidas. 1996. Trends in Total Migrant Stock. Revision 4 (POP/IB/DB/96/1/Rev.4). Base de datos. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas.
 38. Zlotnick, Hania. 1998. "International Migration Levels, Trends and What Existing Data Systems Reveal." En *Technical Symposium on International Migration and Development*. Equipo de Tareas de las Naciones Unidas sobre Servicios Sociales Básicos para Todos, volumen 1, La Haya, Países Bajos, 29 de junio a 3 de julio de 1998.
 39. *Ibid.*
 40. *Ibid.*
 41. Malthus, Thomas R. 1798. *An Essay on the Principle of Population*. Londres: Impreso para J. Johnson, en St. Paul's Church-Yard.
 42. Meadows, Donella, y otros 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Nueva York: Universe; y Ehrlich, Paul R. 1968. *The Population Bomb*. Nueva York: Ballantine.
 43. Véase: "Estimates of Human Carrying Capacity: A Survey of Four Centuries". En *How Many People Can the Earth Support?* por Joel E. Cohen. 1995. Nueva York: Norton & Company.
 44. Véase: Brown, Lester R., Gary Gardner, y Brian Halweil. 1999. *Beyond Malthus: Nineteen Dimensions of the Population Challenge*. Washington: WorldWatch Institute.
 45. United States Department of Agriculture (USDA). 1998. *Production, Supply and Distribution (PS&D)* (Base de datos electrónicos). Washington, D.C.: United States Department of Agriculture. Véase también: Brown, Gardner y Halweil 1999.
 46. Véase Reid, T.R. 1998. "Feeding the Planet". *National Geographic*, No. 4 (octubre de 1998): págs. 56 a 75.
 47. Seckler, David, David Molden, y Randolph Barker. 1999. "Water Scarcity in the Twenty-first Century." *International Journal of Water Resources Development* 15(1&2): págs. 29 a 43. Véase también: Brown, Gardner y Halweil 1999.
 48. de Onis, M., y otros, 1998. "The Worldwide Magnitude of Protein-Energy Malnutrition: An Overview from the WHO Global Database on Child Growth". Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Véase también: Brown, Gardner y Halweil. 1999.
 49. United States Department of Agriculture (USDA). 1998; United States Department of Agriculture (USDA). 1991. "World Grain Database." Publicación inédita. Washington, D.C.: United States Department of Agriculture (USDA); y United States Bureau of the Census. 1998. *International Data Base* (Base de datos electrónicos), actualización al 30 de noviembre de 1998. Washington, D.C.: *United States Bureau of the Census*.
 50. Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático. 1990. *Climate Change: The IPCC Scientific Assessment*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; y Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático. 1995. *IPCC Working Group I Summary for Policymakers*. Cambridge, Reino Unido: *Cambridge University Press*.
 2. Organización Mundial de la Salud. 1998a. "Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data" (WHO/RHT/MSM/97.16). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 3. Este capítulo se basa principalmente en una encuesta sobre el terreno realizada por el FNUAP en 1998, en la que se obtuvieron respuestas de 114 países, y en estudios de casos de 22 países de Asia (Bangladesh, Pakistán, Nepal, la India, Sri Lanka, Indonesia y Filipinas), África (Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Ghana, el Senegal, Sudáfrica, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia), el Cercano Oriente (Jordania, Egipto y Marruecos) y América Latina y el Caribe (el Brasil, Jamaica, México y el Perú), realizado por el FNUAP, el POLICY Project de *The Futures Group, Population Reference Bureau, Family Care International* y *Center for International Cooperation*. Nueva York University. Hardee, K., y otros. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. POLICY Occasional Working Paper 2. Washington, DC: *The Futures Group International*; Ashford, L., y C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC: *Population Reference Bureau; Family Care International*. 1998a. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A Report of Four African Countries*. Nueva York: *Family Care International*. 1998b. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A South Asia Report*. Nueva York: *Family Care International*; y Forman, S., y R. Ghosh. 1999. *Paying for Essentials: The Reproductive Health Approach to Population and Development*. Policy Paper Series. Nueva York: *Center on International Cooperation*, New York University.
 4. FNUAP. 1998a. *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes, Including Women's Empowerment, Male Involvement and Human Rights*. Informe de la Reunión de Mesa Redonda de Expertos celebrada en Kampala, Uganda, del 22 al 25 de junio de 1998. Nueva York: FNUAP; y FNUAP. 1999a. *Report of the International Forum for the Operational Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, La Haya, Países Bajos, 8 a 12 de febrero de 1999. Nueva York: FNUAP. Esos informes están disponibles en el espacio del FNUAP en la Web: <www.unfpa.org>.
 5. Datos ponderados por el número de mujeres casadas en edad de procrear. Esta estimación se efectuó para el período 1990-1995. Naciones Unidas. 1998a. *World Population Monitoring 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
 6. Barnett, B., y J. Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, North Carolina: *Family Health International*.
 7. FNUAP. 1998b. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1996*. Nueva York: FNUAP.
 8. Se incluyen el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial, la OMS, la IPPF y el *Population Council*.
 9. Starrs, A. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Report on the Safe Motherhood Technical Meeting, Colombo, Sri Lanka, 18 a 23 de octubre de 1997. Nueva York: *Family Care International*; y Maine, D., y A. Rosenfield. 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?" *American Journal of Public Health* (89)4: págs. 480 a 482.
 10. Pathak, Laxmi Raj, y otros. 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Katmandú, Nepal, División de Salud de la Familia, Departamento de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno del Reino de Nepal.
 11. Naciones Unidas. 1999a. *World Abortion Policies 1999* (No. de Venta E.99.XIII.5). Nueva York: Naciones Unidas.
 12. Rahman, A., L. Katzive, y S.K. Henshaw. 1998. "A Global Review of Laws on Induced Abortion". *International Family Planning Perspectives* 24(2): págs. 56 a 64. El estudio abarcó 152 países y territorios independientes cuyas poblaciones eran de un millón o más de habitantes.
 13. Westoff, C.W., y otros. 1998. *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics. Final Study Report*. Calverton, Maryland: Macro International Inc. y Washington, D.C.: POLICY Project.
 14. Ardayfo, Rosemary. 1999. "Midwives to the Rescue". *People and the Planet*. 8(1) Espacio en la Web: <www.oneworld.org/patp/>.
 15. Family Care International 1998b.
 16. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS). 1997. *Impact of HIV y Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update* (UNAIDS/97.4). A Best Practice Collection. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
 17. Shongwe, T. 1998. "The Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education (SPAPE) Programme". En *Confoundings the Critic: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, por HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. Nueva York: International Women's Health Coalition.
 18. FNUAP. 1999. *A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Documento de antecedentes preparado para el Foro de La Haya, La Haya, Países Bajos, 8 a 12 de febrero de 1999. Nueva York: FNUAP; y FNUAP. 1998. *Noticias sobre el SIDA 1998*. Nueva York: FNUAP.
 19. Naciones Unidas. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994) (A/CONF. 171/13), párrafo 4.22. Nueva York: Naciones Unidas.
 20. Center for Reproductive Law and Policy. 1999. *Female Circumcision/Female Genital Mutilation: Global Laws y Policies Towards Elimination*. Nueva York: *Center for Reproductive Law and Policy*. Espacio en la Web: <www.clrp.org>.
 21. Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. Nueva York: Women's Environment and Development Organization (WEDO).
 22. FNUAP. 1997a. *United Nations Population Fund: Proposed Projects y Programmes: Recommendation by the Executive Director: Assistance to the Government of China (DP/FPA/CP/196)*. Tercer período ordinario de 1997 de la Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nueva York: FNUAP.
 23. FNUAP. 1997b. *Estado de la Población Mundial 1997. El derecho a optar: Derechos de procreación y salud de la reproducción*. Nueva York: FNUAP.
 24. Merrick, T. (De próxima publicación). "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities." Washington, D.C.: Banco Mundial. Espacio en la Web: www.worldbank.org.

Capítulo 3

1. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (WHO/FRH/MSM/96.11 y UNICEF/PLN/96.1). Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

25. Sadasivam 1999.
26. Askew, I., G. Fassihian, y N. Maggwa. 1998. "Integrating STI y HIV/AIDS Services at MCH/Family Planning Clinics." En *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, editado por K. Miller, y otros. 1998. Nueva York: *The Population Council*.
27. Family Care International. 1998c. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive y Sexual Health: Zambia Country Report*. Nueva York: *Family Care International*.
28. Family Care International. 1998d. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: Sri Lanka Country Report*. Nueva York: *Family Care International*.
29. Fuente: Hardee, y otros. 1998.
30. Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): págs. 61 a 91.
31. Kols, A.J., y J.E. Sherman. 1998. *Family Planning Programs: Improving Quality*. Population Reports. Series J. No. 47. Baltimore, Maryland: Population Information Program, *Johns Hopkins University*.
32. McFarlane, C., y otros. 1996. "The Quality of Jamaica Public Sector y NGO Family Planning Services: Perspectives of Providers and Clients." Final Study Report. Ndhlovu, I. 1995. *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenya: Clients' and Providers' Perspectives*. Final Report. Nairobi: Ministerio de Salud y Consejo de Población; y Tavrow, P., D. Namate y N. Mpemba. 1995. *Quality of Care: An Assessment of Family Planning Providers Attitudes and Client-Provider Interactions in Malawi*. Documento inédito.
33. Ashford y Makinson 1999.
34. Gorishti, E., y J. Haffey. N.D. "'We Want to Know Everything About It': Albanian Women Speak About Family Planning." Arlington, Virginia: John Snow, Inc. SEATS II.
35. Barnett y Stein 1998.
36. Mroz, T.A., y otros. 1999. "Quality, Accessibility and Contraceptive Use in Rural Tanzania." *Demography* 36(1): págs. 23 a 40.
37. Schuler, S., y Z. Hossain. 1998. "Family Planning Clinics Through Women's Eyes and Voices: A Case Study from Rural Bangladesh." *International Family Planning Perspectives* 24(4): pág. 171.
38. Haberly, N., y otros. 1998. "Unused Capacity and Missed Opportunities in Family Planning Services." En Miller y otros. 1998.
39. Sathar, Z.A., y J.B. Casterline. 1998. "The Onset of Fertility Transition in Pakistan." *Population and Development Review* 24(4): págs. 773 a 796. Nueva York: *The Population Council*.
40. Haberland y otros. 1998.
41. Kols y Sherman 1998.
42. *Ibid.*
43. Lynnam, P.F., L.M. Rabinowitz, y M. Shobowale. 1993. "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services." *Studies in Family Planning* 24(4): págs. 252 a 260.
44. Murphy, E.M., y C. Steele. 1997. "Client-Provider Interactions (CPI) In Family Planning Services." En *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, vol. 1, Technical Guidelines / Competence Working Group, USAID. 1997. Chapel Hill, North Carolina: INTRAH.
45. El Gebaly, H., y otros. 1998. "Egypt's Gold Star Program: Improving Care and Raising Expectations." En Kols y Sherman 1998, págs. 20 y 21.
46. McCauley, A.P., y C. Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults." *Population Reports*. Series J. No. 41. Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins University*.
47. Una excelente fuente de asesoramiento práctico y ejemplos de casos relativos a las comunicaciones en la esfera de la salud reproductiva es la publicación: Piotrow, Phyllis Tilson, y otros. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, Connecticut: Praeger Press (publicado con los auspicios del *Center for Communications Programs, Johns Hopkins School of Public Health*).
48. Buffington, S. deCastro. 1995. "A Framework for Establishing Integrated Reproductive Health Training." *Advances in Contraception* 11: págs. 317 a 324.
49. Kols y Sherman 1998.
50. Bianco, M. 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries." En *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, por HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. Nueva York: *International Women's Health Coalition*.
51. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) 1997.
52. Barnett, B. 1997. "Gender Norms Affect Adolescents." *Network* 17(3): págs. 10 a 13.
53. Mensch, B.S., J. Bruce, y M.E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nueva York: *The Population Council*.
54. Ngwana, A., y A. Akwi-Ogojo. 1996. *Adolescent Reproductive Health Rights in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.: *Center for Development and Population Activities (CEDPA)*.
55. Fuente: Barnett y Stein 1998.
56. Barnett, B. 1997. "Education Protects Health, Delays Sex." *Network* 17(3): págs. 14 y 15, 18 a 20.
57. Gorishti, E., y J. Haffey. ND. "'We Want to Know Everything About It.' Romanian Women Speak About Family Planning." Arlington, Virginia: John Snow Inc. SEATS II.
58. McCauley y Salter 1995.
59. Hughes, J., y A.P. McCauley. 1998. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programmes for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 29(2): págs. 238 y 239.
60. Barnett y Stein 1998; y Schuler y Hossain 1998.
61. Barnett y Stein 1998.
62. Por ejemplo, en las repúblicas del Asia central, el FNUAP y la Organización de Cooperación Económica organizaron en 1998 una conferencia sobre la participación de los hombres. Los países asistentes prepararon un programa de acción para intensificar el papel de los hombres en los programas de salud reproductiva. FNUAP. (De próxima publicación). *ECO/UNFPA Conference on the Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes*, Bakú, Azerbaiyán, 21 a 24 de septiembre de 1998.
63. Ndong, I., y otros. 1998. "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services." *International Family Planning Perspectives* 25 (Suplemento) págs. S53 a S55.
64. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. 1998. *Refugees and Others of Concern to UNHCR: 1997 Statistical Overview*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
65. Entre las ONG coparticipes figuran: *CARE International, International Rescue Committee, John Snow Inc., Marie Stopes International y Women's Commission for Refugee Women y Children*.
66. FNUAP. 8 de abril de 1998. "Emergency Reproductive Health Kits en Route to Kosovo Refugees." Boletín de prensa. Nueva York: FNUAP; y FNUAP. 9 de abril de 1998. "Lives of Mothers and Newborns at Risk in Kosovo Crisis." Nueva York: FNUAP.
67. FNUAP. 25 de mayo de 1999. "UNFPA Report Finds Incidences of Rape and Abduction Among Kosovo Refugees: Women Want to Speak Out". Nueva York: FNUAP.
68. Véase el espacio en la Web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados <www.unhcr.ch>.

Capítulo 4

1. FNUAP. 1998. *Civil Society and Population and Development*. Documento de antecedentes para la Mesa Redonda sobre Alianzas con la Sociedad Civil en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, Dhaka, Bangladesh, 27 a 30 de julio de 1998.
2. En un sentido estricto, las ONG son organizaciones habilitadas por el Estado para celebrar contratos y concertar otros tipos de alianzas oficiales con los donantes y/o los organismos estatales. Con frecuencia, se excluyen de la denominación de ONG aquellas organizaciones cuyas operaciones y gestión se superponen con las del Estado y que operan como agentes del Estado, como las empresas paraestatales.
3. FNUAP. 1999a. *Partnership with Civil Society to Implement the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Nueva York: División de Asuntos Técnicos y de Políticas, FNUAP.
4. Pueden obtenerse los informes de esos foros, que no fueron reuniones intergubernamentales oficiales, en la sección relativa a la CIPD+5 del espacio del FNUAP en la Web (www.unfpa.org).
5. La Cumbre Internacional sobre Microcrédito, celebrada en Washington, D.C., del 2 al 4 de febrero de 1997, Espacio en la Web: <microcreditsummit.org> y la inclusión del microcrédito en el programa de protección social del Banco Mundial son ejemplos de la creciente aceptación de este mecanismo.
6. En un interesante debate se contraponen los enfoques adoptados en virtud del proyecto de salud de la comunidad y planificación de la familia en Navrongo (Ghana septentrional), y el Consorcio Ramos Mujer en el Perú. El primer enfoque ha sido criticado por algunos (véase, por ejemplo: Schuler, Sidney Ruth. 1999. "Gender and Community Participation in Reproductive Health Projects: Contrasting Models from Peru and Ghana". Ponencia presentada en la reunión anual de la *Population Association of America*, Nueva York, 25 a 27 de marzo de 1999), por basarse en una fundamentación demográfica centrada en las opciones individuales de mujeres que viven en ámbitos patriarcales; esos críticos elogian el segundo enfoque, basado en la asociación de mujeres. No obstante, es interesante que, pese a las diferencias en sus premisas y justificaciones iniciales, ambos programas han comenzado una a converger a medida que fueron poniéndose en práctica. El proyecto ghanés ha facilitado la ampliación del papel político de la mujer y su representación en congresos locales y ha abordado cada vez más el contexto social de las decisiones de las mujeres; en los grupos de mujeres del proyecto peruano se ha prestado mayor atención a los debates acerca de cuándo y cómo involucrar a los hombres en sus programas de acción. La sabiduría básica de la CIPD, cuando reconoció que la ampliación de los medios de acción en cuestiones reproductivas era inseparable de otras esferas de la vida, quedó ratificada por las experiencias obtenidas al poner en práctica esos diferentes enfoques.
7. Sawalha, L. 1999. "Barriers of Silence: Reproductive Rights for Women in Jordan". *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): págs. 41 a 46. Roma: Sociedad Internacional para el Desarrollo.
8. Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN). 1999. "Development Alternatives with Women for a New Era: Measuring Up Cairo." Christ Church, Barbados: *Development Alternatives with Women for a New Era*.
9. Pitanguy, J. 1999. "Reproductive Rights are Human Rights". *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): págs. 11 a 14. Roma: Sociedad Internacional para el Desarrollo.
10. FNUAP. 1999b. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry*. Nueva York: FNUAP.
11. Visaria, Leela, Shireen Jejeebhoy, y Tom Merrick. 1997. *From Family Planning to Reproductive Health: Challenges Facing India*. Ponencia presentada en la sesión F.07 sobre Salud Reproductiva: Formulación de Políticas y Repercusiones Programáticas, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población XXIII, Conferencia General de Población, Beijing, China, 11 a 17 de octubre de 1997.
12. Family Care International 1998. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health. Pakistan Country Report*. Nueva York: *Family Care International*.
13. FNUAP. 1999c. En *Common Cause. Summary Report. Non-Governmental Organization Advisory Committee to UNFPA Recommendations and UNFPA Policies and Programmes. 1995, 1996, 1997*. Informe.
14. *Ibid.*
15. *Ibid.*
16. La expresión "asesinato por motivos de honor" se utiliza para describir la matanza, a veces perpetrada por miembros de la familia, de las mujeres de quienes se sospecha que han tenido actividad sexual fuera de los límites tradicionalmente estipulados, o cuando se ha comprobado que la han tenido. Puede abarcar el asesinato de mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. El ostracismo social es una manifestación menos extrema, aun cuando a menudo severa, de esta idea de culpar a las víctimas. Dichas prácticas también se utilizan para restringir y controlar las opciones voluntarias de la mujer, incluso cuando se trata de escoger a cónyuges para toda la vida.
17. Family Care International 1998.
18. FNUAP 1999c.
19. *Ibid.*
20. Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN) 1999.

21. Reunión Regional de ONG de América Latina y los países del Caribe de idioma español. 1998. Evaluación regional de la CIPD+5 por ONG de América Latina y los países del Caribe de idioma español. Informe preparado para el Foro de ONG sobre la CIPD+5, La Haya, Países Bajos, 5 y 6 de febrero de 1999.
22. FNUAP 1999c.
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*
25. Bissell, S. 1999. "Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE): Finding the Middle Ground for Women's Reproductive Rights." *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): págs. 89 y 90. Roma: Sociedad Internacional para el Desarrollo.
26. Bianco, M. 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries." En *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, por HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. Nueva York: *International Women's Health Coalition*.
27. Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development*. Nueva York: Women's Environment and Development Organization (WEDO).
28. *Ibid.*
29. FNUAP. 1999d. *Partnership with Civil Society. A Review of Progress since the International Conference on Population and Development*. Informe preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas con destino al Foro de ONG sobre la CIPD+5, La Haya, Países Bajos. 6 y 7 de febrero de 1999. Technical Report No. 46. Nueva York: FNUAP.
30. Bissell, S., M.C. Mejía, y P. Mercado. 1998. "Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población": NGO/Government Partnership for Reproductive Health in Mexico. En HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
31. Abdullah, R. 1998. "Southeast Asia: Developing an Enabling Policy Environment for Building NGO-Government Relationships." En HERA: *Health, Empowerment, Rights and Accountability* 1998.
32. Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional. 1999. *CIDA's Policy on Gender Equality*. Hull, Quebec: Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional
33. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. 1999. *Reaching the Goals in the S-21: Gender Equality and Health (DCD/DAC/WID[99]2)*, vol. 2. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
34. FNUAP 1999c.
35. Véase el informe: Centre for Development and Population Activities. 1998. *Grassroots to Global Networks: Improving Women's Reproductive Health: ACCESS: Lessons Learned Conference*. Report of a meeting, 18-19 June 1998. Washington D.C.: *Centre for Development and Population Activities*.
36. Xaba, M., y otros.. 1998. "Transformation of Reproductive Health Services Project: South Africa: A Collaboration Between the Women's Health Project and Three Provincial Departments of Health and Welfare." En HERA: *Health, Empowerment, Rights and Accountability* 1998.
37. Federación Internacinald de Planificación de la Familia. 1999. *IPPF and Cairo+5 Bulletin*, Issue 8. London: Federación Internacinald de Planificación de la Familia.
38. NGO Forum and Youth Forum ICPD+5. *Report of The Hague, Netherlands: 6-7 February 1999*. Hilvershum, Países Bajos: *World Population Foundation*.
39. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos 1999.
40. HealthWatch. 1998. "From Contraceptive Targets to Reproductive Health: India's Family Planning Programme after Cairo." En HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
41. FNUAP 1999c.
42. *Ibid.*
43. Esas estadísticas figuran en: FNUAP 1999d.
44. FNUAP 1999c.
45. Alcalá, M.J., División de América Latina y el Caribe, FNUAP. 1999. Comunicación personal.
4. Para impulsar este proceso, en octubre de 1998 se celebró en Hanoi una reunión en la que participaron representantes de 29 países en desarrollo, 19 países donantes, 11 ONG internacionales y 13 organizaciones multilaterales de desarrollo. Los participantes aprobaron el "Consenso de Hanoi sobre la Iniciativa 20/20: Acceso universal a los servicios sociales básicos" y convinieron en que la actual crisis económica y financiera pone de manifiesto la pertinencia de la Iniciativa 20/20 para proteger el acceso de las personas más vulnerables a los servicios sociales básicos.
5. FNUAP. 1999. *Global Population Assistance Report 1997*. Nueva York: FNUAP.
6. Las estimaciones sobre los recursos públicos asignados a la salud reproductiva se basan en cuestionarios enviados a ministerios gubernamentales. Algunos pocos estudios de casos (mencionados en: Janowitz, Barbara, Diana Measham, y Caroline West. 1999. *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*. Research Triangle, North Carolina: *Family Health International*) indican que en estos cálculos es posible subestimar los totales calculados sobre la base de observaciones y entrevistas sobre el terreno.
7. Un examen integral de las dificultades con que se tropezó en este trabajo figura en: Dekker, Ari. 1999. "Background Note on Measuring Resource Flows for Population Activities: Issues and Trends." Documento interno de proyecto. La Haya, Países Bajos. Interdisciplinary Demographic Institute.
8. Por ejemplo, en las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas con el patrocinio de la USAID se evaluará información sobre los derechos cobrados por servicios de planificación de la familia e inmunización. No obstante, hay límites prácticos en cuanto al número de preguntas adicionales que pueden ser formuladas en una encuesta ya bastante compleja y la información sobre la fuente de los servicios está sujeta a algunos errores.
9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) y Harvard School of Public Health. 1999. *Level and Flow of National and International Resources for the Response to HIV/AIDS, 1996-1997 (UNAIDS/99.25E)*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
10. Muchos analistas, entre ellos McGreevey, y otros (McGreevey, William, y otros, 1999. *Value for Money in Reproductive Health: Issues and Options for Governments and Donors*. Washington, D.C.: *Planning and Finance Group, The Futures Group International*) han destacado la cuantía poco realista de los costos resultantes de una estrategia basada en medicamentos contra los retrovirus, particularmente en los países pobres. Se necesitarán recursos adicionales para actividades de prevención del SIDA que no figuran en el conjunto de servicios cuyo costo se calculó en la CIPD, para incluir programas especializados de información y educación orientados a las poblaciones de alto riesgo, particularmente cuando la pandemia aún no está generalizada en la población.
11. Una reciente presentación cabal y completa de estas cuestiones puede encontrarse en: Behrman, Jere R., y James C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation". *Population and Development Review* 24(4): págs. 697 a 738. Nueva York: *The Population Council*.
12. Herrin Alejandro N., y otros. 1996. "National Family Planning Expenditures of the Philippines: Estimates for 1994". Documento inédito.
13. Allison, Christopher. 1998. Comunicación personal.
14. Cálculos basados en datos de: Conly, Shanti. 1998. *Paying Their Fair Share*. Washington, D.C.: Population Action International. Citado en Janowitz, Measham, y West. 1999.
15. La participación del sector privado también se ha considerado en: Bulatao, Rodolfo. 1998. *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: Rand Corporation. La Iniciativa mundial del FNUAP sobre gestión de los productos de salud reproductiva (que se describe en este informe) ha organizado reuniones sobre este tema y preparará informes en el futuro. Un marco teórico para el examen de las decisiones financieras en materia de salud reproductiva figura en: Behrman y Knowles, 1998.
16. Esta presentación dependerá en gran medida de lo indicado en: Janowitz, Measham y West. 1999. Véase también: Behrman y Knowles 1998; McGreevey, y otros. 1999; y Merrick, T. (De próxima publicación). "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities". Washington, D.C.: Banco Mundial. Espacio en la Web: <www.worldbank.org>.
17. Los datos más recientes de que se dispone corresponden al período 1990-1997.
18. Para un análisis más a fondo, véase: FNUAP. 1997. *Estado de la Población Mundial 1997: Derechos de procreación y salud de la reproducción*. Nueva York: FNUAP.
19. Esto se analiza en un interesante examen de las estrategias en materia de atención primaria de la salud (Filmer, Deon, Jeffrey Hammer y Lant Pritchett. 1998. "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." Policy Research Working Paper No. 1874. Washington, D.C.: The World Bank Development Research Group.).
20. Véase el trabajo de Julia Walsh, Malcolm Potts y sus colegas del Bay Area International Health Group (Sylvie, Marceau, Julia Walsh, Elizabeth Townes and Tim Wade. "Can Consumers in Developing Countries Afford Contraceptives?". Proyecto de informe.
21. Se presentan detalles de análisis económico en: Behrman y Knowles 1998.
22. Para más detalles, véase: Pathak, Laxmi Raj, y otros. 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Katmandú, Nepal: División de Salud de la Familia, Departamento de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno del Reino de Nepal.
23. Véase: Janowitz, Measham, y West 1999; Berman y Knowles 1998; y McGreevey y otros. 1999.

Capítulo 5

1. *The 20/20 Initiative: Achieving Universal Access to Basic Social Services for Sustainable Human Development*. Diciembre de 1994. Nota preparada conjuntamente por el PNUD, la UNESCO, el FNUAP, el UNICEF y la OMS. Nueva York: Naciones Unidas. Se incluye un importe superior entre 10.000 millones y 12.000 millones de dólares al importe disponible con destino a planificación de la familia alrededor de 1990.
2. Las pruebas están abundantemente documentadas en una bibliografía cada vez más nutrida, producida en el última decenio. También es evidente a raíz de la importancia que actualmente se acuerda en las instituciones financieras internacionales a la protección social y las medidas para la mitigación de la deuda. "Desarrollo con una faz humana" está dejando de ser un lema y pasando a denominar un conjunto de conceptos prácticos y pragmáticos en las negociaciones y los instrumentos.
3. Se efectuaron estimaciones de los gastos per cápita por subregión, que luego se ampliaron para abarcar las poblaciones totales de las regiones. Se dispuso de datos correspondientes a 89 países en desarrollo, 18 países donantes, 5 instituciones financieras internacionales, 11 fundaciones, 12 organismos u organizaciones de las Naciones Unidas, 77 ONG nacionales y 21 instituciones universitarias o de investigación. Los datos compilados y analizados se presentarán en: FNUAP. (De próxima publicación). *Global Population Assistance Report 1998*. Nueva York: FNUAP.

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación			Indicadores de salud reproductiva					
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5º grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos (bruta) % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos / Métodos modernos	
Total mundial	57	63,3 / 67,6								65	58	50
Regiones más desarrolladas (*)	9	71,1 / 78,7								31	70	51
Regiones menos desarrolladas (+)	63	61,8 / 65,0								71	55	50
Países menos adelantados (‡)	99	49,6 / 51,5								128		
África (1)	87	50,0 / 52,8								119	20	16
África oriental	101	44,4 / 46,4								132		
Burundi	119	41,0 / 43,8	1.300	55 / 46	76 / 78	8 / 5	48 / 67	70	62	55	9	1
Eritrea	91	49,3 / 52,4	1.400	59 / 48	73 / 67	24 / 17				119	5	4
Etiopía	116	42,4 / 44,3	1.400	48 / 27	57 / 53	13 / 10	60 / 74	63		152	4	2
Kenya	66	51,1 / 53,0	650	85 / 85	60 / 62	26 / 22	14 / 31	96	88	95	33	28
Madagascar	83	56,0 / 59,0	660	92 / 91	49 / 33	16 / 16			45	137	17	5
Malawi	138	38,9 / 39,6	620	140 / 127	38 / 48	21 / 12	28 / 59	90	80	162	22	14
Mauricio (2)	16	67,9 / 75,1	112	107 / 106	98 / 99	63 / 66	14 / 22	100		37	75	49
Mozambique	114	43,9 / 46,6	1.500	70 / 50	52 / 39	9 / 6	46 / 77			128	6	6
Rep. Unida de Tanzania	82	46,8 / 49,1	530	67 / 66	81 / 85	6 / 5	20 / 41	74	66	125	18	13
Rwanda	124	39,4 / 41,7	1.300	83 / 80	58 / 60	12 / 9	31 / 48	98	86	56	21	13
Somalia	122	45,4 / 48,6								213		
Uganda	107	38,9 / 40,4	550	81 / 68	82 / 73	15 / 9	26 / 50	82	74	180	15	8
Zambia	82	39,5 / 40,6	230	91 / 86	89 / 84	34 / 21	18 / 35	89	81	134	25	14
Zimbabwe	69	43,6 / 44,7	280	115 / 111	78 / 79	52 / 45	7 / 14	96	93	89	48	42
África central (3)	95	48,6 / 51,7								196		
Angola	125	44,9 / 48,1	1.500	96 / 88		18 / 9				219		
Camerún	74	53,4 / 56,0	550	93 / 84	64 / 69	32 / 22	23 / 39	72	54	140	16	4
Chad	112	45,7 / 48,7	900	76 / 39	62 / 53	15 / 4				185		
Congo, Rep. del	90	46,3 / 50,8	890	120 / 109	40 / 78	62 / 45	17 / 33			141		
Congo, Rep. Dem. del (4)	90	49,2 / 52,3		86 / 59	68 / 58	32 / 19				217	8	2
Gabón	87	51,1 / 53,8	500		58 / 61					172		
Rep. Centroafricana	98	42,9 / 46,9	700	69 / 45	39 / 32	15 / 6	46 / 73			142	15	3
África septentrional (5)	52	63,3 / 66,4								50		
Argelia	44	67,5 / 70,3	140	113 / 102	94 / 95	65 / 62	29 / 55	99		25	52	49
Egipto	51	64,7 / 67,9	170	107 / 94	95 / 93	80 / 70	37 / 62	100	93	65	47	46
Jamahiriya Árabe Libia	28	68,3 / 72,2	220	110 / 111		61 / 57	13 / 40			56	40	26
Marruecos	51	64,8 / 68,5	372	97 / 74	79 / 77	44 / 34	42 / 70	99	94	50	50	42
Sudán	71	53,6 / 56,4	370	55 / 47	90 / 95	23 / 20	37 / 62	71	60	52	8	6
Túnez	30	68,4 / 70,7		120 / 113	90 / 92	66 / 63	24 / 47	99	97	13	60	51
África meridional	62	51,5 / 57,5								71		
Botswana	59	46,2 / 48,4	250	107 / 108	87 / 93	62 / 68	30 / 25	95	95	78	33	32
Lesotho	93	54,7 / 57,3	610	102 / 114	72 / 87	25 / 37	30 / 8	79		86	23	19
Namibia	65	51,8 / 53,0	220	130 / 132	80 / 84	56 / 66	20 / 23	89	78	105	29	26
Sudáfrica	59	51,5 / 58,1	230	133 / 129	72 / 79	87 / 102	16 / 18			68	50	49
África occidental (6)	90	48,6 / 51,3								136		
Benin	88	51,7 / 55,2	500	98 / 57	64 / 57	24 / 10	55 / 81	40		116	16	3
Burkina Faso	99	43,6 / 45,2	930	48 / 31	74 / 77	11 / 6	71 / 90	66	30	157	8	4
Côte d'Ivoire	87	46,2 / 47,3	600	82 / 61	77 / 71	33 / 16	51 / 70	26		133	11	5
Ghana	66	58,3 / 61,8	740	81 / 69	81 / 79	44 / 28	25 / 47	76	70	113	20	10
Guinea	124	46,0 / 47,0	880	62 / 33	85 / 68	18 / 6				193	2	1
Guinea-Bissau	130	43,5 / 46,5	910	79 / 45		10 / 4	53 / 84			190		
Liberia	116	46,1 / 48,5		51 / 28		31 / 13	38 / 72	72	48	213	6	5
Mali	118	52,0 / 54,6	580	55 / 35	87 / 82	13 / 7	60 / 75	42	30	181	7	5
Mauritania	92	51,9 / 55,1	800	84 / 75	61 / 68	21 / 11	51 / 73	61		135	3	1
Níger	115	46,9 / 50,1	593	36 / 22	72 / 74	9 / 5	80 / 93	76	33	199	4	2
Nigeria	81	48,7 / 51,5	1.000	109 / 87		36 / 30	34 / 53	46	34	121	6	3
Senegal	63	50,5 / 54,2	510	75 / 61	89 / 81	20 / 12	57 / 77	74	44	119	13	8
Sierra Leona	170	35,8 / 38,7	1.800	60 / 41		22 / 13		78		202		
Togo	84	47,6 / 50,1	640	140 / 99	74 / 58	40 / 15	34 / 65	94	81	120	12	3
Asia	57	64,8 / 67,9								57	60	56
Asia oriental (7)	38	68,8 / 73,4								5		
China	41	67,9 / 72,0	115	120 / 120	93 / 94	73 / 66	10 / 27			5	83	83
Hong Kong, China (8)	6	75,8 / 81,4	7	93 / 95	99 / 100	71 / 76	4 / 13	98		7	86	79
Japón	4	76,8 / 82,9	8	102 / 102	100 / 100	103 / 104				4	59	53
Mongolia	51	64,4 / 67,3	65	86 / 91		48 / 65				47	61	25
República de Corea	10	68,8 / 76,0	30	94 / 94	100 / 100	102 / 102	1 / 5	100	94	4	79	69
R. P. D. de Corea	22	68,9 / 75,1								2	62	53

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados

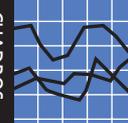
	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva				
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5º grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Asia sudoriental	46	63,7 / 67,8								48		
Camboya	103	51,5 / 55,0	900	119 / 100	56 / 42	36 / 21				14		
Filipinas	36	66,5 / 70,2	208	109 / 110	75 / 75	77 / 78	6 / 6	97	93	43	40	25
Indonesia	48	63,3 / 67,0	390	117 / 112	96 / 81	52 / 44	10 / 22	95	93	58	55	52
Malaysia	11	69,9 / 74,3	43	101 / 103	98 / 100	57 / 65	11 / 21	99	94	25	48	31
Myanmar	79	58,5 / 61,8	580	122 / 117		29 / 30	12 / 22			26	17	14
Rep. Dem. Pop. Lao	93	52,0 / 54,5	650	123 / 101	55 / 51	35 / 23				104	19	15
Singapur	5	74,9 / 79,3	10	103 / 99	100 / 100	69 / 65	5 / 14	98	95	7	74	73
Tailandia	29	65,8 / 72,0	200	98 / 96		57 / 56	4 / 8	100	99	70	74	72
Viet Nam	38	64,9 / 69,6	105	106 / 100		48 / 46	5 / 12	95		27	65	44
Asia centromeridional	73	61,8 / 62,9								103		
Afganistán	152	45,0 / 46,0		64 / 32	86 / 80	32 / 12	54 / 84	4		153	2	2
Bangladesh	79	58,1 / 58,2	850	77 / 66	18 / 26	25 / 13	51 / 74	100	98	115	49	41
Bhután	63	59,5 / 62,0			81 / 84					71	19	
India	72	62,3 / 62,9	437	109 / 90	62 / 55	59 / 39	35 / 62	95		112	41	37
Irán (Rep. Islámica del)	35	68,5 / 70,0	120	102 / 95	92 / 89	81 / 73	21 / 37	91		29	65	45
Nepal	83	57,6 / 57,1	1.500	127 / 90	52 / 52	50 / 25	47 / 81	93	80	120	29	26
Pakistán	74	62,9 / 65,1	340	101 / 45		33 / 17	46 / 76	78	46	90	18	13
Sri Lanka	18	70,9 / 75,4	30	110 / 108	83 / 84	72 / 78	6 / 13	99	98	20	66	43
Asia occidental (9)	51	65,9 / 70,2								57		
Arabia Saudita	23	69,9 / 73,4	18	77 / 75	87 / 92	65 / 57	20 / 41			113		
Emiratos Árabes Unidos	16	73,9 / 76,5		96 / 92	98 / 98	76 / 84	27 / 25			73	27	24
Iraq	95	60,9 / 63,9	310	92 / 78	84 / 84	51 / 33				45	14	11
Israel	8	75,7 / 79,7	7	96 / 96		89 / 87	3 / 7			19		
Jordania	26	68,9 / 71,5	150		98 / 99		10 / 20	100	95	43	35	27
Kuwait	12	74,1 / 78,2	18	76 / 74		65 / 65	18 / 24			34	35	32
Líbano	29	68,1 / 71,7	300	113 / 108		78 / 85	10 / 23	91		26	53	18
Omán	25	68,9 / 73,3		80 / 76	96 / 96	68 / 65	25 / 49			80	22	19
República Árabe Siria	33	66,7 / 71,2	179	106 / 96	93 / 94	45 / 40	15 / 46	78		44	36	28
Turquía (10)	45	66,5 / 71,7	180	107 / 102	92 / 93	67 / 45	8 / 28	99	95	44	63	35
Yemen	80	57,4 / 58,4	1.400	100 / 40		53 / 14	38 / 82	60	27	102	13	10
Europa	12	69,2 / 77,4								25	72	46
Europa oriental	18	63,3 / 73,9								38		
Bulgaria	17	67,6 / 74,7	20	100 / 98	91 / 90	77 / 77	1 / 3			49	76	7
Eslovaquia	11	69,2 / 76,7	8	102 / 102		92 / 96				32	74	42
Hungría	10	66,8 / 74,9	14	104 / 102	98 / 98	96 / 99	1 / 1			28	73	59
Polonia	15	68,2 / 76,9	10	97 / 96		98 / 97	0 / 0			23	75	26
República Checa	6	70,3 / 77,4	7	105 / 103		97 / 100				23	69	45
Rumania	23	66,2 / 73,9	41	104 / 103		79 / 78	1 / 4			36	57	14
Europa septentrional (11)	8	73,5 / 79,5								24		
Dinamarca	7	73,0 / 78,3	9	102 / 101	100 / 99	120 / 123				9	78	71
Estonia	19	63,0 / 74,5	52	95 / 93	96 / 97	100 / 108				38	70	56
Finlandia	6	73,0 / 80,6	11	99 / 99	100 / 100	107 / 125				10	80	77
Irlanda	7	73,6 / 79,2	10	104 / 104	100 / 100	112 / 120				19		
Letonia	18	62,5 / 74,4	15	98 / 93		82 / 85	0 / 1			27	48	39
Lituania	21	64,3 / 75,6	13	100 / 96		85 / 88	1 / 1			37	59	20
Noruega	5	75,2 / 81,1	6	99 / 99	100 / 100	119 / 113				13	74	69
Reino Unido	7	74,5 / 79,8	9	114 / 116		123 / 144				29	82	78
Suecia	5	76,3 / 80,8	7	105 / 107	98 / 97	126 / 148				7	78	71
Europa meridional (12)	10	73,7 / 80,1								14		
Albania	30	69,9 / 75,9	28	106 / 108	81 / 83	37 / 38				34		
Bosnia y Herzegovina	15	70,5 / 75,9								28		
Croacia	10	68,8 / 76,5	12	88 / 87		81 / 83	1 / 4			19		
Eslovenia	7	70,6 / 78,2	5	98 / 98		90 / 93	0 / 1			17		
España	7	74,5 / 81,5	7	110 / 108	98 / 99	116 / 128	2 / 4			8	59	37
Grecia	8	75,6 / 80,7	10	94 / 94	99 / 100	95 / 96	2 / 6			13		
Italia	7	75,0 / 81,2	12	101 / 100	100 / 100	94 / 94	1 / 2			7	78	32
Macedonia (ex Rep. Yugoslava de)	23	70,9 / 75,3	22	100 / 98	95 / 95	64 / 62				42		
Portugal	9	71,8 / 78,9	15	131 / 125		102 / 111	7 / 13			20	66	32
Yugoslavia	18	70,2 / 75,5	12	69 / 70		60 / 64				39	55	12

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación			Indicadores de salud reproductiva					
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5° grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Europa occidental (13)	6	74,1 / 80,8								10		
Alemania	5	73,9 / 80,2	22	102 / 102		105 / 103			11	75	72	
Austria	6	73,7 / 80,2	10	101 / 101		106 / 102			18	71	56	
Bélgica	7	73,8 / 80,6	10	103 / 102		141 / 152			11	79	75	
Francia	6	74,2 / 82,0	15	107 / 105		112 / 111			9	75	70	
Países Bajos	6	75,0 / 80,7	12	108 / 106	93 / 96	141 / 134			4	79	76	
Suiza	6	75,4 / 81,8	6						4	71	65	
América Latina y el Caribe	36	66,1 / 72,6								76	66	57
Caribe (14)	36	66,3 / 71,0								74		
Cuba	9	74,2 / 78,0	36	108 / 104		76 / 85	4 / 4	100	65	70	68	
Haití	68	51,4 / 56,2	600	49 / 46	47 / 46	21 / 20	53 / 59	81	66	70	18	13
Jamaica	22	72,9 / 76,8	120	100 / 99	93 / 98	63 / 67	20 / 11	99	91	62	58	
Puerto Rico	12	69,4 / 78,5					7 / 7		70	64	57	
República Dominicana	34	69,0 / 73,1	110	103 / 104		34 / 47	18 / 19	100	96	89	64	60
Trinidad y Tabago	15	71,5 / 76,2	90	99 / 98	98 / 99	72 / 75	2 / 3	97	96	40	53	45
Centroamérica	33	68,4 / 74,0								81		
Belice	29	73,4 / 76,1		123 / 119	70 / 71	47 / 52		95	99	47	42	
Costa Rica	12	74,3 / 78,9	55	104 / 103	86 / 89	45 / 50	5 / 5	100	99	85	75	65
El Salvador	32	66,5 / 72,5	300	93 / 92	76 / 77	32 / 36	21 / 27	98	95	53	48	
Guatemala	46	61,4 / 67,2	190	94 / 82	52 / 47	27 / 25	27 / 43	70	64	119	31	26
Honduras	35	67,5 / 72,3	220	110 / 112	45 / 51	29 / 37	30 / 31	95	115	50	41	
México	31	69,5 / 75,5	110	116 / 113	85 / 86	61 / 61	8 / 13	91	72	70	67	58
Nicaragua	43	65,8 / 70,6	160	101 / 104	52 / 57	41 / 47	37 / 37	97	152	49	45	
Panamá	21	71,8 / 76,4	55	108 / 104	80 / 84	61 / 65	9 / 10	95	82	58	54	
América del Sur (15)	37	65,3 / 72,3								73		
Argentina	22	69,7 / 76,8	100	114 / 113		73 / 81	4 / 4		65			
Bolivia	66	59,8 / 63,2	370	99 / 90	63 / 58	40 / 34	10 / 25	73	66	79	45	17
Brasil	42	63,1 / 71,0	160	107 / 98		31 / 36	17 / 17	100	95	72	77	71
Chile	13	72,3 / 78,3	180	103 / 100	100 / 100	72 / 78	5 / 5		49			
Colombia	30	67,3 / 74,3	100	113 / 112	70 / 76	65 / 69	10 / 10	98	94	88	72	59
Ecuador	46	67,3 / 72,5	150	123 / 122	84 / 86	50 / 50	8 / 12	89	88	72	57	46
Paraguay	39	67,5 / 72,0	190	113 / 110	70 / 73	42 / 45	7 / 10	98	90	76	56	41
Perú	45	65,9 / 70,9	280	125 / 121	78 / 74	72 / 67	7 / 17	96	89	58	64	41
Uruguay	18	70,5 / 78,0	85	109 / 108	97 / 99	75 / 90	3 / 2		70			
Venezuela	21	70,0 / 75,7	200	90 / 93	86 / 92	33 / 46	8 / 9	98	68	98	49	37
América del Norte (16)	7	73,6 / 80,2								56	71	68
Canadá	6	76,1 / 81,8	6	103 / 101		105 / 105			23	75	74	
Estados Unidos de América	7	73,4 / 80,1	12	103 / 101		98 / 97			59	71	67	
Oceanía	24	71,4 / 76,3								28	29	22
Australia-Nueva Zelanda	6	75,2 / 80,9							22	76	72	
Australia (17)	6	75,5 / 81,1	9	101 / 101		149 / 148			20	76	72	
Melanesia (18)	53	59,9 / 62,2							34			
Nueva Caledonia	11	69,2 / 76,3		127 / 123	96 / 94	80 / 88			55			
Nueva Zelanda	7	74,1 / 79,7	25	99 / 99	99 / 99	111 / 117			34	75	72	
Papua Nueva Guinea	61	57,2 / 58,7	930	87 / 74	72 / 74	17 / 11			24	26	20	
Vanuatu	39	65,5 / 69,5		101 / 94	90 / 91	23 / 18			74			
Países de la ex URSS con economías en transición (19)												
Armenia	26	67,2 / 73,6	21	87 / 91		100 / 79			41			
Azerbaiyán	36	65,5 / 74,1	44	108 / 105		73 / 81			17			
Belarús	23	62,2 / 73,9	22	100 / 96		91 / 95	0 / 2		36	50	42	
Federación de Rusia	18	60,6 / 72,8	53	108 / 107		84 / 91	0 / 2		45			
Georgia	20	68,5 / 76,8	19	89 / 88		78 / 76			47			
Kazajistán	35	62,8 / 72,5	53	97 / 98		82 / 91			54	59	46	
Kirguistán	40	63,3 / 71,9	32	106 / 103		75 / 83			40			
República de Moldova	29	63,5 / 71,5	33	98 / 97		79 / 82	1 / 3		32	74	50	
Tayikistán	57	64,2 / 70,2	74	97 / 94		83 / 74	1 / 2		35			
Turkmenistán	55	61,9 / 68,9	44						20			
Ucrania	19	63,8 / 73,7	30	87 / 87		88 / 95			36			
Uzbekistán	44	64,3 / 70,7	24	79 / 77		100 / 88			35	56	52	

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) 1999	Población, proyección (millones) 2025	Tasa media crec. dem. 1995-2000 (%)	% Pobl. urbana 1995	Tasa crec. pobl. urbana 1995-2000	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total 1995-2000	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1995) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares Educ. Salud	Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU.)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable	
Total mundial	5.978,4	7.823,7	1,3	45	2,5		2,71	58			(1.646.074)	80 / 80			
Regiones más desarrolladas (*)	1.185,2	1.214,9	0,3	75	0,7		1,57	99				13 / 10			
Regiones menos desarrolladas (+)	4.793,2	6.608,8	1,6	38	3,3		3,00	53				87 / 88			
Países menos adelantados (‡)	629,6	1.092,6	2,4	22	5,2		5,05					160 / 151			
África (1)	766,6	1.298,3	2,4	34	4,3		5,06	42			464.557 ²⁰	146 / 133			
África oriental	240,9	426,2	2,6	22	5,3		5,79	34				169 / 154			
Burundi	6,6	11,6	1,7	8	6,4	5,1	6,28	24	620	19,2	5.530	189 / 168		58	
Eritrea	3,7	6,7	3,8	17	4,7	5,0	5,70	21	1.040	18,7	4.459	154 / 137		7	
Etiopía	61,1	115,4	2,5	13	5,1	4,1	6,30	8	500	20,0	29.130	193 / 174	284	26	
Kenya	29,5	41,8	2,0	28	5,6	4,7	4,45	45	1.160	76,6	18,0	29.270	107 / 101	476	45
Madagascar	15,5	29,0	3,0	27	5,6	3,8	5,40	57	900	17,1		11.162	123 / 110		16
Malawi	10,6	20,0	2,4	14	4,6	4,6	6,75	55	700	38,5		22.695	223 / 217		60
Mauricio (2)	1,2	1,4	0,8	41	1,6	1,4	1,91	97	9.230	396,9	172,0	324	22 / 13		100
Mozambique	19,3	30,6	2,5	34	7,1	4,3	6,25	44	690			22.207	193 / 173	481	24
Rep. Unida de Tanzania	32,8	57,9	2,3	24	5,7	6,2	5,48	38	620			35.037	138 / 123	453	49
Rwanda	7,2	12,4	7,7	6	4,7	4,3	6,20	26	650			5.586	213 / 191		
Somalia	9,7	21,2	4,2	26	4,7	7,0	7,25	2				2.906	212 / 195		
Uganda	21,1	44,4	2,8	13	5,4	2,4	7,10	38	1.160	30,2	16,2	31.133	181 / 164		42
Zambia	9,0	15,6	2,3	43	3,3	1,1	5,55	47	910	20,0	24,6	19.954	149 / 144	628	53
Zimbabwe	11,5	15,1	1,4	32	4,4	2,3	3,80	69	2.240	185,9	47,9	23.301	123 / 111	929	77
África central (3)	93,2	184,7	2,7	33	4,5		6,17	42				158 / 139			
Angola	12,5	25,1	3,2	32	5,6	2,3	6,80	17	820			5.443	217 / 199	532	32
Camerún	14,7	26,5	2,7	45	4,7	1,1	5,30	58	1.770	51,3	17,5	6.647	120 / 109	369	41
Chad	7,5	13,9	2,6	21	4,1	1,6	6,07	15	950	22,8	31,9	4.024	184 / 164		24
Congo, Rep. del	2,9	5,7	2,8	59	4,2	6,9	6,06	50	1.290	80,0	42,1	1.021	147 / 116	457	
Congo, Rep. Dem. del (4)	50,3	104,8	2,6	29	4,3	3,9	6,43	760				1.945	148 / 130	305	
Gabón	1,2	2,0	2,6	50	4,2	1,0	5,40	80	6.560	183,7		677	143 / 127	1.403	67
Rep. Centroafricana	3,6	5,7	1,9	39	3,5	1,3	4,90	46	1.310			2.546	172 / 141		23
África septentrional (5)	170,0	249,1	2,0	46	3,1		3,58	64				80.806 ²¹	73 / 67		
Argelia	30,8	46,6	2,3	56	3,5	0,9	3,81	77	4.250	216,8	152,1	1.354	57 / 45	842	
Egipto	67,2	95,6	1,9	45	2,6	7,6	3,40	46	3.080	147,8	45,9	36.154	65 / 64	638	84
Jamahiriyá Árabe Libia	5,5	8,6	2,4	86	3,9	0,2	3,80	94				11	32 / 31	2.935	95
Marruecos	27,9	38,7	1,8	48	2,9	1,1	3,10	40	3.210	170,1	41,2	31.766	74 / 62	329	57
Sudán	28,9	46,3	2,1	25	4,7	1,4	4,61	86	1.370			3.931	115 / 108	397	60
Túnez	9,5	12,8	1,4	57	2,6	0,5	2,55	81	5.050	338,4	133,9	3.751	38 / 36	735	90
África meridional	46,3	55,9	1,6	48	3,3		3,43	79				102 / 82			
Botswana	1,6	2,2	1,9	28	6,3	1,9	4,35	77	7.430	772,7		2.505	112 / 101		70
Lesotho	2,1	3,5	2,2	23	5,8	2,5	4,75	50	2.490	174,3		1.050	132 / 127		62
Namibia	1,7	2,3	2,2	37	5,3	1,0	4,90	68	5.100	464,1	171,2	2.265	125 / 119		60
Sudáfrica	39,9	46,0	1,5	51	3,0	0,4	3,25	82	7.190	568,0	246,6	20.540	98 / 76	2.482	59
África occidental (6)	216,3	382,5	2,5	37	4,9		5,47	35				162 / 149			
Benin	5,9	11,1	2,7	31	4,6	1,7	5,80	60	1.260	40,3		5.808	142 / 124	341	72
Burkina Faso	11,6	23,3	2,7	27	8,9	2,9	6,57	41	1.000	15,0	29,2	9.133	176 / 166		
Côte d'Ivoire	14,5	23,3	1,8	44	4,7	1,0	5,10	45	1.690	84,5	23,2	8.279	144 / 129	382	72
Ghana	19,7	36,9	2,7	36	4,4	2,3	5,15	44	1.610		30,3	16.050	107 / 95	380	65
Guinea	7,4	12,5	0,8	30	5,5	7,2	5,51	31	1.790			10.443	207 / 208		55
Guinea-Bissau	1,2	1,9	2,2	22	4,6	2,7	5,75	25				1.802	214 / 192		53
Liberia	2,9	6,6	8,2	45	4,5	4,8	6,31	58				934	184 / 163		
Malí	11,0	21,3	2,4	27	5,4	2,0	6,60	24	720	15,8	9,5	12.779	244 / 227		48
Mauritania	2,6	4,8	2,7	54	4,3	2,5	5,50	40	1.650	84,2	24,9	1.045	155 / 142		64
Níger	10,4	21,5	3,2	17	5,8	1,7	6,84	15	830			6.473	198 / 181		48
Nigeria	108,9	183,0	2,4	39	4,8	1,3	5,15	31	860	7,7	2,4	18.678	154 / 140	722	50
Senegal	9,2	16,7	2,6	42	4,0	2,8	5,57	47	1.690	59,2		9.571	117 / 112	302	50
Sierra Leona	4,7	8,1	3,0	36	4,4	5,1	6,06	25	410			400	277 / 248		34
Togo	4,5	8,5	2,6	31	4,8	1,1	6,05	32	1.460	68,6	24,6	2.073	137 / 120		55
Asia	3.634,3	4.723,1	1,4	35	3,2		2,60	54				371.539	71 / 77		
Asia oriental (7)	1.473,4	1.695,4	0,9	37	2,9		1,77	86				39 / 50			
China	1.266,8	1.480,4	0,9	30	3,6	6,3	1,80	85	3.070	70,6	49,1	4.701	43 / 54	902	83
Hong Kong, China (8)	6,8	7,7	2,1	95	0,5	5,1	1,32	100	24.350	706,2	525,5	19	8 / 6	1.931	
Japón	126,5	121,2	0,2	78	0,4	1,5	1,43	100	24.400	878,4	1.284,9	(93.760) ²²	6 / 5	4.058	96
Mongolia	2,6	3,7	1,7	61	2,9	0,5	2,60	99	1.490	95,4	74,7	971	72 / 75		54
República de Corea	46,5	52,5	0,8	81	2,1	2,6	1,65	95	13.430	496,9	299,6	119	13 / 13	3.576	83
R. P. D. de Corea	23,7	29,4	1,6	61	2,3	3,7	2,05	100				2.337	27 / 25	1.063	100

Indicadores demográficos, sociales y económicos



	Población, total (millones) 1999	Población, proyección (millones) 2025	Tasa media crec. dem. 1995-2000 (%)	% Pobl. urbana 1995	Tasa crec. pobl. urbana 1995-2000	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total 1995-2000	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1995) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares Educ.	Salud	Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU.)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable	
Asia sudoriental	511,1	683,5	1,5	34	3,7		2,69	54					66 / 57			
Camboya	10,9	16,5	2,3	21	5,6	1,9	4,60	31	1.290	37,4		19.756	141 / 127		13	
Filipinas	74,5	108,3	2,1	54	3,7	3,0	3,62	53	3.670	80,7	37,7	48.602	49 / 38	528	83	
Indonesia	209,3	273,4	1,4	35	4,1	3,0	2,58	36	3.390	47,5	20,0	32.553	69 / 56	672	65	
Malasia	21,8	31,0	2,0	54	3,4	0,6	3,18	98	7.730	402,0	150,4	843	16 / 13	1.950	89	
Myanmar	45,1	58,1	1,2	26	3,7	3,2	2,40	57				884	121 / 104	294	60	
Rep. Dem. Pop. Lao	5,3	9,7	2,6	22	5,7	4,6	5,75	30	1.300	32,5	15,0	3.409	154 / 146		51	
Singapur	3,5	4,2	1,4	100	0,8	7,0	1,68	100	29.230	876,9	364,4	8	6 / 6	7.835	100	
Tailandia	60,9	72,7	0,9	20	2,8	1,5	1,74	71	6.490	266,1	116,9	10.181	37 / 33	1.333	89	
Viet Nam	78,7	108,0	1,6	21	3,5	7,7	2,60	79	1.590	41,3	13,7	17.113	54 / 57	448	47	
Asia centromeridional	1.465,8	2.049,9	1,8	29	3,4		3,36	34					91 / 101			
Afganistán	21,9	44,9	2,9	20	7,7	1,8	6,90	8				1.060	257 / 257			
Bangladesh	126,9	178,8	1,7	18	5,2	8,1	3,11	8	1.090	31,6	11,3	93.492	106 / 116	197	84	
Bhután	2,1	3,9	2,8	6	6,3	11,3	5,50	12				1.076	98 / 94			
India	998,1	1.330,4	1,6	27	3,0	3,2	3,13	35	1.660	56,4	8,8	46.228	82 / 97	476	85	
Irán (Rep. Islámica del)	66,8	94,5	1,7	59	3,0	1,1	2,80	74	5.690	227,6	85,0	1.791	52 / 51	1.491	90	
Nepal	23,4	38,0	2,4	14	6,5	6,9	4,45	9	1.090	30,5	12,6	17.323	110 / 124	320	59	
Pakistán	152,3	263,0	2,8	35	4,6	3,4	5,03	18	1.580	47,4	10,7	16.722	108 / 104	446	62	
Sri Lanka	18,6	23,5	1,0	22	2,8	4,6	2,10	94	2.460	83,6	28,8	2.186	22 / 20	371	70	
Asia occidental (9)	184,0	294,3	2,2	66	3,4		3,77	74				34.462²¹	69 / 61			
Arabia Saudita	20,9	40,0	3,4	80	3,9	0,6	5,80	90	10.540	579,7	176,9		31 / 24	4.753	93	
Emiratos Árabes Unidos	2,4	3,3	2,0	84	2,5	1,8	3,42	99			316,0		21 / 17	13.155	98	
Iraq	22,5	41,0	2,8	75	3,7	0,4	5,25	54				481	119 / 114	1.174	77	
Israel	6,1	8,3	2,2	91	1,6	0,4	2,68	99	17.680	1.273,0	325,5		28	11 / 9	2.843	99
Jordania	6,5	12,1	3,0	71	4,1	1,4	4,86	97	3.350	244,6	121,8	7.897	32 / 31	1.040	98	
Kuwait	1,9	3,0	3,1	97	3,4	3,4	2,89	98				304	16 / 14	8.167	100	
Líbano	3,2	4,4	1,7	87	2,3	0,5	2,69	89	6.090	152,3		608	39 / 31	1.164	94	
Omán	2,5	5,4	3,3	13	7,4	14,4	5,85	91				352	35 / 24	2.231	88	
República Árabe Siria	15,7	26,3	2,5	52	4,3	0,8	4,00	77	3.000	126,0		2.678	47 / 33	1.002	88	
Turquía (10)	65,5	87,9	1,7	69	3,5	0,8	2,50	76	6.470	142,3	161,4	7.205	67 / 52	1.045		
Yemen	17,5	39,0	3,7	34	5,9	5,5	7,60	43	720	46,8	4,1	10.528	112 / 114	187	39	
Europa	728,9	702,3	0,0	74	0,5		1,42	99					16 / 12			
Europa oriental	307,6	287,5	-0,2	70	0,5		1,36	99				22.533^{21,23}	25 / 18			
Bulgaria	8,3	7,0	-0,7	71	0,3	0,2	1,23	100	3.870	127,7	205,1	362	23 / 16	2.705		
Eslovaquia	5,4	5,4	0,1	59	1,2	0,3	1,39	95	7.860	385,1			14 / 12	3.266		
Hungría	10,1	8,9	-0,4	65	0,4	0,3	1,37	99	6.970	327,6	317,2	78	13 / 10	2.499		
Polonia	38,7	39,1	0,1	65	0,9	0,6	1,53	99	6.510	338,5	276,3	226	18 / 14	2.807		
República Checa	10,3	9,5	-0,2	65	0,4	0,3	1,19	99	10.380	560,5	741,3	3	9 / 7	3.917		
Rumania	22,4	19,9	-0,4	55	0,6	0,4	1,17	99	4.270	153,7		2.740	39 / 26	2.027	62	
Europa septentrional (11)	94,3	95,9	0,2	84	0,4		1,69	99					10 / 8			
Dinamarca	5,3	5,2	0,3	85	0,2	0,1	1,72	100	23.450	1.922,9	1.176,2	(46.990)	10 / 7	4.346		
Estonia	1,4	1,1	-1,2	73	-0,1	0,2	1,29	95	5.090	371,6			33 / 17	3.834		
Finlandia	5,2	5,3	0,3	63	1,0	0,1	1,73	100	19.660	1.494,2	1.085,1	(17.335)	7 / 6	6.143	98	
Irlanda	3,7	4,4	0,7	58	0,8	0,3	1,90	99	17.420	1.010,4	998,1		9 / 7	3.293		
Letonia	2,4	1,9	-1,5	73	-0,2	0,2	1,25	98	3.970	258,1		768	31 / 18	1.674		
Lituania	3,7	3,4	-0,3	72	0,7	0,2	1,43	95	4.140	231,8		24	29 / 18	2.414		
Noruega	4,4	4,8	0,5	73	0,7	0,3	1,85	100	24.260	1.819,5	1.515,2	(54.296)	7 / 6	5.284	100	
Reino Unido	58,7	60,0	0,2	89	0,4	0,2	1,72	98	20.710	1.118,3	1.171,5	(117.431)	9 / 8	3.992	100	
Suecia	8,9	9,1	0,3	83	0,5	0,1	1,57	100	19.010	1.577,8	1.415,8	(53.177)	7 / 6	5.944		
Europa meridional (12)	144,1	135,0	0,1	65	0,6		1,31	98					13 / 11			
Albania	3,1	3,8	-0,4	37	2,2	2,5	2,50	99	2.170	67,3		1.426	46 / 39	362	76	
Bosnia y Herzegovina	3,8	4,3	3,0	49	6,1	0,4	1,35	97				635	19 / 15	777		
Croacia	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,4	1,56		4.930	261,3	346,1	116	14 / 11	1.418	63	
Eslovenia	2,0	1,8	-0,1	64	1,2	0,2	1,26	100	11.880	689,0			9 / 8	3.098	98	
España	39,6	36,7	0,0	76	0,4	0,2	1,15	96	15.690	768,8	903,1	(7.438)	9 / 7	2.583		
Grecia	10,6	9,9	0,3	65	1,0	0,4	1,28	99	12.540	376,2	630,9		9 / 8	2.328		
Italia	57,3	51,3	0,0	67	0,2	0,3	1,20	100	20.100	944,7	1.111,4	(2.203)	9 / 8	2.808		
Macedonia (ex Rep. Yugoslava de)	2,0	2,3	0,6	60	1,5	0,5	2,06	93	3.180	178,1			27 / 24			
Portugal	9,9	9,3	0,0	36	1,4	0,6	1,37	98	14.180	779,9	668,2	(414)	12 / 10	1.928	82	
Yugoslavia	10,6	10,8	0,1	57	0,9	0,6	1,84					18	28 / 23	1.364		

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) 1999	Población, proyección (millones) 2025	Tasa media crec. dem. 1995-2000 (%)	% Pobl. urbana 1995	Tasa crec. pobl. urbana 1995-2000	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total 1995-2000	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1995) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares Educ. Salud	Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU.)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable	
Europa occidental (13)	183,0	183,9	0,3	81	0,4		1,48	100				8 / 6			
Alemania	82,2	80,2	0,1	87	0,3	0,2	1,30	100	21.170	1.016,2	1.730,2	(122.462) ²⁵	7 / 6	4.267	
Austria	8,2	8,2	0,5	56	0,7	0,3	1,41	100	22.010	1.232,6	1.256,5	(577)	8 / 7	3.373	
Bélgica	10,2	9,9	0,1	97	0,3	0,3 ²⁴	1,55	100	23.090	738,9	1.530,7	(9.814)	9 / 7	5.552	
Francia	58,9	61,7	0,4	73	0,5	0,1	1,71	99	22.210	1.354,8	1.636,8	(16.500)	8 / 7	4.355	100
Países Bajos	15,7	15,8	0,4	89	0,6	0,6	1,50	100	21.300	1.107,6	1.285,6	(146.428)	9 / 7	4.885	99
Suiza	7,3	7,6	0,7	61	1,3	1,2	1,47	99	26.580	1.408,7	1.766,1	(16.626)	10 / 7	3.622	100
América Latina y el Caribe	511,3	696,7	1,6	74	2,3		2,70	80				210,449	49 / 39		
Caribe (14)	37,7	47,3	1,1	62	2,0		2,55	72					57 / 48		
Cuba	11,2	11,8	0,4	76	1,2	0,4	1,55	99				935	13 / 10	1.448	91
Haiti	8,1	12,0	1,7	32	4,1	5,2	4,38	20	1.260		15,1	16.296	112 / 97	268	39
Jamaica	2,6	3,2	0,9	54	1,7	2,3	2,50	92	3.330	246,4	89,9	5.088	28 / 25	1.465	93
Puerto Rico	3,8	4,5	0,8	73	1,4	2,4	2,11	99					15 / 13		97
República Dominicana	8,4	11,2	1,7	65	2,7	0,9	2,80	96	4.690	93,8	71,4	6.789	51 / 41	652	73
Trinidad y Tabago	1,3	1,5	0,5	72	1,8	1,0	1,65	98	6.460	239,0	129,3	59	19 / 12	6.081	96
Centroamérica	132,8	188,5	1,9	68	2,6		3,05	70					45 / 38		
Belice	0,2	0,4	2,4	47	2,6	0,8	3,66	79	4.080			79	37 / 37		
Costa Rica	3,9	5,9	2,5	50	3,2	1,5	2,83	97	6.510	345,0	398,3	748	16 / 13	657	100
El Salvador	6,2	9,1	2,0	45	2,9	2,4	3,17	87	2.860	62,9	63,1	5.872	45 / 37	700	53
Guatemala	11,1	19,8	2,6	41	4,1	3,0	4,93	35	4.060	69,0	58,7	5.568	65 / 57	510	67
Honduras	6,3	10,7	2,8	44	4,3	1,1	4,30	55	2.260	81,4	52,7	7.422	54 / 43	503	77
México	97,4	130,2	1,6	75	2,4	0,9	2,75	75	8.110	397,4	216,5	23.326	41 / 34	1.525	95
Nicaragua	4,9	8,7	2,7	63	4,0	0,4	4,42	61	1.820	67,3	106,1	11.529	64 / 53	525	62
Panamá	2,8	3,8	1,6	53	2,4	1,0	2,63	84	6.890	316,9	320,3	388	29 / 26	853	84
América del Sur (15)	340,8	460,9	1,5	78	2,2		2,58	86					50 / 39		
Argentina	36,6	47,2	1,3	88	1,5	0,1	2,62	97	10.100	353,5	413,9	1.652	28 / 22	1.673	65
Bolivia	8,1	13,1	2,3	61	3,8	1,5	4,36	46	2.810	157,4	112,4	21.718	92 / 83	479	70
Brasil	168,0	217,9	1,3	78	2,3	0,5	2,27	88	6.350	349,3	105,8	20.919	54 / 41	1.012	69
Chile	15,0	19,5	1,4	84	1,6	0,6	2,44	99	12.240	379,4	300,3	4.760	17 / 13	1.419	91
Colombia	41,6	59,8	1,9	73	2,2	1,9	2,80	85	6.570	289,1	189,4	2.573	43 / 35	799	75
Ecuador	12,4	17,8	2,0	58	3,1	1,2	3,10	64	4.700	164,5	99,7	5.446	66 / 54	731	55
Paraguay	5,4	9,4	2,6	53	3,8	0,9	4,17	61	3.860	150,5	62,1	1.994	54 / 43	865	39
Perú	25,2	35,5	1,7	72	2,5	1,8	2,98	56	4.580	132,8	93,2	29.755	71 / 58	582	66
Uruguay	3,3	3,9	0,7	90	0,8	0,3	2,40	96	9.110	300,6	138,4	339	23 / 17	912	89
Venezuela	23,7	34,8	2,0	93	2,4	0,7	2,98	97	8.660	450,3	111,8	758	27 / 22	2.463	79
América del Norte (16)	307,2	363,6	0,9	76	1,2		1,94	99					9 / 7		
Canadá	30,9	37,9	1,0	77	1,2	0,0	1,55	100	21.750	1.522,5	1.451,9	(34.520)	8 / 6	7.880	99
Estados Unidos de América	276,2	325,6	0,8	76	1,2	0,0	1,99	99	29.080	1.570,3	1.844,1	(662.360)	10 / 8	8.051	73
Oceanía	30,0	39,6	1,3	70	1,4		2,38	65					31 / 32		
Australia-Nueva Zelanda	22,5	27,8	1,0	85	1,2		1,83	99					8 / 6		
Australia (17)	18,7	23,1	1,0	85	1,2	0,0	1,79	100	19.510	1.092,6	1.227,3	(45.235)	8 / 6	5.494	99
Melanesia (18)	6,3	10,0	2,2	21	3,6		4,28						68 / 73		
Nueva Caledonia	0,2	0,3	2,1	62	2,2		2,70	98					16 / 15		
Nueva Zelanda	3,8	4,7	1,0	86	1,3	0,1	2,01	95	15.780	1.151,9	1.012,9	(1.806)	9 / 8	4.388	90
Papua Nueva Guinea	4,7	7,5	2,2	16	4,0	6,4	4,60	53				5.158	79 / 88		31
Vanuatu	0,2	0,3	2,4	19	3,9		4,30	79	3.230			202	54 / 42		
Países de la ex URSS con economías en transición (19)															
Armenia	3,5	3,9	-0,3	69	1,6	0,8	1,70	95	2.540	50,8	61,8	2.040	35 / 30	474	
Azerbaiyán	7,7	9,4	0,5	56	1,7	1,1	1,99	99	1.520	50,2	16,6	1.247	55 / 44	1.570	
Belarús	10,3	9,5	-0,3	71	0,8	0,3	1,36	100	4.820	294,0	222,7	25	36 / 20	2.386	
Federación de Rusia	147,2	137,9	-0,2	76	0,3	0,1	1,35	99	4.280	175,5	225,9	6.783	25 / 19	4.169	
Georgia	5,0	5,2	-1,1	58	1,1	1,1	1,92	95	1.980	103,0		1.018	27 / 20	291	
Kazajistán	16,3	17,7	-0,4	60	1,4	0,1	2,30	99	3.530	165,9	81,7	1.270	46 / 36	2.724	
Kirguistán	4,7	6,1	0,6	39	2,4	0,9	3,21	98	2.180	124,3		1.730	56 / 44	645	81
República de Moldova	4,4	4,5	0,0	52	1,8	0,5	1,76	95	1.450	140,7		583	39 / 25	1.064	56
Tayikistán	6,1	8,9	1,5	32	3,2	2,4	4,15	92	1.100	24,2		943	88 / 73	594	69
Turkmenistán	4,4	6,3	1,8	45	2,5	1,0	3,60	90	1.410			1.012	86 / 69	2.646	60
Ucrania	50,7	45,7	-0,4	70	0,6	0,3	1,38	100	2.170	156,2		1.956	30 / 20	3.012	55
Uzbekistán	23,9	33,4	1,6	41	2,8	1,4	3,45	98				2.849	69 / 56	1.826	57

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad		Indicadores de educación		Indicadores de salud reproductiva		
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Matriculación primaria (bruta) M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia de uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Antillas Neerlandesas	14	72,5 / 78,4			35		
Bahamas	16	70,5 / 77,1	92 / 104	77 / 97	69	62	60
Bahrein	17	71,1 / 75,3	105 / 106	95 / 100	22	61	30
Barbados	12	73,7 / 78,7	90 / 91	89 / 80	44	55	53
Brunei Darussalam	10	73,4 / 78,1	109 / 104	72 / 82	33		
Cabo Verde	56	65,5 / 71,3	133 / 129	28 / 26	79		
Chipre	9	75,5 / 80,0	100 / 100	96 / 99	17		
Comoras	76	57,4 / 60,2	84 / 69	24 / 19	83	21	11
Djibouti	106	48,7 / 52,0	45 / 33	17 / 12	31		
Fiji	20	70,6 / 74,9	128 / 128	64 / 65	48	41	35
Gambia	122	45,4 / 48,6	87 / 67	30 / 19	155	12	7
Guadalupe	9	73,6 / 80,9			29	44	31
Guam	10	73,0 / 77,4			96		
Guinea Ecuatorial	108	48,4 / 51,6			178		
Guyana	58	61,1 / 67,9	95 / 94	73 / 78	58	31	28
Islandia	5	76,8 / 81,3	98 / 98	105 / 103	24		
Islas Salomón	23	69,7 / 73,9	103 / 89	21 / 14	94		
Luxemburgo	7	73,3 / 79,9			12		
Maldivas	50	65,7 / 63,3	130 / 127	49 / 49	54		
Malta	8	74,9 / 79,3	108 / 107	86 / 80	12		
Martinica	7	75,5 / 82,0			27	51	37
Micronesia (26)	34	67,6 / 71,4			56		
Polinesia (27)	17	69,3 / 74,2			55		
Polinesia Francesa	11	69,3 / 74,6	118 / 113	69 / 86	68		
Qatar	17	70,0 / 75,4	87 / 86	80 / 79	66	32	29
Reunión	9	70,9 / 79,8			20	67	62
Samoa	23	69,3 / 73,6	106 / 100	59 / 66	37		
Suriname	29	67,5 / 72,7			22		
Swazilandia	65	57,9 / 62,5	122 / 115	55 / 54	90	20	17
Timor Oriental	135	46,7 / 48,4			37		

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (miles) 1999	Población (proyección) (miles) 2025	Población urbana % 1995	Tasa crec. pobl. urb. 1995-2000	Tasa fecundidad total 1995-2000	% partos atendidos personal capacitado	PNB per cápita (1997) PPA dólares	Mortalidad menores de 5 años M / F
Antillas Neerlandesas	215	258	69,5	1,3	2,20	98		20 / 12
Bahamas	301	415	86,5	1,9	2,60	100		20 / 15
Bahrein	606	858	90,3	2,7	2,90	98		26 / 17
Barbados	269	297	47,4	1,7	1,50	98		14 / 15
Brunei Darussalam	322	459	57,8	2,2	2,80	98		11 / 11
Cabo Verde	418	671	54,3	5,5	3,56		2.950	68 / 60
Chipre	778	900	54,1	1,9	2,03	98		10 / 9
Comoras	676	1.176	30,7	5,6	4,80	52	1.530	112 / 101
Djibouti	629	1.026	82,8	2,6	5,30	79		182 / 166
Fiji	806	1.104	40,7	2,5	2,73	100	3.860	28 / 18
Gambia	1.268	2.151	25,5	5,3	5,20	44	1.440	212 / 194
Guadalupe	450	569	99,4	1,6	1,90			12 / 9
Guam	164	228	38,2	2,4	3,40	100		11 / 13
Guinea Ecuatorial	442	795	42,2	5,2	5,58	5		184 / 169
Guyana	855	1.045	36,2	2,9	2,32	93	2.800	90 / 65
Islandia	279	328	91,6	1,2	2,10	100		6 / 6
Islas Salomón	430	817	17,1	6,3	4,85	85	2.270	32 / 22
Luxemburgo	426	463	89,1	1,4	1,67	100		8 / 8
Maldivas	278	501	26,8	4,3	5,40	90	3.340	53 / 80
Malta	386	430	89,3	0,9	1,89	98	13.380	11 / 8
Martinica	392	450	93,3	1,3	1,75			10 / 8
Micronesia (26)	530	960	42,7	3,2	4,08			47 / 40
Polinesia (27)	621	909	41,3	2,6	3,38			20 / 21
Polinesia Francesa	231	324	56,4	2,2	2,85	98		14 / 14
Qatar	589	779	91,4	2,1	3,74	97		27 / 18
Reunión	691	880	67,8	2,3	2,10	97		11 / 9
Samoa	177	271	21,0	2,4	4,15	52	3.570	25 / 29
Suriname	415	525	50,4	2,5	2,21	91		39 / 28
Swazilandia	980	1.785	31,2	5,7	4,70	56	3.690	109 / 91
Timor Oriental	871	1.185	7,5	1,7	4,35			205 / 196

Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan ninguna opinión por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas acerca de la situación jurídica de ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de su territorio o el trazado de sus fronteras.

Los datos para países o zonas de pequeña magnitud (en general, los que en 1990 tenían 200.000 o menos habitantes), no figuran por separado en este cuadro, sino que se han incluido en las cifras de población correspondientes a sus regiones.

- (*) Las regiones más desarrolladas abarcan América del Norte, el Japón, Europa y Australia/Nueva Zelanda.
- (+) Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de África, América Latina, Asia (excluido el Japón) y Melanesia, Micronesia y Polinesia.
- (‡) Los países menos adelantados son los así designados por las Naciones Unidas.
- (1) Incluso Territorio Británico del Océano Índico y Seychelles.
- (2) Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
- (3) Incluso Santo Tomé y Príncipe.
- (4) ex Zaire.
- (5) Incluso Sahara Occidental.
- (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán de Cunha.
- (7) Incluso Macao.
- (8) El 1° de julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial de China.
- (9) Incluso Faja de Gaza (Palestina).
- (10) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país se incluye en Europa.
- (11) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
- (12) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.

- (13) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (14) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- (15) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (16) Incluso Bermudas, Groenlandia y Saint Pierre y Miquelon.
- (17) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- (18) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (19) Los Estados de la ex URSS se agrupan en las regiones existentes. Belarús, la Federación de Rusia, la República de Moldova y Ucrania figuran en Europa oriental. Armenia, Azerbaiyán y Georgia pertenecen al Asia occidental. Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán pertenecen al Asia centromeridional.
- (20) Total regional, excluida la subregión indicada por separado más adelante.
- (21) Estas subregiones abarcan la región de los Estados árabes y Europa (delimitación del FNUAP).
- (22) Cálculos basados en informes de años anteriores. En el futuro se presentarán datos actualizados.
- (23) El total de Europa oriental abarca algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
- (24) En esta cifra se incluye Bélgica y Luxemburgo.
- (25) Según los informes más recientes, esta cantidad podría ser mayor. En futuras publicaciones se reflejará una evaluación de dichos informes.
- (26) Comprende Estados Federados de Micronesia, Guam, Islas del Pacífico (Palau), Islas Marianas Septentrionales, Islas Marshall, Isla Wake, Kiribati y Nauru.
- (27) Comprende Isla Johnston, Islas Cook, Islas Midway, Islas Wallis y Futuna, Pitcairn, Samoa, Samoa Americana, Tokelau, Tonga y Tuvalu.

Notas técnicas:

En los cuadros estadísticos de esta edición del informe *Estado de la Población Mundial* se sigue prestando especial atención a los indicadores que pueden contribuir a reflejar el adelanto hacia las metas cuantitativas y cualitativas establecidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación y acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia). A medida que las acciones posteriores a la CIPD vayan estimulando el establecimiento de mejores sistemas de vigilancia, en futuros informes se presentarán periódicamente distintas mediciones de los procesos, a medida que se disponga de ellas. La mejor vigilancia de las contribuciones financieras de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado también debería posibilitar en el futuro una mejor información acerca de los gastos y la movilización de recursos para la conquista de las metas de la CIPD. A continuación se indican las fuentes de los indicadores, por categoría, y las razones por las cuales se los ha escogido.

Vigilancia de las metas de la CIPD

Indicadores de mortalidad

Mortalidad de menores de un año y esperanza de vida al nacer, hombres y mujeres: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, (de próxima publicación). *World Population Prospects: The 1998 Revision* (Datos en disquetes, "Demographic Indica-

tors 1950-2050"). Nueva York: Naciones Unidas. Esos indicadores se refieren a los niveles de mortalidad, respectivamente, en el primer año de vida (en que hay mayor sensibilidad al grado de desarrollo) y a lo largo de todo el período vital.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad: Fuente: UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y datos nacionales publicados en: Banco Mundial, 1999. *World Development Indicators 1999*, Washington, D.C.: Oxford Press. Este indicador refleja el número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, resultantes de trastornos relativos al embarazo, el parto y las complicaciones conexas. No obstante, es difícil conseguir algún grado de precisión, aun cuando las magnitudes relativas son elocuentes. Las estimaciones inferiores a 50 no se redondean; en el tramo de 50 a 100, se redondean hacia las cinco unidades más próximas; en el tramo de 100 a 1.000, hacia las diez unidades más próximas; y por encima de 1.000, hacia las 100 unidades más próximas. Varias de las estimaciones de mortalidad relacionadas con la maternidad difieren de las cifras oficiales presentadas por los gobiernos de los países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en las cifras publicadas, utilizando enfoques para mejorar la comparabilidad de los datos de diferentes fuentes. Los detalles sobre el origen de determinadas estimaciones por países se indican junto con la fuente. Tales estimaciones, así como las metodologías correspondientes, están siendo objeto de revisión por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, otros

organismos y varias instituciones académicas y serán modificadas cuando sea necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad.

Indicadores de educación

Tasas brutas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas. Tasas brutas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas: UNESCO, 1995. *World Education Report 1995*. París: UNESCO. Las tasas brutas de matriculación indican el número de estudiantes matriculados en un determinado nivel del sistema educacional por cada 100 personas que pertenecen al grupo de edades apropiado. No se introducen factores de corrección para personas que son mayores que la edad apropiada, debido a que han comenzado más tarde, han interrumpido la asistencia a la escuela o han repetido grados. **Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres:** UNESCO, 1997. *Adult Education in a Polarizing World: Education for All: Status and Trends: 1997*. París: UNESCO. Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la media de lo posible, los datos se refieren a la proporción de personas que no pueden ni leer ni escribir una frase simple acerca de la vida cotidiana, ni comprender cabalmente de qué se trata. La tasa de analfabetismo de adultos (tasa de analfabetismo de personas mayores de 15 años de edad) refleja tanto los niveles actuales de matriculación en la escuela como la historia de los niveles educacionales alcanzados en el pasado.

Porcentaje de alumnos que llegan al último grado de la escuela primaria: Fuentes: UNESCO, 1993. *Trends and Projections of Enrollment by Level of Education and by Age, 1960-2025 (as assessed in 1993)*, 1993. París: UNESCO; y UNESCO, 1993. *World Education Report 1993*, París: UNESCO.

Indicadores de salud reproductiva

Acceso a anticonceptivos y conocimiento de éstos: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 1996. *World Population Monitoring 1996*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores se calculan sobre la base de datos obtenidos en encuestas por muestreo y estiman la proporción de mujeres que conocen un método de planificación de la familia y una fuente donde pueden obtenerse los anticonceptivos. En el primer indicador se incluyen todos los métodos anticonceptivos (médicos, de barrera, naturales y tradicionales); la información acerca de la fuente es más pertinente a los anticonceptivos médicos y de barrera y a los métodos modernos y de abstinencia periódica. Esos números, por lo general, son comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a las variaciones en los tramos de edades de la población estudiada (lo más común es que los estudios abarquen mujeres de entre 15 y 49 años de edad), en el estado civil (por ejemplo, mujeres actualmente casadas o que lo han estado alguna vez; o todas las mujeres) y en el momento en que se efectuaron las encuestas. La mayoría de los datos fueron recopilados en el lapso de 1987 a 1994.

Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (de próxima publicación), *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Proyecto). Nueva York: Naciones Unidas; y División de Población de las Naciones Unidas, 1996. *Age Patterns of Fertility: The 1996 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Dado que es un nivel anual agregado para todas las mujeres en la misma cohorte de edades, no refleja plenamente el nivel de fecundidad de las mujeres

jóvenes. Dado que indica el número medio de alumbramientos por mujer y por año, podría multiplicarse por cinco para calcular aproximadamente el número de alumbramientos por cada 1.000 mujeres jóvenes antes de los veinte años. Esta medición no indica la magnitud cabal del embarazo en la adolescencia, dado que sólo se computan los alumbramientos de niños vivos. Las pérdidas debidas a defunciones de neonatos y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador.

Prevalencia del uso de anticonceptivos: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 1998. *World Population Monitoring 1998*. Nueva York: Naciones Unidas, y tabulaciones actualizadas proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas. Estos datos se han preparado sobre la base de encuestas por muestreo y reflejan en forma estimativa la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo, o métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos abarcan la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, aunque no completamente, comparables entre distintos países, debido a la variación en los grupos de edades de las poblaciones estudiadas (lo más común es que se estudien los grupos de mujeres de 15 a 49 años de edad; eso ocurre en algo más de la mitad de la base de datos), en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. Todos los datos se recogieron en 1975 o posteriormente. Se mencionan los datos de las más recientes encuestas disponibles; casi un 80% de los datos se refieren al período 1987-1994.

Indicadores demográficos, sociales y económicos

Población total en 1998, Proyecciones de población para 2025, Tasa media anual de crecimiento demográfico en el lapso 1995-2000: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (de próxima publicación). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Proyecto). Nueva York: Naciones Unidas; y División de Población, 1996. *Annual Populations 1950-2050: The 1996 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la cantidad de población de cada país, las proyecciones de la futura cantidad y la actual tasa de crecimiento anual.

Porcentaje de población urbana, tasa de crecimiento urbano: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 1994. *World Urbanization Prospects: The 1994 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la proporción de la población de los países que vive en zonas urbanas y la tasa de crecimiento según las proyecciones para el período 1995-2000.

Población agrícola por hectárea de tierra cultivable: Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1996, utilizando datos de población agrícola basados en los datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas (de próxima publicación). *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Proyecto). Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador vincula la cantidad de población de agricultores con las tierras aptas para la producción agrícola. Refleja los cambios, tanto en la estructura de las economías nacionales (proporción de mano de obra que trabaja en la agricultura) como en las tecnologías de aprovechamiento de tierras. Los valores altos pueden atribuirse a la sobrecarga de la productividad de la tierra y la fragmentación de las parcelas. Por otra parte,

esta medición también refleja distintos niveles de desarrollo y diversas políticas del uso del suelo.

Tasa de fecundidad total (período: 1995-2000): Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (de próxima publicación). *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Proyecto). Nueva York: Naciones Unidas. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si tuviera hijos con la tasa estimada para diferentes grupos de edades en el lapso especificado. Distintos países pueden llegar al nivel calculado en momentos diferentes dentro de dicho lapso.

Acceso a servicios básicos: Fuente: El Estado Mundial de la Infancia 1996. UNICEF. 1996. Nueva York: UNICEF. Este indicador mide la proporción de la población que puede llegar a los servicios de salud apropiados dentro de una hora, utilizando los medios de transporte locales. Refleja la distribución de los servicios en relación con la población (incluida la concentración urbana). Los datos corresponden a 1985-1995.

Partos atendidos por parteras capacitadas: Fuente: Organización Mundial de la Salud. 1996. *Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information* (WHO/RHT/MSM/96.28). Ginebra: Programa de Salud de la Madre y el Recién Nacido/Maternidad sin Riesgos, Organización Mundial de la Salud, e información actualizada proporcionada por la OMS. Este indicador se basa en los informes nacionales sobre la proporción de partos atendidos por "personal de salud capacitado o personal auxiliar capacitado: médicos (especialistas o no especializados) y/o personas con conocimientos sobre atención del parto que pueden diagnosticar y tratar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales". Los datos son estimaciones aproximadamente para 1996, basadas en los datos más recientes de que se dispone.

Producto nacional bruto per cápita: Fuente: Las cifras correspondientes a 1995 fueron proporcionadas por el Banco Mundial. 1997. *World Development Indicators*. 1997. Este indicador mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población. En ese carácter, indica la productividad económica de un país y difiere del producto interno bruto (presentado en nuestros informes anteriores) dado que se introducen ajustes por remesas recibidas del exterior por los residentes en concepto de remuneración del trabajo o renta del capital, por pagos similares a los no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la variación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo (PPP) de las monedas, mediante ajustes de paridades de poder adquisitivo para obtener el "PNB real".

Gastos de los gobiernos centrales en educación y salud: Fuente: Banco Mundial, 1995. *The World Tables 1995*. Washington D.C.: Banco Mundial. Estos indicadores reflejan la prioridad asignada por un país a los sectores de educación y salud, en función de la proporción de gastos gubernamentales dedicados a dichos sectores. No reflejan las diferencias en las asignaciones entre distintos sectores, por ejemplo, en educación primaria o servicios de salud, en relación con otros sectores, en que hay variaciones considerables. La posibilidad de efectuar

comparaciones directas se complica debido a las diferentes responsabilidades administrativas y presupuestarias asignadas a los gobiernos centrales, en comparación con los gobiernos locales, y en razón de los distintos papeles que desempeñan los sectores privado y público.

Asistencia externa para actividades de población: Fuente: FNUAP. 1996. *Global Population Assistance Report*. Nueva York: FNUAP. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 1995. Los fondos externos se entregan por conducto de organismos multilaterales y bilaterales de asistencia, y de organizaciones no gubernamentales. Se indican los países donantes colocando sus contribuciones entre paréntesis. En futuras ediciones de este informe se incluirán otros indicadores, a fin de proporcionar una mejor base de comparación y evaluación de las corrientes de recursos en apoyo de los programas de población y salud reproductiva, procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (que no se indican de otro modo en el cuadro).

Mortalidad de menores de cinco años: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, tabulación especial basada en: Naciones Unidas. 1996. *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Proyecto). Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad de menores de un año y niños de corta edad. Por consiguiente, refleja los efectos de las enfermedades y otras causas de defunción en menores de un año y niños de corta edad. Otras mediciones demográficas más estandarizadas son la tasa de mortalidad de menores de un año y la tasa de mortalidad entre uno y cuatro años de edad, que reflejan distintas causas y frecuencias de mortalidad en esas edades. Por consiguiente, estas mediciones reflejan mejor que la tasa de mortalidad de menores de un año la carga de enfermedades en la infancia, incluidas las que pueden prevenirse con mejor nutrición y programas de inmunización. La mortalidad de menores de cinco años se expresa como cantidad de defunciones de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en un año dado. El cálculo se refiere al período 1990-1995.

Consumo de energía per cápita: Fuente: Banco Mundial. 1997. *World Development Indicators 1997*. Washington D.C.: Banco Mundial. Este indicador se refiere al consumo anual de energía comercial primaria (carbón, lignito, petróleo, gas natural, energía hidroeléctrica, energía nuclear y electricidad geotérmica), expresado en el equivalente de kilogramos de petróleo per cápita. Refleja el nivel de desarrollo industrial, la estructura de la economía y las pautas de consumo. La evolución a lo largo del tiempo puede reflejar cambios en el nivel y el equilibrio de diversas actividades económicas y variaciones en el grado de eficiencia del uso de energía (incluida la disminución o el aumento del derroche en el consumo).

Acceso a agua potable: Fuente: OMS/UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a un suministro suficiente de agua apta para el consumo, a una distancia razonable del domicilio del usuario. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos corresponden al período 1990-1994.

ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1999

Jefe de Redacción: Alex Marshall

Investigación y redacción: Stan Bernstein

Secretario Ejecutivo: William A. Ryan

Investigación editorial: Karen Hardee y Frederick A.B. Meyerson

Asistente Editorial: Phyllis Brachman

Foto en la tapa: Recuadro con niña escolar vietnamita – Jørgen Schytte/Still Pictures



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org

Diseño y producción:
Prographics, Inc.,
Estados Unidos de América
*Servicios internacionales
de artes gráficas y comunicación*
www.prographic.com



Impreso en papel reciclado.

ISBN 0-89714-560-7
S/8,000/1999

