



estado de la población mundial 2004

**El Consenso de El Cairo, diez años después:
Población, salud reproductiva y acciones
mundiales para eliminar la pobreza**



estado de la población mundial 2004

El Consenso de El Cairo,
diez años después:
Población, salud reproductiva
y acciones mundiales para
eliminar la pobreza

Derechos de autor © UNFPA 2004

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva

Índice

Capítulos

1	Introducción	1	6	Salud sexual y reproductiva y planificación de la familia	37
	Dar prioridad a los seres humanos	2		Planificación de la familia y salud sexual	39
	De la palabra a la acción	3		Acceso a los anticonceptivos y utilización	39
	Los países informan sobre el progreso	3		Necesidad insatisfecha	40
	Apropiación nacional y cultura	4		Elección de métodos	42
	Nacimiento de un nuevo consenso mundial	4		Infecciones de transmisión sexual	43
	Efectos de amplios alcances	6		Calidad de la atención	44
	Es largo el camino por recorrer	7		Voces más fuertes en favor de la salud reproductiva	46
	El camino hacia adelante	9		Obtención de suministros	46
2	Población y pobreza	11		Los hombres y la salud reproductiva	48
	Objetivos de Desarrollo del Milenio	11			
	Salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio	12	7	Salud materna	51
	Efecto económico de la dinámica de población	13		Nuevos enfoques	51
	VIH/SIDA y pobreza	15		Causas y consecuencias	53
	Envejecimiento de las poblaciones	15		Morbilidad materna	54
	Medidas nacionales para reducir la pobreza	15		Fístula obstétrica	54
3	Población y medio ambiente	17		Reducción de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad	55
	Efectos de la población sobre la utilización de los recursos	18		Dificultades en la medición	55
	Pobreza y estrés ecológico	19		Respuestas integrales	55
	Aspectos de género en los cambios medioambientales	20		Atención prenatal	56
4	Migración y urbanización	23		Atención por personal capacitado	57
	Urbanización y reubicación	23		Atención obstétrica de emergencia	57
	Nuevas políticas después de la CIPD	24		Atención posterior al aborto	58
	Migración internacional	24		Calidad de la atención de la salud materna	59
	Respuestas en materia de políticas	26		Los hombres y la salud materna	60
5	Igualdad de género y habilitación de la mujer	29		El UNFPA y la maternidad sin riesgo	61
	Logros	30	8	Prevención del VIH/SIDA	63
	Resultados de la Encuesta Mundial	31		Efectos y respuesta	63
	Progreso jurídico	32		Vínculos entre la prevención del VIH y los programas de salud reproductiva	65
	La CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	33		Condomes (preservativos)	66
	Retos: Colmar el vaso medio vacío	34		Detección y asesoramiento voluntarios	68
				Principales problemas	68

9	Adolescentes y jóvenes	73	Indicadores	102
	Puesta en práctica del consenso de la CIPD	73	Vigilancia de las metas de la CIPD – Indicadores seleccionados	102
	Programas de segunda generación	74	Indicadores demográficos, sociales y económicos	106
	Constataciones de la Encuesta Mundial del UNFPA	75	Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos	110
	Papel de las ONG	75	Notas de cuadros de indicadores	112
	Principales cuestiones de salud y desarrollo	76	Notas técnicas	113
	Satisfacer las necesidades de los jóvenes	77		
	Promoción de un comportamiento más saludable	77	Gráficos y Cuadros	
	Servicios acogedores para los jóvenes	78	Gráfico 1	
	Progreso jurídico	78	Población mundial, 1950-2050 (proyecciones)	8
	Retos principales	79	Gráfico 2	
10	Salud reproductiva para comunidades en crisis	81	Proporción de población mayor de 65 años, por región, 1950-2050 (proyecciones)	15
	Maternidad sin riesgo	82	Gráfico 3	
	Planificación de la familia	82	Necesidad insatisfecha y prevalencia total	41
	Violencia sexual y por motivos de género	83	Gráfico 4	
	VIH/SIDA y otras ITS	84	Demanda media total en grupos de alto nivel económico	42
	Salud reproductiva de los adolescentes	84	Gráfico 5	
	Adelantos y déficit	85	Porcentaje de demanda satisfecha de servicios de planificación de la familia en diferentes grupos de riqueza, según tres niveles de prevalencia del uso de anticonceptivos.	43
11	Prioridades para la acción	87	Cuadro 1	
	Alianza con la sociedad civil	87	Estimaciones de mortalidad materna por región, 2000	52
	Recursos para la aplicación del Programa de Acción	89		
	Prioridades para la acción	91	Fotos: leyendas y autores	116
	Conclusión	92	Equipo Editorial	116
	Notas	94		
	Fuentes para los recuadros	101		



1 Introducción

El 13 de septiembre de 1994, después de un intenso debate que duró nueve días, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, aprobó un Programa de Acción a 20 años, de vastos alcances, que fue encomiado por delegados y comentaristas por iniciar “una nueva era en cuestiones de población”.

El acuerdo de El Cairo, basado en el compromiso en pro de los derechos humanos y la igualdad de género, exhortó a los países a velar por la salud reproductiva y los derechos de todos, como contribución de importancia crítica al desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza, cuestiones que, según lo establecido en la CIPD, son inseparables de las relativas a la población.

En la sesión de clausura de la CIPD, la Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva del UNFPA y Secretaria General de la Conferencia, dijo ante los delegados: “A partir de la realidad del mundo en que vivimos, ustedes han elaborado un Programa de Acción para los próximos 20 años que nos muestra el camino hacia una realidad mejor. El Programa de Acción presenta objetivos y recomendaciones sumamente específicos en las esferas, mutuamente reforzadas, de la mortalidad de menores de un año y madres, la educación y los servicios de salud reproductiva y planificación de la familia, pero sus efectos serán mucho más vastos. Este Programa de Acción tiene posibilidades de cambiar el mundo”.

Al cabo de diez años de la nueva era, ha llegado el momento de evaluar la situación:

- **El Programa de Acción de la CIPD proporciona un plan de campaña** en cuestiones de población y salud reproductiva que, a juicio de los países, es **imprescindible para alcanzar las metas de desarrollo en todo el mundo**, inclusive eliminar la extrema pobreza y el hambre, ampliar los medios de acción de la mujer, reducir la mortalidad derivada de la maternidad, preservar el medio ambiente y frenar la pandemia de VIH/SIDA. En recientes reuniones a escala regional y mundial y en la práctica, los gobiernos han reafirmado decididamente su compromiso, basado en la experiencia de utilizar el Programa de Acción como indispensable estrategia para mejorar el bienestar de las personas y velar por la vigencia de los derechos humanos.

- **Muchos países en desarrollo han logrado enormes adelantos en la aplicación de las recomendaciones de la CIPD** y han logrado resultados apreciables. Esos países están tratando de integrar los factores de población con los planes de desarrollo, mejorar la calidad y el alcance de los programas de salud reproductiva, promover los derechos de la mujer, satisfacer las necesidades de los jóvenes y de las personas en situaciones de emergencia y fortalecer las acciones de prevención del VIH. Sigue aumentando el acceso a los servicios de planificación de la familia; en los países en desarrollo, de las parejas casadas, un 60% utiliza actualmente métodos anticonceptivos modernos, en comparación con entre 10% y 15% en 1960.
- No obstante, **la insuficiencia de los recursos y la persistencia de los déficit en los servicios a las poblaciones más pobres están obstaculizando el adelanto** para responder a los continuos retos, inclusive la propagación del VIH/SIDA, especialmente entre los jóvenes, las necesidades insatisfechas de planificación de la familia y las altas tasas de fecundidad y mortalidad materna en los países menos adelantados. Es preciso que los donantes den cumplimiento a los compromisos asumidos en El Cairo y asignen la debida prioridad a la salud reproductiva en los planes de asistencia para el desarrollo y lucha contra la pobreza; además, es menester aumentar la escala de los programas y ampliarla para alcanzar la meta de la CIPD en cuanto a ofrecer servicios integrales de salud reproductiva para todos antes de 2015.

Dar prioridad a los seres humanos

Como lo indica su título, la CIPD se basa en la premisa de que el tamaño, el crecimiento y la distribución de la población se vinculan estrechamente con las perspectivas de desarrollo económico y social y que las acciones en una esfera refuerzan las acciones en las demás.

Esta premisa fue objeto de creciente aceptación durante los dos decenios transcurridos después de la primera Conferencia Mundial de Población, que se había celebrado en 1974, dado que en las regiones en desarrollo la población creció rápidamente y también fue en aumento el número de países que acumularon experiencia en la ejecución de programas de planificación de la familia. En 1994, los países

en desarrollo, en su mayoría, tenían conciencia de la necesidad de abordar las cuestiones de población a fin de promover el desarrollo económico y mejorar el bienestar de las personas.

UN NUEVO ENFOQUE. Pero la Conferencia de El Cairo cambió radicalmente el enfoque de la comunidad internacional con respecto a los problemas, relacionados entre sí, de la población y el desarrollo, al poner a los seres humanos y los derechos humanos en el centro de la ecuación, en lugar de centrarse en las cantidades de población y las tasas de crecimiento.

El aspecto fundamental de este cambio de paradigma fue apartarse de la noción de que la población es esencialmente una variable macroeconómica de la planificación y las políticas y pasar a adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, en el cual el aspecto fundamental es el bienestar de las personas. En el Programa de Acción de la CIPD se exhortó a adoptar políticas y programas encaminados a crear un enfoque integrado que vincule las acciones de población con el desarrollo humano, la ampliación de los medios de acción de la mujer, la igualdad de género y las necesidades y los derechos de las personas, incluidos los jóvenes.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que la clave del desarrollo económico sostenido y el desarrollo sostenible, así como del logro de cantidades de población que guarden equilibrio con el medio ambiente y los recursos disponibles, es efectuar inversiones en los seres humanos, ampliar sus oportunidades y posibilitar que plasmen su potencial como seres humanos.

Como parte de ese cambio de paradigma, la CIPD afianzó la planificación de la familia, que otrora había sido el principal centro de atención de las políticas y programas de población, dentro de un marco más amplio de **salud reproductiva y derechos reproductivos, inclusive la planificación de la familia y la salud sexual**. La CIPD reconoció que la salud reproductiva es un derecho humano de todos a lo largo del ciclo vital y exhortó a los países a esforzarse por lograr un acceso universal a servicios integrales de salud reproductiva antes de 2015 (véase el Capítulo 6).

LAS OPCIONES INDIVIDUALES PROMUEVEN LA PROSPERIDAD. El consenso de la CIPD reconoció que, al posibilitar que las

personas y los individuos determinen libremente la cantidad y el espaciamiento de sus hijos y el momento en que estos nacen, se acelera el progreso hacia familias más pequeñas y un crecimiento más lento de la población, y se contribuye al crecimiento económico y la reducción de la pobreza, a nivel tanto del hogar como macroeconómico. Al mismo tiempo, el consenso de la CIPD entendió que al no abordar las necesidades y los principales déficit en materia de salud reproductiva se contribuiría a perpetuar las altas tasas de fecundidad, de mortalidad derivada de la maternidad y de crecimiento de la población, con lo cual se menoscabarían las perspectivas de reducción de la pobreza (véase el Capítulo 2).

DERECHOS DE LA MUJER. Se reconoció que la ampliación de los medios de acción de la mujer es un fin importante en sí mismo, así como la clave para mejorar la calidad de la vida de todos. Sin una participación plena y en un plano de igualdad de las mujeres, no puede haber un desarrollo humano sostenible. El Programa de Acción destacó la importancia de los derechos reproductivos para la autonomía de la mujer, así como en calidad de complemento de la educación, la habilitación económica y la participación política (véase el Capítulo 5).

Se lograron importantes adelantos en cuanto a enfrentar los urgentes pero delicados problemas relativos a la salud sexual de los adolescentes, el VIH/SIDA y el aborto realizado en malas condiciones. Se prestó una atención sin precedentes a los grupos que disponen de menos servicios,

inclusive los campesinos pobres, las poblaciones indígenas, los habitantes de tugurios urbanos, y las personas refugiadas e internamente desplazadas.

PARTICIPACIÓN Y ALIANZAS. El acuerdo de El Cairo también previó un proceso de desarrollo con participación de los interesados y rendición de cuentas, en que se involucre activamente a los beneficiarios para velar por que los objetivos de programas y políticas estén vinculados con las realidades personales y se entablen amplias alianzas entre gobiernos, organizaciones internacionales y entidades de la sociedad civil.

De la palabra a la acción

Como se ha puesto de manifiesto en recientes informes y encuestas a escala nacional, regional y mundial, en los

UN AMPLIO MANDATO

La conferencia de 1994 recibió un mandato expresamente más amplio que las anteriores conferencias de población respecto de las cuestiones de desarrollo, lo que indica que cada vez se tiene mayor conciencia de que la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente están tan estrechamente interrelacionados que no se puede considerar ninguno de ellos en aislamiento.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 1.5

últimos decenios el acuerdo de El Cairo ha conformado políticas y acciones que abordan una amplia gama de cuestiones relativas a la población, la salud reproductiva y la igualdad de género.

En una serie de conferencias regionales celebradas en ocasión del décimo aniversario de la CIPD, los gobiernos han reafirmado colectiva y decididamente su compromiso en pro del Programa de Acción, pese a los intentos de los Estados Unidos por replantear cuestiones que ya habían sido resueltas por consenso en El Cairo. Muchos países en desarrollo y países en transición confirman su apropiación nacional de lo acordado en la CIPD y manifiestan que las políticas y los programas que promueven la salud reproductiva y la igualdad de género son actualmente componentes indispensables de sus planes de desarrollo.

Además, en el período anual de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo celebrado en 2004, los países convinieron en que la ejecución del Programa de Acción de la CIPD efectúa “una contribución esencial al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, inclusive los que figuran en la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas”. (Véase el Capítulo 2 donde se explica más ampliamente los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** y su conexión con la CIPD).

Los países informan sobre el progreso

En la Encuesta Mundial¹ entre los gobiernos realizada en 2003 por el UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, se proporcionan mayores pruebas de que actualmente, los países en desarrollo tienen una intensa “apropiación” del acuerdo logrado en la CIPD y están realizando acciones concertadas para poner en práctica sus recomendaciones y conquistar sus metas.

Se han logrado grandes adelantos para integrar las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo a los fines de mitigar la pobreza, promover los derechos humanos y subsanar la desigualdad, proteger el medio ambiente y conservar los recursos naturales, además de descentralizar la planificación. Se han establecido y modificado instituciones y leyes, a fin de acelerar el progreso.

El acceso a servicios de salud reproductiva y planificación de la familia se ha ampliado sustancialmente, así como las acciones para responder a las necesidades de los jóvenes, abordar el VIH/SIDA y reducir la mortalidad derivada de la maternidad. Pero los países que respondieron a la encuesta también reconocieron que es mucho lo que debe realizarse para asegurar la vigencia de los derechos reproductivos, el acceso de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva, una gama más amplia de opciones para escoger anticonceptivos y servicios de más alta calidad y centrados en el cliente.

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA se llegó a las siguientes constataciones:

POBLACIÓN Y DESARROLLO. Casi todos los 151 países en desarrollo que respondieron (96%), informaron acerca de acciones para integrar las cuestiones de población en las políticas y estrategias de desarrollo. Dijeron, en su mayoría, que habían adoptado políticas para abordar las interacciones entre población y pobreza. De esos países, la mitad informó acerca de actividades para influir sobre la distribución de la población, por ejemplo, creando nuevos polos de crecimiento económico y descentralizando la planificación y la adopción de decisiones en materia de políticas. Asimismo, esos países están asumiendo actitudes cada vez más pragmáticas para focalizar los recursos y abordar las necesidades prioritarias (véase el Capítulo 2).

IGUALDAD DE GÉNERO Y AMPLIACIÓN DE LOS MEDIOS DE ACCIÓN DE LA MUJER. De todos los países, un 99% informó acerca de la adopción de políticas, leyes o disposiciones constitucionales a fin de proteger los derechos de las niñas y las mujeres. Muchos de esos países han establecido comisiones nacionales para la mujer. Asimismo, han establecido mecanismos para impartir educación y aptitudes a las mujeres, ofrecerles empleo y promover su participación en condiciones de igualdad en los procesos políticos y los asuntos de la comunidad. Se aprobaron leyes y se iniciaron actividades de promoción para contrarrestar la violencia por motivos de género. Se adoptaron diversas medidas a fin de acrecentar la matriculación de las niñas en escuelas primarias y secundarias.

SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. Los países en desarrollo han comenzado a integrar los servicios de salud reproductiva en sus servicios de atención primaria de la salud. Esos países, en su mayoría, están mejorando la capacitación y acrecentado los números de encargados de prestar servicios de salud. Han mejorado los establecimientos que ofrecen servicios y ampliado el acceso, en particular en beneficio de personas que viven en zonas remotas. Sigue aumentando la utilización de anticonceptivos modernos y los países han vinculado la planificación de la familia con otros servicios de salud reproductiva. Se está prestando cada vez mayor atención a las acciones para reducir las defunciones y las lesiones derivadas de la maternidad, y se está haciendo mayor hincapié en la atención del parto y la mayor disponibilidad de atención obstétrica de emergencia y de sistemas de remisión y transporte de pacientes (véase el Capítulo 6).

VIH/SIDA. Las tres cuartas partes de los países informaron de que habían adoptado estrategias nacionales relativas al VIH/SIDA; una tercera parte de los países dijeron que contaban con estrategias concretas orientadas a los grupos de alto riesgo. Muchos países están promoviendo el uso sistemático y correcto de condones (preservativos) y proporcionando servicios de asesoramiento psicosocial y detección de la infección, de utilización voluntaria. Las campañas de promoción han aprovechado la colaboración de personas célebres o líderes religiosos para promover comportamientos sexuales de menor riesgo (véase el Capítulo 8).

ADOLESCENTES Y JÓVENES. Los países reconocen cada vez más la necesidad de abordar la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes y un 92% de ellos informaron de que habían adoptado medidas al respecto. Algunos han rescindido leyes y políticas que restringían el acceso de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto y más de la mitad estableció servicios acogedores para los jóvenes. Esos países, en su mayoría, introdujeron en los currículos escolares y los programas extraescolares para la juventud la educación sobre salud reproductiva, como componente importante de las aptitudes básicas para la vida. Muchos países también están adoptando un enfoque integral que abarca el contexto más amplio de las vidas de los jóvenes, inclusive las realidades socioeconómicas, la pobreza y los medios de vida (véase el Capítulo 9).

ALIANZAS. Los gobiernos, en su mayoría, están colaborando con una amplia gama de grupos de la sociedad civil y el sector privado, inclusive organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales, en particular asociaciones de planificación de la familia, asociaciones de mujeres y grupos comunitarios, en relación con una amplia gama de cuestiones relativas a la CIPD. Esta colaboración es particularmente útil para llegar a los grupos que no están cubiertos de otro modo por los servicios (véase el Capítulo 11).

Apropiación nacional y cultura

Lo que hace operativo el consenso de El Cairo en la práctica es que cada país decide por sí mismo cuáles son las acciones y las políticas que debe llevar a la práctica, sobre la base de sus propias necesidades prioritarias, sus imperativos culturales y sus valores. El Programa de Acción destaca que la aplicación de sus recomendaciones es “el derecho soberano de cada país, acorde con sus leyes nacionales y sus prioridades de desarrollo, con pleno respeto por los diversos valores religiosos y éticos y los entornos culturales de su pueblo, y de conformidad con los derechos humanos universalmente reconocidos”.

1

SENSIBILIDAD CULTURAL EN LA PROGRAMACIÓN DEL UNFPA

Para que las acciones de desarrollo sean sostenibles y tengan éxito, es preciso que reconozcan las realidades sociales y culturales locales y promuevan un diálogo abierto y la participación de la comunidad. Esta comprensión es la base del apoyo del UNFPA a los países para poner en práctica el Programa de Acción de la CIPD.

Las alianzas con líderes comunitarios e instituciones tienen importancia crítica para abordar cuestiones culturalmente delicadas, tal como se ha confirmado a través de la experiencia del Fondo.

En Uganda, por ejemplo, se redujo pronunciadamente el corte genital femenino en el grupo minoritario Sabiny con el apoyo del UNFPA, merced a la alianza con los ancianos Sabiny para establecer rituales alternativos que refuerzan la dignidad cultural de la comunidad y al mismo tiempo, protegen los derechos humanos de las niñas.

En Guatemala, donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es una de las más altas de América Latina, el UNFPA contribuyó a facilitar una alianza para impulsar la adopción de una memorable ley que promueve la mejor salud de las mujeres y sus familias; lo logró encontrando un terreno común entre grupos de diversa ideología, entre ellos líderes católicos, protestantes cristianos evangélicos y empresarios.

El UNFPA es la mayor fuente multilateral de programas de población y salud reproductiva para los países en desarrollo y el principal organismo de las Naciones Unidas que vela por la aplicación de las recomendaciones de la CIPD. Al igual que los demás donantes, proporciona asistencia financiera y técnica, a petición de los gobiernos, en respuesta a las prioridades que determina cada país.

Nacimiento de un nuevo consenso mundial

UN ENTENDIMIENTO EN EVOLUCIÓN². El consenso de El Cairo se centró en la salud reproductiva y los derechos reproductivos y fue consecuencia de más de 25 años de experiencia con programas de población y crecientes entendimientos internacionales acerca del desarrollo y los derechos humanos. En 1969, cuando comenzaron las operaciones del UNFPA, no había en vigor un acuerdo sobre población entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas; hacia 1994, el UNFPA tenía programas en 140 países.

Cuando se celebró la primera Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974), un numeroso grupo de países, entre ellos la mayoría de los de América Latina, de África de idioma francés y de partes de Asia, eran ambivalentes acerca de las actividades de población, salvo en lo relativo a recopilación de datos y salud maternoinfantil. Veinte años después, casi todos los países apoyaron toda la gama de actividades de salud reproductiva, inclusive la planificación voluntaria de la familia, la maternidad sin riesgo, la prevención del

VIH/SIDA, la protección contra las infecciones de transmisión sexual y el tratamiento de éstas.

LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO DERECHO

HUMANO. La Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968) fue el primer foro internacional que convino en que los padres y madres tienen “el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.

En la conferencia de Bucarest se afirmó que la planificación de la familia es un derecho fundamental de “todas las parejas e individuos”. Pero sus deliberaciones acerca de reducir las altas tasas de fecundidad en los países en desarrollo no estuvieron explícitamente basadas en los derechos de la mujer. En 1974, el Plan de Acción Mundial sobre Población, una laboriosa solución de transacción, sólo mencionó una vez a la mujer.

Un año después, en la primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México D.F.) se convino en que el derecho a la planificación de la familia es imprescindible para la igualdad de género.

En 1984, la Conferencia Internacional de Población, celebrada también en México D.F., acordó que los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación de la familia y la crianza de los hijos “a fin de proporcionar a las mujeres la libertad de participar plenamente en la vida de la sociedad”, un objetivo integral para el logro de “los objetivos de desarrollo, inclusive los relativos a la política de población”.

La Conferencia de 1984 también señaló a la atención las “grandes necesidades insatisfechas de planificación de la familia” entre las parejas que querían limitar o espaciar la procreación pero carecían de acceso a anticonceptivos y señaló que esas necesidades aumentarían pronunciadamente a medida que fuera aumentando en el decenio siguiente el número de parejas en edad de procrear.

En 1992, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo determinó que el rápido crecimiento de la población es un grave obstáculo para el desarrollo sostenible. Pero no se llegó a ningún consenso sobre las acciones necesarias para abordar ese crecimiento, debido en parte a la persistente falta de confianza en los programas de planificación de la familia.

Este estancamiento se superó en El Cairo, al vincular los objetivos de desarrollo con los derechos humanos y el adelanto de la mujer.

DERECHOS REPRODUCTIVOS. Durante los dos decenios anteriores a 1994, varios foros internacionales habían marcado nuevos rumbos en la ampliación de los derechos humanos, inclusive los derechos al desarrollo y la salud, los derechos de la mujer y los derechos a la adopción de decisiones en cuestiones de procreación. La CIPD aunó todos esos aspectos y elaboró un nuevo concepto de derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos abarcan en general el derecho a la salud reproductiva y sexual a lo largo del ciclo vital; la autodeterminación en cuestiones reproductivas, inclusive el derecho a

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA CIPD

[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 hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.3

escoger libremente el cónyuge y disponer de la información y los medios para determinar el número y el espaciamiento de los propios hijos y el momento de su nacimiento; *igualdad y equidad* de la mujer y el hombre en todas las esferas de la vida; y *seguridad sexual y reproductiva*, inclusive la protección contra la violencia y la coacción sexuales³. Esos derechos se explicitaron en diversos tratados y convenciones sobre derechos humanos y en acuerdos y consensos internacionales.

En el período previo a la CIPD, se movilizaron los proponentes de derechos reproductivos en los gobiernos y la sociedad civil, en particular los grupos de mujeres, a fin de velar por que esos conceptos fundamentaran el nuevo plan de acción para abordar las cuestiones de población y desarrollo.

En la Encuesta Mundial realizada en 2003 por el UNFPA se comprobó que después de la CIPD, 131 países habían cambiado sus políticas o leyes nacionales o introducido cambios institucionales para reconocer los derechos reproductivos. Por ejemplo, Sudáfrica y Venezuela incorporan en sus respectivas constituciones los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales. La Comisión de Derechos Humanos de la India adoptó una declaración sobre derechos reproductivos y ordenó a los gobiernos de los estados que los promovieran y protegieran⁴.

En el Ecuador, Etiopía, Ghana, Kenya y Liberia, entre otros países, varias organizaciones no gubernamentales (ONG), entre ellas organizaciones de abogadas, promueven y monitorean las acciones gubernamentales en apoyo de los derechos reproductivos.

SOLUCIÓN DE TRANSACCIÓN CON RESPECTO AL ABORTO.

Durante las prolongadas reuniones preparatorias se llegó a un amplio acuerdo sobre la mayoría de los componentes del Programa de Acción. Pero en la conferencia de El Cairo propiamente dicha, un amplio desacuerdo acerca de la manera de abordar el problema del aborto amenazó con bloquear el consenso.

Después de un prolongado debate, se llegó a una solución de transacción. En 1984, en la Conferencia Internacional de Población, se había convenido en que nunca debía promoverse el aborto como medio de planificación de la familia, que debía ayudarse a las mujeres a evitar el aborto mediante un mayor acceso a los métodos de planificación de la familia y que quienes se veían obligadas a recurrir al aborto necesitaban un trato humanitario y un asesoramiento psicosocial. En el Programa de Acción de 1994 se reafirmaron esos acuerdos. Se reconoció que el aborto realizado en malas condiciones⁵ es un problema de salud pública de gran magnitud y se agregó que las mujeres debían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones del aborto. Los gobiernos

convinieron en que la política relativa al aborto incumbe a cada país; cuando el aborto no es contrario a la ley, debería realizarse en condiciones de seguridad.

En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, se confirmó el Programa de Acción de El Cairo y los derechos reproductivos como cuestiones fundamentales del programa de promoción de la igualdad de género. En Beijing se amplió el concepto de seguridad sexual y se especificó que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre cuestiones relativas a su sexualidad, inclusive la salud sexual y reproductiva, libres de coacción, discriminación o violencia”.

Efectos de amplios alcances

El éxito de la CIPD en cuanto a promover el programa de derechos humanos para abordar problemas de salud y desarrollo de importancia crítica tuvo amplios alcances. Desde 1994, las ONG, muchos países y la comunidad internacional han utilizado el consenso para contribuir a promover un programa de vastos alcances sobre ampliación de los medios de acción e igualdad. Por ejemplo:

- Muchos países han intensificado sus esfuerzos para combatir el **VIH/SIDA** utilizando un enfoque amplio e integrado de prevención, tratamiento, atención y apoyo (véase el Capítulo 8).
- La **salud reproductiva de los adolescentes** ha pasado a ser una cuestión de interés mundial (véase el Capítulo 9).
- Cada vez es mayor la oposición al **matrimonio precoz**, por entrañar riesgos para la salud de las niñas e infringir sus derechos.
- La persistencia de las altas tasas de **mortalidad derivada de la maternidad** ha estimulado un examen más intenso de sus causas y sus soluciones (véase el Capítulo 7).
- Cada vez hay más reconocimiento y mayor apoyo a las necesidades de la mujer en materia de **salud reproductiva en situaciones de emergencia** (véase el Capítulo 10).
- En octubre de 2000, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas adoptó por unanimidad la Resolución 1325 sobre **la mujer, la paz y la seguridad**, exhortando a que se incorporen las necesidades especiales de las mujeres y las niñas en todas las decisiones relativas a repatriación, reasentamiento, rehabilitación, reintegración y reconstrucción posterior a los conflictos.

- Va en aumento el número de países que están adoptando medidas para prevenir y reparar la **fístula obstétrica**, una terrible lesión que ocurre durante el parto, en especial cuando se trata de madres adolescentes.
- Después de que la CIPD hubo establecido que el **aborto realizado en malas condiciones** es un importante problema de salud pública, las medidas para reducir sus efectos—inclusive un mayor apoyo para servicios de calidad de planificación de la familia y atención posterior al aborto, y el debate amplio basado en valores culturales sobre la circunstancias en que puede permitirse el aborto—han ido en aumento.
- Las campañas contra la **violencia por motivos de género** (inclusive la violencia doméstica y el uso de la violación para aterrorizar a las poblaciones afectadas por la guerra) están obteniendo cada vez mayor apoyo en muchos países.
- Se están oyendo cada vez mayores exhortaciones a emprender en todo el mundo medidas de lucha contra la **trata de mujeres y niños** y la coacción en la industria mundial del sexo.
- Se están adoptando medidas decisivas para eliminar el **corte genital femenino** y otras prácticas tradicionales nocivas que en el pasado se consideraban temas demasiado delicados para ser mencionados; 17 países han proscrito el corte genital femenino y se ha movilizado a muchas comunidades para que eliminen esa práctica.

Es largo el camino por recorrer

Hasta el momento, el progreso logrado por los países a fin de poner en práctica las recomendaciones de la CIPD ha sentado las bases para mayores adelantos en cuanto a garantizar la salud reproductiva y los derechos reproductivos. Pero los problemas que quedan por resolver siguen siendo de gran magnitud:

- Continúa la **migración** desde las zonas rurales de los países en desarrollo hacia las ciudades, las cuales crecen aceleradamente. **Hacia 2007, la mitad de la población mundial será urbana.** La provisión de servicios sociales, inclusive la atención de la salud reproductiva, en zonas urbanas pobres es un problema de gran magnitud, al igual que la satisfacción de las necesidades de comunidades rurales carentes de servicios.
- El crecimiento de la población, sumado al alto consumo de recursos por las poblaciones ricas, está agravando el estrés sobre el medio ambiente mundial. El calentamiento

mundial, la deforestación, la creciente escasez de agua y la disminución de las tierras de cultivo dificultarán cada vez más las posibilidades de abordar la pobreza y la desigualdad de género.

- **Hay más de 350 millones de parejas que siguen careciendo de acceso a una gama completa de servicios de planificación de la familia.** Unos 137 millones de mujeres quieren aplazar su próximo alumbramiento o evitarlo, pero no están utilizando métodos de planificación de la familia; otros 64 millones están utilizando métodos de menor eficacia. Si bien los servicios están llegando a mayor cantidad de mujeres que en el pasado, no se están ampliando con la velocidad suficiente para subsanar los déficit existentes o mantenerse al mismo ritmo que el crecimiento de la población y el aumento de la demanda. **Hacia 2025, la demanda de servicios de planificación de la familia habrá aumentado en un 40%.**
- **Las complicaciones del embarazo y el parto** figuran entre las principales causas de defunción y enfermedad de la mujer en edad de procrear en muchos países en desarrollo. Cada año, unos 8 millones de mujeres padecen complicaciones del embarazo que amenazan sus vidas; más de 529.000 pierden la vida en consecuencia y de ellas, un 99% reside en países en desarrollo⁶. Hay cantidades muchas veces superiores de mujeres que padecen infecciones o lesiones.
- En todo el mundo en desarrollo, **un tercio de todas las embarazadas no reciben ningún tipo de atención de la salud durante el embarazo**; un 60% de los partos ocurren fuera de establecimientos de salud; y sólo la mitad de los partos cuentan con atención de personal capacitado.
- Según se estima, en 2003 se agregaron **5 millones a los infectados con el VIH**, un promedio de 14.000 por día; de ellos, un 40% fueron mujeres y casi un 20%, niños. A mediados de 2004, estaban viviendo con el VIH/SIDA unos 38 millones de personas. En 2003, unos 3 millones de personas murieron a causa del SIDA: 2,5 millones de adultos y 500.000 niños menores de 15 años⁷.

DÉFICIT DE RECURSOS. Frente a los problemas señalados, la respuesta de la comunidad internacional ha sido insuficiente. Tras un aumento inicial posterior a la Conferencia de El Cairo, la cuantía de los recursos se mantuvo estancada.

Los países donantes sólo han proporcionado una mitad de los recursos externos que la CIPD convino eran necesarios para ejecutar el Programa de Acción. Los donantes acordaron aportar hacia 2005 unos 6.100 millones de dólares anuales

EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN SIGUE SIENDO UN PROBLEMA

La población mundial, que es hoy de 6.400 millones de personas, sigue creciendo rápidamente: en la actualidad, a razón de 76 millones de personas por año. Según las proyecciones de las Naciones Unidas, hacia 2050 se habrán agregado a la población mundial unos 2.500 millones de personas, cantidad equivalente al total de la población mundial en 1950.

La tasa de crecimiento se hizo más lenta después de su punto máximo, a mediados del decenio de 1990, con unos 82 millones de personas por año. El tamaño medio de la familia ha disminuido, desde seis hijos por mujer en 1960 hasta unos tres en la actualidad, a medida que la planificación de la familia se fue haciendo más accesible y más ampliamente utilizada. Las proyecciones sugieren que el total de la población comenzará a nivelarse hacia mediados de este siglo, a medida que las tasas de fecundidad vayan disminuyendo hasta llegar a niveles de reemplazo o menores.

Pero algunos países llegarán a ese punto mucho después que otros. Los países que tienen

poblaciones jóvenes (debido a sus altas tasas de fecundidad en un pasado reciente) seguirán creciendo durante decenios, aun cuando predominen las familias pequeñas. El número de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad ha llegado a un máximo sin precedentes de 1.200 millones de personas.

Y en los países más pobres, donde siguen siendo altas las tasas de fecundidad y mortalidad y sigue siendo limitado el acceso a servicios de planificación de la familia, recién ha comenzado la transición hacia familias más pequeñas. Según se prevé, en los 50 países menos adelantados el crecimiento será de 22,8%, hasta 1.700 millones hacia 2050.

Los países donde ha disminuido pronunciadamente la fecundidad experimentarán un marcado envejecimiento de sus poblaciones en los próximos decenios, tendencia ya en curso en países desarrollados y motivo de gran preocupación en cuanto a las políticas.

De las proyecciones de crecimiento, un 96% se prevé que ocurrirá en los países en desarrollo. Actualmente, las poblaciones de Europa y del Japón están disminuyendo y según las proyecciones, el ritmo de la declinación se ha de duplicar

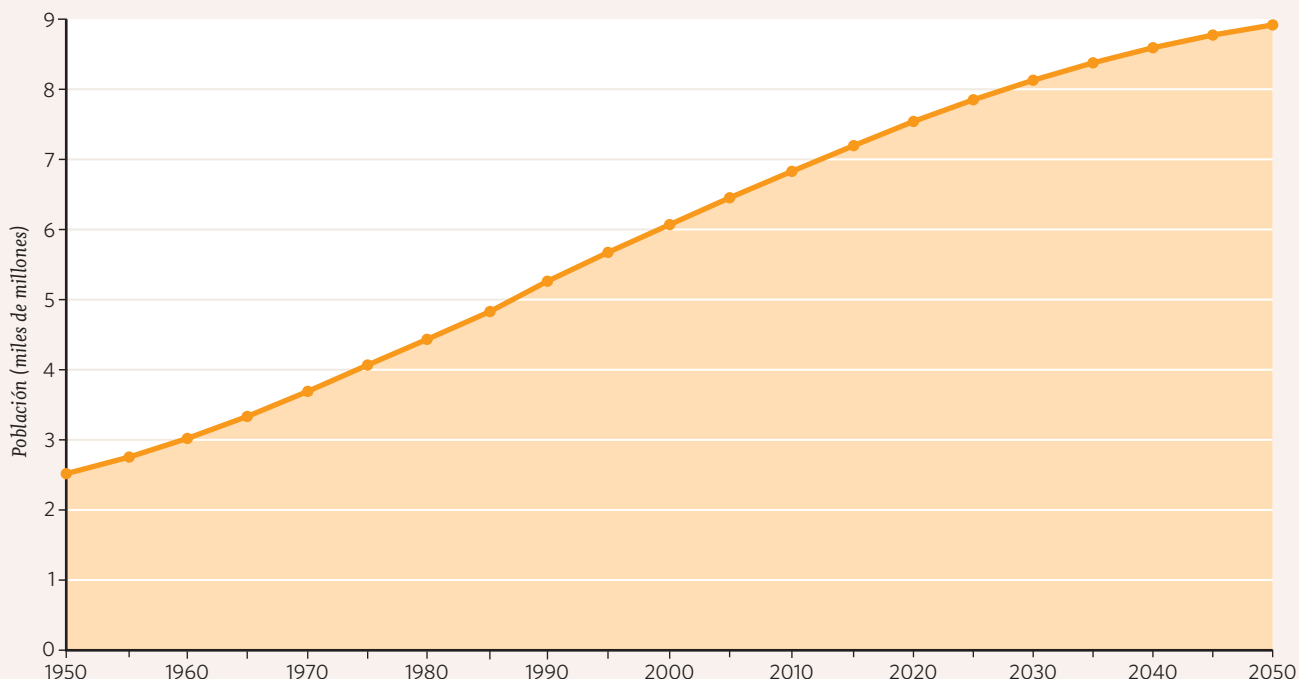
hacia 2010-2015; en América del Norte el crecimiento continúa a razón de un 1% anual, debido principalmente a la inmigración.

Las estimaciones de la población y las proyecciones de crecimiento en la actualidad son inferiores a las efectuadas hace un decenio, debido en gran medida a que los efectos del VIH/SIDA en África han sido peores que lo anteriormente previsto y a que el crecimiento en los países desarrollados ha declinado más rápidamente que lo previsto.

En los 38 países africanos más afectados por el VIH/SIDA, según las proyecciones hacia 2015 habrá 823 millones de personas, 91 millones menos que la cantidad que existiría si no existiera el SIDA, pero más del 50% más que hoy (si no existiera el VIH/SIDA, esas poblaciones habrían aumentado en un 70%).

En las proyecciones de las Naciones Unidas acerca de un crecimiento más lento de la población se supone que aumentará el número de parejas que podrán optar por tener familias más pequeñas; esto requerirá mayores inversiones para velar por un más amplio acceso a la información y los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación de la familia.

Gráfico 1: Población mundial, 1950-2050 (proyecciones)



Fuente: División de Población, Naciones Unidas

con destino a programas de población y salud reproductiva, es decir, un tercio de los recursos necesarios. Pero entre 1999 y 2001, sus contribuciones se mantuvieron en unos 2.600 millones de dólares; en 2002 aumentaron hasta 3.100 millones de dólares⁸.

Frente a la pandemia de VIH/SIDA, hay necesidades adicionales; en particular, se necesita un suministro fiable y suficiente de productos para salud reproductiva, inclusive condones masculinos y femeninos.

El camino hacia adelante

El décimo aniversario de la CIPD es una oportunidad para que los gobiernos y la comunidad internacional pasen revista a las acciones de aplicación del Programa de Acción, renueven sus compromisos y determinen cuáles son las prioridades y los problemas que subsisten. Los exámenes regionales y las respuestas a la Encuesta Mundial del UNFPA han confirmado que muchos países lograron progresos apreciables y siguen comprometidos decididamente a seguir adoptando medidas.

El Programa de Acción, gracias a su enfoque integral que vincula población y desarrollo—inclusive la protección medioambiental y la gestión del crecimiento urbano y rural—, la igualdad de género, la salud reproductiva y los derechos reproductivos, sigue ofreciendo un plan de campaña esencial para las acciones de desarrollo en el próximo decenio.

Los recientes compromisos asumidos por las Naciones Unidas y los donantes en pro de las estrategias de reducción de la pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (inclusive medidas para reducir la mortalidad derivada de la maternidad y contrarrestar la pandemia de VIH/SIDA) ofrecen una real oportunidad de generar la voluntad política y los mayores recursos que se necesitarán para llevar cabalmente a la práctica el consenso de El Cairo.

El objetivo de la CIPD, de acceso universal a los servicios de salud reproductiva hacia 2015, es una condición esencial para conquistar la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tiene importancia crítica velar por que no se descuiden los recursos y las acciones necesarias para la salud reproductiva al determinar las prioridades de financiación. El apoyo de los donantes en este sector sólo alcanza la mitad

de la cuantía acordada en la CIPD, y las necesidades siguen en aumento.

Además, se necesitan recursos para programas integrados y multisectoriales. Este enfoque, aspecto modular de la visión de la CIPD, contrasta con los enfoques de programación sector por sector (y dentro del sector de salud, enfermedad por enfermedad) que ha facilitado la orientación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las inversiones en una mejor salud reproductiva han demostrado ser muy redituables. Se necesita contar con mayores recursos, en particular, a fin de ofrecer más servicios voluntarios de planificación de la familia, ampliar el acceso a la atención obstétrica de emergencia y otras intervenciones en pro de la maternidad sin riesgo e intensificar las acciones de prevención del VIH/SIDA, como parte de una mayor respuesta a la pandemia. Se necesitan esfuerzos especiales para llegar a los adolescentes y los jóvenes y a las personas desplazadas por guerras y desastres naturales.

También es importante reforzar otras conclusiones fundamentales de la CIPD: planes y políticas de desarrollo que aborden la dinámica de la población y su vínculo con la salud reproductiva, así como su efecto sobre las posibilidades de desarrollo económico sostenible y reducción de la pobreza; es preciso que las comunidades y los beneficiarios estén involucrados en la formulación y evaluación de los programas y es menester que las intervenciones se lleven a cabo en cooperación con entidades de la sociedad civil, además de estar dotadas de sensibilidad cultural.

Hace diez años, el Programa de Acción de la CIPD comenzó señalando que el mundo se encontraba “en un momento definitorio de la historia de la cooperación internacional”, lo cual ofrecía una oportunidad sin par de promover el bienestar de los seres humanos, vinculando el desarrollo con las cuestiones de población, adelanto de la mujer y salud reproductiva. Los retos actuales—entre ellos, problemas de seguridad, continua propagación del VIH/SIDA y persistente pobreza, en paralelo con una prosperidad sin precedentes—tornan aún más imperativo llevar a la práctica al Programa de Acción de El Cairo para poder plasmar en la realidad su sueño de un futuro mejor.



2 Población y pobreza

Una premisa fundamental de la Conferencia de El Cairo (1994) fue la noción de que el tamaño, la tasa de crecimiento, la estructura por edades y la distribución rural y urbana de la población de un país tienen repercusiones de importancia crítica sobre sus perspectivas de desarrollo, concretamente sobre sus posibilidades de elevar los niveles de vida de los pobres. En este entendimiento, la CIPD exhortó a los países a “integrar plenamente las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos a todos los niveles”.

Entre las principales cuestiones de población y desarrollo que abordó el Programa de Acción figuran: población y pobreza; medio ambiente (véase el Capítulo 3); salud, morbilidad y mortalidad (véanse los Capítulos 6, 7 y 8); y distribución de la población, urbanización y migración interna e internacional (Capítulo 4).

La pobreza perpetúa la mala salud, la desigualdad de género y el rápido crecimiento de la población. La CIPD reconoció que ampliar los medios de acción de cada mujer y cada hombre mediante la educación, la igualdad de oportunidades y los medios para determinar el número y el espaciamiento de sus hijos, tiene importancia crítica para quebrar este círculo vicioso.

En 1994 ya se disponía de pruebas incontestables, dimanadas de la experiencia durante dos generaciones, de que los países en desarrollo donde las tasas de fecundidad son más bajas y el crecimiento de la población es más lento, son los que tienen mayor productividad, mayor ahorro y mayores inversiones productivas, todo ello conducente a un más acelerado crecimiento económico.

El análisis de datos más recientes confirma que los países que han reducido sus tasas de fecundidad y mortalidad efectuando inversiones en salud y educación, han prosperado en consecuencia.

En momentos en que la comunidad internacional se esfuerza por centrar más eficazmente sus acciones de desarrollo a fin de conquistar los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** en cuanto a la erradicación de la pobreza y el mayor bienestar de los seres humanos, el Programa de Acción de la CIPD, basado en los derechos humanos para abordar la interdependencia entre la población y la pobreza, merece la más alta prioridad.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el decenio transcurrido desde la CIPD, han cambiado las políticas que conforman la asistencia internacional para el desarrollo. El importe de la asistencia se ha estancado alrededor de 60.000 millones de dólares por año, como resultado de la fatiga de los donantes y la incertidumbre económica. Al mismo tiempo, los donantes han intensificado sus críticas acerca de la manera en que se utilizó la asistencia (y la responsabilidad se ha asignado tanto a los mismos donantes como a los gobiernos receptores).

A fin de aumentar los efectos de la asistencia para el desarrollo, los donantes han adoptado la gobernabilidad como criterio importante para la asignación de dicha asistencia y han fortalecido el enfoque general sobre la mitigación de la pobreza como principal justificación de la asistencia.

El propósito de centrar más eficazmente la asistencia para el desarrollo guió la Cumbre del Milenio celebrada en 2000 en la Sede de las Naciones Unidas, así como la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) y las metas correlativas para reducir la pobreza mundial antes de 2015:

1. **Erradicar la pobreza extrema y el hambre.** Reducir antes de 2015 a la mitad la proporción de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día y que padezcan hambre.
2. **Lograr la educación primaria universal.** Velar por que, antes de 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3. **Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.** Eliminar las disparidades entre hombres y mujeres en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente antes de 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de 2015.
4. **Reducir la mortalidad en la infancia.** Reducir en dos terceras partes antes de 2015 las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años.
5. **Mejorar la salud materna.** Reducir en tres cuartas partes antes de 2015 la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.

6. **Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.** Detener y comenzar a reducir antes de 2015 la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
7. **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.** Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y contrarrestar la pérdida de recursos del medio ambiente. Reducir a la mitad antes de 2015 la proporción de personas que carecen de acceso a agua potable. Mejorar considerablemente las condiciones de vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios antes de 2020.
8. **Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.** Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, que incluya un compromiso de lograr el desarrollo, una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados y de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo. Encarar inte-

gralmente los problemas de la deuda de los países en desarrollo. Elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes trabajo digno y productivo. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso en forma costeable a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

En muchos aspectos, los objetivos y las metas fijados en la CIPD (véase el Recuadro 3) se anticiparon a los de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio

El objetivo de El Cairo de lograr acceso universal a servicios de calidad de salud reproductiva antes de 2015 no forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esto ha suscitado preocupación acerca de que tal vez las necesidades de salud reproductiva pudieran ser postergadas al tratar de distribuir mejor los recursos, en función de las prioridades

3

OBJETIVOS DE LA CIPD Y DEL EXAMEN REALIZADO EN 1999

La CIPD aprobó los siguientes objetivos, que se apoyan recíprocamente:

- **Igualdad de género en la educación.** Eliminar la discrepancia de género en la educación primaria y secundaria antes de 2005 y velar por un completo acceso a la enseñanza primaria o su equivalente de las niñas y los niños varones, tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de 2015;
- **Mortalidad de menores de un año, de niños en general y de madres.** Reducir antes del año 2000 al menos en una tercera parte las tasas de mortalidad de menores de un año y de menores de 5 años, hasta no menos de 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente; y reducirlas hasta menos de 35 y 45, respectivamente, antes de 2015; reducir antes del año 2000 las tasas de mortalidad derivada de la maternidad a la mitad de los niveles existentes en 1990 y reducirlas nuevamente a la mitad antes de 2015 (concretamente, en países donde son más altas las tasas de mortalidad, reducirlas hasta menos de 60 por cada 100.000 nacidos vivos);
- **Servicios de salud reproductiva.** Proporcionar acceso universal a una gama completa

de métodos fiables y seguros de planificación de la familia y a los servicios conexos de salud sexual y reproductiva, antes de 2015.

En 1999, al pasar revista a los primeros cinco años de aplicación del Programa de Acción de la CIPD, la Asamblea General de las Naciones Unidas tomó nota de que estaba empeorando la crisis del VIH/SIDA y la vulnerabilidad de los jóvenes y adoptó metas numéricas concretas a fin de evaluar la realización del Programa:

- **Educación.** Reducir a la mitad antes de 2005 las tasas de analfabetismo de mujeres y niñas existentes en 1990; asegurar que antes de 2010, al menos un 90% de los niños de uno y otro sexo estén matriculados en la escuela primaria;
- **Servicios de salud reproductiva.** Proporcionar una amplia gama de métodos de planificación de la familia, atención obstétrica esencial y prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor en un 60% de los establecimientos que prestan atención primaria de la salud antes de 2005; en un 80% antes de 2010; y en todos antes de 2015;
- **Mortalidad derivada de la maternidad.** Cuando la mortalidad derivada de la maternidad es muy alta, velar por que antes de 2005, al menos un 40% de todos los partos reciban

asistencia de personal capacitado, 50% antes de 2010 y 60% antes de 2015; a escala mundial, un 80% de los partos deberían recibir atención antes de 2005, un 85% antes de 2010 y un 90% antes de 2015;

- **Necesidad insatisfecha de planificación de la familia.** Reducir a la mitad antes de 2005 cualquier déficit entre las proporciones de personas que utilizan anticonceptivos y las de quienes expresan el deseo de espaciar o limitar sus familias, en un 75% antes de 2010 y completamente antes de 2015. Para alcanzar ese objetivo, es preciso no utilizar metas de captación ni cuotas.
- **VIH/SIDA.** Velar por que antes de 2005 al menos un 90% y antes de 2010 al menos un 95% de los jóvenes varones y mujeres entre 15 y 24 años de edad tengan acceso a métodos de prevención del VIH/SIDA, entre ellos, condones (preservativos) masculinos y femeninos, servicios de detección voluntaria, asesoramiento psicosocial y seguimiento; reducir antes de 2005 las tasas de infección con el VIH en este grupo de edades en un 25% en los países más afectados, y en un 25% a escala mundial antes de 2010.

del desarrollo. Pero, tal como lo afirmó la CIPD, ese objetivo es fundamental para reducir la pobreza, la mortalidad de niños y madres y la propagación del VIH/SIDA.

Como lo indicó el Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan en un mensaje a la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, celebrada en Bangkok (Tailandia) en diciembre de 2002, “no es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, si no se abordan de lleno las cuestiones de población y salud reproductiva. Y esto significa intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y efectuar mayores inversiones en educación y salud, inclusive la salud reproductiva y la planificación de la familia”.

Es mucho más lo que debe hacerse para asegurar los efectos sinérgicos entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los objetivos de la CIPD, pero se han logrado algunos progresos alentadores. Dos de los grupos de tareas de expertos para el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (en materia de igualdad de género y de salud materno-infantil) han apoyado decididamente “el acceso universal a la salud sexual y reproductiva” como prioridad estratégica para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio’.

Todos los países deben informar a la Asamblea General sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio presentando informes nacionales al respecto. Entre los primeros informes publicados, diez indicaron que la salud reproductiva es un objetivo y otros cuatro aludieron a cuestiones de salud reproductiva. Nueve aportaron datos sobre la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (el indicador más frecuentemente utilizado para monitorear el acceso a los servicios de salud reproductiva); otros diez informes mencionaron dicha tasa.

Efecto económico de la dinámica de población

Hay claras pruebas de que cuando se posibilita que las personas tengan menor cantidad de hijos si así lo desean, esto contribuye a estimular el desarrollo y reducir la pobreza, tanto en los hogares como a nivel macroeconómico.

TAMAÑO Y BIENESTAR DE LA FAMILIA. Recientes investigaciones apoyan la premisa de que al tener numerosos hijos (no planificados) se impone una pesada carga en los pobres, mientras que las familias más pequeñas tienen una mayor movilidad económica ascendente.²

La fecundidad afecta la pobreza de una familia de diferentes maneras:

- Las familias más pequeñas distribuyen el ingreso entre menor cantidad de personas y, por ende, aumenta el ingreso

medio per cápita. Una familia de cierto tamaño tal vez esté por debajo del límite de pobreza, pero si tuviera un miembro menos, podría elevarse por encima del límite de pobreza.

- Cuando es menor el número de embarazos, también se reducen las tasas de mortalidad y morbilidad de las madres y a menudo esto redundan en mayor educación y más oportunidades económicas para la mujer. La muerte o la discapacidad de una madre pueden empujar a una familia hacia la pobreza. La capacidad de la madre para obtener un ingreso puede rescatar a la familia de la pobreza.
- Las altas tasas de fecundidad perjudican la educación de los hijos, especialmente de las niñas. Las familias más numerosas tienen menores recursos que invertir en la educación de cada hijo. Además, el embarazo precoz interrumpe la educación de la joven y en las familias numerosas, las madres suelen retirar a las hijas de la escuela para que ayuden a cuidar a sus hermanos. Lo frecuente es que el menor nivel educacional redunde en mayor pobreza para la familia y también en la transmisión de la pobreza a las generaciones sucesivas.
- Las familias donde las tasas de fecundidad son menores están en mejores condiciones de efectuar inversiones en la salud de cada hijo y de proporcionar a todos sus hijos una nutrición adecuada. La desnutrición redundan en perturbación del crecimiento, subdesarrollo del cerebro y una consecuente imposibilidad de llegar a altos niveles de productividad en la fuerza laboral.

EFFECTOS MACROECONÓMICOS. Las altas tasas de fecundidad obstaculizan el desarrollo de diversas maneras. En 2001, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló: “A nivel de la sociedad, el rápido crecimiento de la población rural, en particular, impone enormes tensiones sobre el medio ambiente físico y la productividad alimentaria, a medida que va disminuyendo la proporción entre la mano de obra y la tierra de cultivo disponible. Los campesinos sumidos en una pobreza desesperante probablemente acudan a las ciudades y se hacen en ellas, con lo cual las tasas de urbanización aumentan y esto agrava las consecuencias negativas en materia de congestión y disminución del capital urbano per cápita”.

Por otra parte, las menores tasas de fecundidad redundan en ventajas económicas. En un estudio realizado en 2001 sobre 45 países se comprobó que si en el decenio de 1980 esos países hubieran reducido la fecundidad en cinco alumbramientos por 1.000 habitantes, la incidencia media nacional de la pobreza, de 18,9% a mediados del decenio de 1990, se habría reducido hasta 12,6% entre 1990 y 1995.³

LA DESIGUALDAD EN CUESTIONES DE SALUD REPRODUCTIVA FOMENTA LA POBREZA

La CIPD reconoció que la mala salud y los embarazos no planificados pueden determinar si una familia queda atrapada en la pobreza o escapa a ésta, como los pobres saben desde hace mucho tiempo.² Pero los encargados de formular políticas han tardado mucho en abordar la falta de equidad en la distribución de información y servicios, que contribuye a que las personas sigan siendo pobres.

Al analizar los datos sobre el acceso a servicios de salud reproductiva de diferentes grupos de ingresos en la población de 56 países³ se pone de manifiesto que los grupos más pobres están indudablemente en situación desventajosa, de diversas maneras:

- La mayor discrepancia entre poblaciones más ricas y más pobres ocurre en la atención del parto por personal capacitado, el más costoso de los servicios de salud reproductiva;
- Las mayores diferencias se acusaron en las tasas de fecundidad en la adolescencia: las mujeres más pobres tienen hijos a edades más tempranas;
- Las desigualdades debidas al nivel de ingresos son mayores en cuanto a la maternidad sin riesgo, la fecundidad en la adolescencia, el uso de anticonceptivos y las tasas de fecundidad

total, que en lo concerniente a la mortalidad de menores de un año;

- Las mujeres pobres tienen, a lo largo de toda su vida, mayor cantidad de hijos que las mujeres de mayores recursos;
- Los países pobres acusan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad de lactantes, niños y madres y en todo los países, las mujeres pobres enfrentan riesgos mayores que las demás;
- La utilización de métodos de planificación de la familia, en particular métodos modernos, es mayor en los segmentos más pudientes de la sociedad.

Esas constataciones corroboran lo indicado en el informe *El Estado de la Población Mundial 2002*, en que se examinaron datos procedentes de 44 países. La escasez de recursos, personal capacitado, oportunidades y actividades de difusión privan a los pobres de acceso a los servicios de salud reproductiva y de la información al respecto, y los efectos saltan a la vista.

Los déficit en cuanto a información y servicios obedecen a diversos factores:

- Las mujeres y las parejas pobres tienen menor acceso a la información y a las aptitudes resultantes de la educación para ampliar sus conocimientos;
- Las personas y las comunidades pobres quieren evitar los riesgos—es menos probable que

ensayen nuevos comportamientos—dado que su margen de error es tan pequeño;

- Los costos de la información y los servicios (costos monetarios oficiales y oficiosos y costos de transporte y de oportunidad) son más intimidantes para los pobres;
- Cuando tratan a los pobres, los encargados de prestar servicios tienen menor disposición y posibilidad de interactuar tan estrechamente como se necesita para ofrecer información y apoyo sobre temas delicados;
- Los servicios no están ubicados en lugares accesibles a los pobres, ni se ofrecen en horarios convenientes para éstos;
- Las poblaciones de mayores recursos se ingenian más para recurrir a las instituciones oficiales y recibir una respuesta a sus demandas.

En 2000, en los países en desarrollo solo un 3% del producto interno bruto (PIB) se dedicó al sector de salud; en los países menos adelantados, esa proporción fue incluso menor. En muchos países, los gastos aún tienden a favorecer a los hospitales y los establecimientos médicos de la capital y hubo escaso progreso hacia una distribución más equitativa de los recursos a nivel local: el porcentaje de los gastos nacionales de salud dedicado a los servicios locales de salud se ha mantenido estacionario en los países en desarrollo y ha disminuido en los países menos adelantados.

En momentos de celebrarse la Conferencia de El Cairo, era difícil obtener pruebas econométricas de este “efecto de población” sobre el crecimiento económico, y el pensamiento económico predominante tendía a descartar ese efecto o a considerar que tenía menor importancia. En 1986, un estudio del *National Research Council* en los Estados Unidos⁴ llegó a la conclusión de que el crecimiento de la población tenía poco o ningún efecto sobre el crecimiento económico en general, pese a sus importantes efectos a escala del hogar; pero ese estudio se basó en datos recogidos en los decenios de 1960 y 1970, cuando muchos países en desarrollo estaban iniciando sus procesos de transición demográfica.

LA OPORTUNIDAD DEMOGRÁFICA. Una nueva serie de investigaciones realizadas a mediados del decenio de 1990⁵, basadas en datos recogidos a lo largo de períodos más prolongados, indicó que la disminución de las tasas de fecundidad abre una “oportunidad demográfica” de índole económica. Cuando es menor el número de hijos dependientes en relación con la población en edad activa, los países pueden

efectuar inversiones adicionales que pueden estimular el crecimiento económico y contribuir a reducir la pobreza.

Esta oportunidad se abre por única vez y se cierra a medida que las poblaciones van avanzando en edad y que, eventualmente, comienza a aumentar nuevamente la proporción de dependientes (niños y ancianos).

Varios países del Asia oriental—los llamados Tigres Asiáticos—y algunos otros han aprovechado este dividendo económico. En China hubo una espectacular baja en la incidencia de la pobreza⁶. En un estudio se estimó que debido a la declinación de las tasas de fecundidad en el Brasil, el crecimiento anual del PIB per cápita había aumentado en 0,7 puntos porcentuales. México y otros países de América Latina han registrado efectos similares. Por otra parte, algunos países han desaprovechado en gran medida la oportunidad de un “regalo del cielo” debido a la ausencia de una buena administración pública, o a políticas conducentes a efectuar inversiones improductivas⁷.

En los países más pobres, donde las tasas de fecundidad se mantienen a un alto nivel, todavía transcurrirá algún

tiempo antes de que se abra la oportunidad demográfica, pero al efectuar inversiones desde hoy—en particular, al mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva—se podría acelerar la aparición de dicha oportunidad y asegurar futuros dividendos.

Los países de diferentes regiones del mundo se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica. En el **Asia meridional**, se llegará al punto máximo de la proporción entre población activa y dependientes entre 2015 y 2025. En **América Latina y el Caribe**, la proporción de la población activa comenzó a aumentar antes que en el **Asia oriental** y llegará a su máximo en el lapso 2020-2030, pero el cambio proporcional ha sido menos pronunciado y, en consecuencia, el dividendo económico será menos repentino y menos intenso. Algunos **países árabes** y del **Asia central** llegarán al momento de su oportunidad demográfica dentro de un plazo de dos decenios, mientras que otros tardarán más.

En gran parte de **África al Sur del Sahara**, el dividendo demográfico está aún muy lejos. La población sigue siendo muy joven y la proporción de personas en edad activa es relativamente pequeña. Muchos países recién están iniciando la transición demográfica y otros ni siquiera han comenzado. Según proyecciones, solo 11 países llegarán a su proporción máxima de personas en edad activa antes de 2050. No obstante, hay en la región una gran necesidad de anticonceptivos, lo cual sugiere que al ampliar los programas de calidad, se podría acelerar el momento en que los países recojan el dividendo demográfico.

VIH/SIDA y pobreza

En los países con altas tasas de prevalencia del VIH/SIDA, la pandemia está cobrándose grandes cantidades de vidas de personas en sus años más productivos, lo cual acrecienta la proporción de dependientes respecto de las poblaciones en edad activa y crea una de las peores situaciones posibles con respecto a la transición demográfica.

Para los siete países africanos donde la prevalencia del VIH entre los adultos llega al 20% o proporciones superiores, según las proyecciones, hacia 2025 la población será un 35% menor en comparación con los niveles a los que se habría llegado si no existiera el SIDA. Hacia 2020-2025, la esperanza de vida en esos países será inferior en 29 años a la que habría existido sin el SIDA, lo cual representa una diferencia del 41%⁸.

Además, van en aumento las pruebas de que el crecimiento económico per cápita disminuirá como resultado del aumento de las tasas de dependencia, el acrecentamiento de las cargas sobre los sistemas de salud, la restricción de las inversiones en la productividad y la reducción de la fuerza laboral.

Envejecimiento de las poblaciones

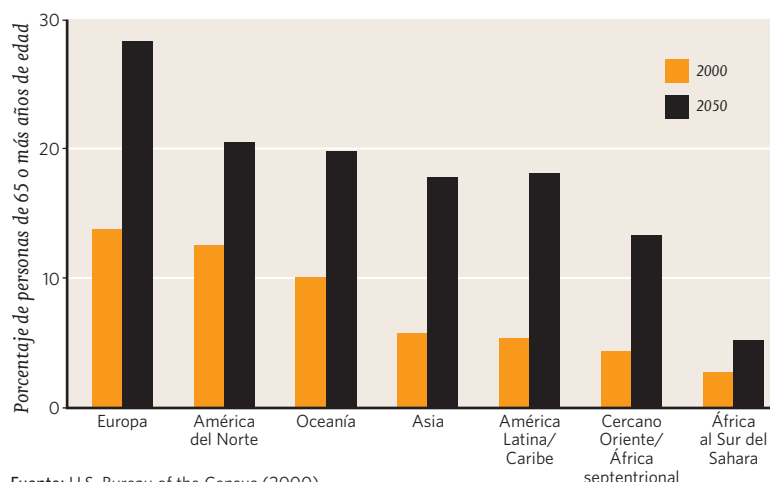
El envejecimiento es otro aspecto de la dinámica de población que afecta el nivel de pobreza. A medida que disminuyen las tasas de fecundidad y envejece la población, pueden debilitarse los sistemas tradicionales, basados en la familia, de atención de los ancianos, lo cual aumentaría la vulnerabilidad de estos. La seguridad económica de los ancianos es una cuestión de política, no sólo en los países desarrollados sino también, y cada vez más, en los países en desarrollo, (entre ellos China) que ya han atravesado la transición demográfica⁹. Entre 2000 y 2050, en la mayoría de los países en desarrollo se habrá duplicado la proporción de población de 65 y más años (véase el gráfico).

Medidas nacionales para reducir la pobreza

De los 151 países en desarrollo que respondieron en 2003 a la Encuesta Mundial del UNFPA¹⁰, 136 indicaron que habían tomado en cuenta, hasta cierto punto, las interacciones entre la población y la pobreza, aun cuando sólo 77 países, o 57%, habían adoptado dos o más medidas para abordar el problema. En 1994, cuando se realizó la más reciente encuesta mundial, sólo un 13% de los países en desarrollo informaron de que habían adoptado alguna medida al respecto.

Muchos países han adoptado diversas estrategias para abordar las cuestiones de población y pobreza, desde la adopción de amplias medidas sobre población y desarrollo en 108 países (79%); el establecimiento de estrategias especiales para migrantes, refugiados, personas internamente desplazadas y otros grupos vulnerables en 39 países (29%); y la institución de medidas para generar ingresos y ampliar los medios de acción de la mujer en 25 países (18%). Unos 20 países (14%) contaban con estrategias para reducir los niveles de fecundidad, mientras que una cantidad similar tenía estrategias para reducir el crecimiento de la población.

Gráfico 2: Proporción de población mayor de 65 años, por región, 1950-2050 (proyecciones)



Fuente: U.S. Bureau of the Census (2000).



3 Población y medio ambiente

La Conferencia de El Cairo destacó que el estrés impuesto al medio ambiente y el agotamiento de los recursos naturales refuerzan y, al mismo tiempo, son exacerbados por la desigualdad de género, la mala salud y la pobreza. El estrés sobre el medio ambiente va en aumento debido a “patrones insostenibles de consumo y producción” (inclusive el alto consumo de recursos en países ricos y por los grupos en mejor posición económica en todos los países) y también a factores demográficos, entre ellos, rápido crecimiento de la población y distribución y migración de poblaciones.

En el capítulo III de la CIPD¹ se afirma que “la satisfacción de las necesidades humanas básicas de una población en aumento depende de un medio ambiente saludable”; de ese modo, se abordan las relaciones recíprocas entre población, crecimiento económico y protección del medio ambiente, reiterando los principios del Programa 21 aprobado en 1992, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en Río de Janeiro.

Tanto en la Conferencia de El Cairo como durante el examen de su Programa de Acción al cabo de cinco años, la comunidad mundial afirmó que lograr mayor igualdad entre hombres y mujeres es un componente esencial del desarrollo sostenible, incluida la protección del medio ambiente. Actualmente se acepta que mejorar la condición de la mujer es un requisito para poder reducir las tasas de fecundidad y asegurar un racional ordenamiento de los recursos naturales. También se está cobrando cada vez mayor conciencia sobre la necesidad de abordar de manera integral las crisis del medio

ambiente, las realidades demográficas, la falta de equidad de género, y el aumento del consumo, en medio de una pobreza persistente.

A partir de 1994, este entendimiento ha conducido a realizar diversas acciones que vinculan la lucha contra la pobreza, la ampliación de los medios de acción de la mujer, los servicios de salud y una mejor gestión de los recursos locales. No obstante, esas acciones, en su mayoría, se han realizado en pequeña escala. Hay una acuciante necesidad de integrar mejor las estrategias de población, la salud reproductiva y las cuestiones de género en las estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellos el Objetivo 7, asegurar la sostenibilidad del medio ambiente.

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 se comprobó que muchos países han logrado adelantos en cuanto a abordar las cuestiones de población en el marco de procesos relativos a la pobreza, el medio ambiente y la planificación centralizada. Se recibieron informes de 122 países sobre preparación de planes o estrategias, en que se establecían vínculos entre población y medio ambiente; 40 países han formulado políticas concretas y 22 han establecido leyes o reglamentaciones sobre dinámica de población y medio ambiente.

No obstante, lo que está en juego sigue siendo muy importante, pues las actividades humanas siguen alterando el planeta en una escala sin precedentes. Va en aumento la cantidad de personas que están utilizando mayor cantidad

UN CÍRCULO VIRTUOSO

Los esfuerzos por reducir el crecimiento demográfico, reducir la pobreza, conseguir progresos económicos, mejorar la protección del medio ambiente y disminuir las modalidades insostenibles de consumo y producción son mutuamente complementarios. En muchos países, gracias a un crecimiento de la población más lento se ha...aumentado la capacidad...para atacar la pobreza, proteger y reparar el medio ambiente y construir la base para el desarrollo sostenible futuro.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 3.14

En el último siglo, y especialmente en los últimos 40 años, los seres humanos han causado enormes cambios en el medio ambiente mundial. Los más directamente afectados por problemas de medio ambiente, desde la contaminación del agua hasta el cambio climático, son también los más pobres y los que están en peores condiciones de cambiar sus medios de vida o sus estilos de vida para hacer frente a la declinación ecológica o combatirla. Algunos ejemplos:

- Los agricultores, ganaderos, taladores de árboles y urbanizadores han destruido aproximadamente la mitad de la **cubierta forestal** originaria del planeta; otro 30% de esa cubierta está degradada o fragmentada.
- En el último siglo, la degradación de los suelos ha reducido, según se estima, en un 13% las tierras de cultivo y en un 4% los pastizales. En los últimos años, en muchos países la producción

alimentaria ha sido muy superada por el crecimiento de la población. Unos 800 millones de personas están crónicamente malnutridas y 2.000 millones carecen de seguridad alimentaria.

- De las **existencias de fauna ictícola** en todo el mundo, las tres cuartas partes han desaparecido o han excedido los límites sostenibles. En los últimos 50 años, las flotas de pesca industrial han extraído al menos un 90% de los mayores predadores oceánicos, entre ellos, el atún, el pez aguja y el pez espada.
- Desde el decenio de 1950 se ha triplicado la demanda mundial de **agua**. Está disminuyendo la cantidad y la calidad de las aguas subterráneas debido al bombeo excesivo, a la escorrentía de fertilizantes y plaguicidas y a las aportaciones de desechos industriales. Hay 500 millones de personas residentes en países donde hay estrés hídrico o escasez de agua; según se prevé, hacia 2025 esas cantidades pasarán a entre 2.400 millones y 3.400 millones.

- **Cambio climático.** Como resultado del consumo de combustibles fósiles, actualmente los niveles de anhídrido carbónico en la atmósfera son superiores en un 18% a los existentes en 1960 y, según se estima, superiores en un 31% a los existentes al comenzar la revolución industrial en 1750. La acumulación de gases de efecto invernadero en la atmósfera, incluido el anhídrido carbónico, se ha vinculado al aumento y las variaciones extremas en las temperaturas, así como al aumento en la severidad de las tormentas.

- Según se estima, el **nivel del mar** ha aumentado entre 10 y 20 centímetros, debido en gran medida a que grandes masas de hielo se han derretido y los océanos se han ampliado, a raíz del calentamiento regional y mundial. Los pequeños países insulares y las ciudades y terrenos agrícolas de baja altitud corren graves riesgos de inundación.

de recursos con mayor intensidad y dejando en el planeta una “huella” mayor que nunca antes.

Efectos de la población sobre la utilización de los recursos

Los números no bastan para reflejar cabalmente el efecto de las interacciones entre poblaciones humanas y medio ambiente. La magnitud y el peso de la **huella medioambiental** que deja cada persona sobre la Tierra queda determinada por las maneras en que esas personas utilizan los recursos, lo cual afecta las cantidades de esos recursos que consumen. Por ejemplo, un vegetariano que se desplace principalmente en bicicleta tiene efectos mucho menores que alguien que consume carne vacuna y conduce un vehículo deportivo utilitario (SUV).

La huella ecológica de una persona típica en un país de altos ingresos es unas seis veces mayor que la huella ecológica de alguien en un país de bajos ingresos, y muchas más veces mayor que la de alguien en los países menos adelantados. Las huellas ecológicas combinadas de los habitantes de una región determinan qué posibilidad hay de salvar la diversidad biológica de esa región o perderla para siempre.

Muchos economistas y especialistas en medio ambiente utilizan una ecuación que vincula la población, el consumo y la tecnología a fin de describir sus impactos relativos ($I = PAT$: Impacto = Población x Riqueza x Tecnología).

A medida que van disminuyendo las tasas de natalidad, asumirán nueva importancia los niveles de consumo y las pautas de consumo (riqueza), sumados a la tecnología, en cuanto a determinar el estado del medio ambiente mundial. Pero la población seguirá siendo el factor de importancia crítica cuando la falta de acceso a servicios de salud reproductiva y planificación de la familia, los déficit en la educación de niñas y mujeres, la pobreza y el limitado poder de la mujer en relación con el del hombre, siguen impulsando las altas tasas de fecundidad.

CONSUMIDORES A ESCALA MUNDIAL Y POBREZA

PERSISTENTE. Una clase mundial de consumidores en rápido crecimiento, que actualmente llega a unos 1.700 millones de personas, representa la amplia mayoría del consumo de carne vacuna, el uso de papel, el manejo de automóviles y el uso de energía en el planeta, así como el efecto resultante de esas actividades sobre los recursos naturales del mundo. Esta clase de consumidores no se limita a los países industrializados; a medida que van aumentando las poblaciones de países en desarrollo y que la economía mundial se va globalizando cada vez más, son más y más las personas que poseen los medios de adquirir una mayor diversidad de productos y servicios que nunca antes².

Mientras tanto, 2.800 millones de personas—dos de cada cinco habitantes del mundo—siguen esforzándose por sobre-

vivir con un ingreso de menos de dos dólares diarios. En el año 2000, había 1.100 millones de personas carentes de acceso razonable a agua potable y 2.400 millones de personas que vivían sin saneamiento básico. En ese año 2000, la falta de acceso a agua potable y saneamiento en el mundo en desarrollo causó 1.700 millones de defunciones³.

EFFECTOS DIFERENTES. Cuando el crecimiento de la población y los altos niveles de consumo coinciden, como ocurre en algunos países industrializados, los efectos del crecimiento son apreciables. Por ejemplo, aun cuando la población de los Estados Unidos es sólo una cuarta parte de la de la India, su huella medioambiental es más de tres veces superior: libera cada año hacia la atmósfera 15,7 millones de toneladas de carbono, en comparación con los 4,9 millones de toneladas correspondientes a la India⁴. Por consiguiente, el efecto del aumento actual a razón de tres millones de personas por año en la población estadounidense es superior al del aumento anual en la India, de 16 millones de personas.

Los efectos sobre el medio ambiente pueden seguir intensificándose, aun cuando se establecen los niveles de crecimiento de la población. En China, ha disminuido pronunciadamente el crecimiento de la población, pero siguen aumentando el consumo de petróleo y carbón y la consecuente contaminación. Si bien el Gobierno de China promueve una mayor eficiencia en el consumo de combustible de los automóviles (véase el Recuadro 6), no promueve un mayor uso del transporte público, ni el transporte en bicicleta o la marcha a pie, ni una eficiente planificación urbana para que las personas no se vean obligadas a trasladarse en automóviles.

6

PROMOCIÓN DE UN USO MÁS EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Se han registrado varias iniciativas que indican que los países toman en serio el reto de reducir los patrones nocivos de producción y consumo. Por ejemplo, el año pasado China comenzó a reglamentar su industria manufacturera de automóviles, en acelerado crecimiento, y estipuló que los nuevos vehículos familiares que se venden en las principales ciudades deben satisfacer normas de contaminación atmosférica tan estrictas como las vigentes en los Estados Unidos y los países de Europa occidental. A partir de este año, las nuevas normas de economía de combustible para los automóviles serán mucho más rigurosas que las vigentes en los Estados Unidos.

Al mismo tiempo, está aumentando la transferencia de tecnologías que aumentan la eficiencia energética. China ha pasado a ser el mayor productor del mundo de bombillas fluorescentes compactas de alta eficiencia, debido en parte a iniciativas conjuntas con empresas del Japón, los Países Bajos y otros países. La India ha pasado a ser una importante fuente de turbinas eólicas de avanzada que utilizan tecnología procedente de empresas conjuntas y acuerdos de licencia con firmas danesas, neerlandesas y alemanas.

Además de reducir el consumo general de recursos, los gobiernos pueden reducir los efectos sobre el medio ambiente del aumento del consumo promoviendo tecnologías apropiadas que aprovechen más eficientemente los recursos⁵. Los países industrializados pueden ayudar al mundo en desarrollo, prestando asistencia a la difusión de tecnologías menos contaminantes⁶.

Otras tendencias demográficas se combinan con el consumo de manera sorprendente. Como resultado del aumento del ingreso, de la urbanización y de las familias más pequeñas, entre 1970 y 2000 disminuyó el número medio de personas que viven bajo un mismo techo—desde 5,1 hasta 4,4 en los países en desarrollo y desde 3,2 hasta 2,5 en los países industrializados—, mientras que aumentó el número total de hogares. Para cada nueva vivienda se necesita tierra y materiales. Y dado que en cada vivienda hay menos personas, se pierden las economías debidas al uso compartido de la energía y los artefactos domésticos. Por ejemplo, en los Estados Unidos, un hogar donde haya una sola persona utiliza un 17% más de energía per cápita que un hogar de dos personas.

Incluso en algunos países europeos y en el Japón, donde ha cesado el crecimiento de la población, la cambiante dinámica de los hogares es un importante factor que acrecienta el consumo⁷.

Pobreza y estrés ecológico

Mientras los consumidores, particularmente en los países más ricos, son los principales factores que reconfiguran el mundo natural debido a su utilización de recursos y productos, las poblaciones en acelerado crecimiento de los países más pobres y menos adelantados también tienen un efecto; en ese caso, la diversidad biológica suele ser importante y la degradación del medio ambiente ya está generalizada.

Las poblaciones pobres de muchas regiones ricas en diversidad biológica—mayormente, poblaciones rurales que suelen carecer de buenos establecimientos de salud, escuelas e infraestructura básica—en muchos casos no tienen otras opciones sino explotar su medio ambiente local al obtener alimentos y combustibles necesarios para su subsistencia.

En esas circunstancias, prácticas tradicionales que tal vez hayan sido ecológicamente viables cuando la población tenía poca magnitud, se están haciendo cada vez menos viables para las especies y los ecosistemas, a medida que la población crece y que aumenta la demanda. Por ejemplo, en África central, el comercio de carne de animales salvajes se ha acelerado a punto tal que está en peligro la supervivencia de los animales del bosque, incluidos primates⁸.

MEDIO AMBIENTE Y SALUD. Desde la contaminación del aire y del agua hasta las toxinas en los alimentos, la salubridad del medio ambiente puede afectar la salud humana de

maneras complejas. Tanto las mujeres como los hombres están expuestos a una creciente cantidad de riesgos medioambientales, especialmente en las comunidades pobres. En zonas rurales, los agricultores y peones de campo suelen entrar en contacto con gran cantidad de plaguicidas, solventes y toxinas desconocidas; en algunos casos, esas sustancias tienen efectos sobre la salud reproductiva, desproporcionadamente mayores sobre las mujeres⁹.

Aspectos de género en los cambios medioambientales

En el mundo en desarrollo en particular, el factor de género tiene un importante papel en las maneras en que se utilizan y desarrollan los recursos. Por ejemplo, las mujeres y las niñas suelen dedicar varias horas a la semana a recoger agua para uso doméstico; cuando el suministro de agua es irregular, son ellas quienes sufren las más graves consecuencias¹⁰. En el Sudán, donde debido a la deforestación se ha cuadruplicado la cantidad de tiempo que las mujeres dedican a recoger leña para cocinar, la energía utilizada para acarrear agua y combustible representa un tercio de la ingesta calórica diaria de una mujer, según la Organización Mundial de la Salud¹¹.

Es frecuente que se estén distorsionando los derechos a los recursos naturales. Son pocas las mujeres propietarias de bienes raíces (en algunos países las leyes lo prohíben) y son

pocas las que participan en la adopción de decisiones de alto nivel sobre el medio ambiente. En su mayor parte, son los hombres los responsables en gran medida de decidir cómo se utilizan los recursos naturales del mundo con destino a la industria, la minería, el pastoreo del ganado y la tenencia de la tierra.

Los organismos de desarrollo siguen ofreciendo asistencia técnica principalmente a los hombres, incluso en lugares donde son las mujeres quienes acarrear la leña y el agua y aran la tierra. Cuando los funcionarios gubernamentales o los líderes comunitarios no reconocen las diferentes maneras en que las mujeres utilizan los recursos—cultivar verduras para consumo familiar en los intersticios que dejan los cultivos comerciales administrados por los hombres, por ejemplo—es fácil que los recursos sean destruidos¹².

Pero cuando se incluye a las mujeres en el ordenamiento de los recursos naturales, los resultados pueden ser espectaculares.

Cuando fracasó un proyecto de recursos hídricos que excluía a las mujeres en el distrito de Kirinyaga (Kenya), las mujeres locales formaron el Grupo de Mujeres Kugeria y solicitaron que el Ministerio de Desarrollo de Recursos Hídricos las ayudara a obtener acceso a fuentes de agua seguras y coseables. Merced a esos esfuerzos, se abasteció de agua a 300 familias, se mejoró el saneamiento y aumentó la producción agrícola; además, las mujeres se transformaron en líderes



Antes de la CIPD, muchos encargados de formular políticas tendían a considerar el concepto de “desarrollo” en un sentido restringido de crecimiento económico, medido por el producto nacional bruto (PNB). Las prescripciones para el desarrollo solían limitarse a un temario económico que abarcaba inversión, negociaciones sobre intercambio comercial, construcción de infraestructura y asistencia monetaria. Otras consideraciones, como la igualdad y equidad de género, la salud, la educación y el estado del medio ambiente, se consideraban secundarias, y muchas veces no se las consideraba en absoluto.

Diez años después de la Conferencia de El Cairo, se reconoce en mucho mayor grado que el buen ordenamiento del medio ambiente y la buena conducción de la salud de la población y la condición de la mujer son cuestiones interconectadas que influyen sobre el ritmo y la amplitud del desarrollo del país. Un desarrollo auténtico debe mejorar las vidas de las personas.

Algunos demógrafos y académicos que se ocupan de las relaciones entre población y desarrollo y del medio ambiente postulan que la Conferencia de El Cairo ha destacado excesivamente los servicios de salud sexual y reproductiva y no suficientemente las relaciones a macroescala entre crecimiento de la población y medio ambiente, economía, reducción de la pobreza, educación y vivienda.

Esas críticas carecen de fundamento. En la Conferencia de El Cairo se reconoció que al promover los derechos individuales relativos a la salud sexual y reproductiva, se promovería al mismo tiempo el progreso a macroescala; que al satisfacer los deseos expresados y velar por el derecho de las personas a escoger el número y el espaciamiento de sus hijos, y el momento de tenerlos, se reduciría la aceleración del crecimiento de la población, sin recurrir a metas demográficas. En verdad, al posibilitar que los sistemas de salud satisfagan las necesidades y los deseos de cada persona, de manera más acogedora para los clientes, sería posible incluso acrecentar la utilización de los métodos de planificación de la familia.

comunitarias, además de trabajar para construir una clínica y proporcionar acceso a servicios de salud reproductiva y planificación de la familia¹⁹.

DESARROLLO DE ENFOQUES INTEGRALES. De conformidad con el Programa 21 y la CIPD, se ha prestado mayor atención internacional a que las mujeres se encarguen del ordenamiento de los recursos naturales, inclusive medidas para integrar cuestiones de salud reproductiva y planificación de la familia en los programas de conservación. Algunos grupos defensores del medio ambiente han entablado alianzas con organizaciones de población. Por ejemplo, *Conservation International* se ha aliado con ONG que se ocupan de planificación de la familia y con el Instituto Mexicano de Seguridad Social para ampliar el acceso a la atención de la salud reproductiva, inclusive la planificación de la familia, y poner

fin a la tala de árboles en la Reserva de Biosfera de Montes Azules y en torno a ella.

En las provincias montañosas de la zona central del Ecuador, donde las mujeres carecen de acceso a servicios de salud reproductiva y la erosión de los suelos está generalizada, la Asociación *World Neighbors* se ha asociado con una ONG local, el Centro de Orientación Médica y Planificación de la Familia, para ofrecer atención de la salud reproductiva y promover mejoras en el ordenamiento local de los recursos naturales en beneficio de más de 4.000 familias.

En marzo de 2002, se reunieron en Helsinki ministras del medio ambiente y mujeres representantes de 19 países industrializados y en desarrollo con varias ONG de mujeres y emitieron una declaración en la que se exhorta a asegurar la igualdad de derechos de la mujer en el acceso y el control de los recursos naturales, incluida la tenencia de la tierra; adoptar políticas que involucren a las mujeres en las decisiones sobre el aprovechamiento de los recursos; impartir mejor educación al consumidor acerca de los efectos de los productos sobre el medio ambiente; y formular “políticas, leyes y estrategias hacia un equilibrio de género en la protección del medio ambiente y la distribución de sus beneficios”.

CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS. A nivel de las políticas, muchos países, basándose en las recomendaciones de la CIPD, del examen de su Programa de Acción al cabo de cinco años, de la Cumbre del Milenio y de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en 2002, han destacado los vínculos entre dinámica de población, desarrollo sostenible y protección del medio ambiente.

En Azerbaiyán, por ejemplo, el Programa Estatal de Reducción de la Pobreza y Desarrollo Económico, toma en cuenta las relaciones recíprocas entre población y medio ambiente; promueve la educación pública sobre cuestiones del medio ambiente que afectan directamente a grupos de población; trata de monitorear los efectos sobre el medio ambiente de las políticas a nivel local y comunitario; y destaca la protección y preservación del medio ambiente, como fuente y como resultado de un crecimiento económico sostenido.

En Seychelles, se han preparado en el último decenio dos planes integrales de ordenamiento del medio ambiente que aunarán cuestiones de población y desarrollo. El plan más reciente, para el período 2000-2010, abarca urbanización, ordenamiento de los recursos hídricos, y cuestiones de población, salud, género, economía del medio ambiente y financiación sostenible.



4 Migración y urbanización

Durante los últimos diez años, ha aumentado la migración, tanto dentro de un mismo país como entre diferentes países, y este fenómeno está cobrando cada vez mayor importancia política.

Reconociendo que una migración ordenada puede tener consecuencias positivas tanto en los países de origen como en los países de destino, el Programa de Acción de la CIPD (capítulos IX y X) exhortó a adoptar un enfoque integral para conducir las cuestiones de migración. Destacó tanto los derechos como el bienestar de los migrantes y la necesidad de ofrecer apoyo internacional a fin de prestar asistencia a los países afectados y promover una mayor cooperación entre Estados al respecto.

Urbanización y reubicación

Hacia 2007, y por primera vez en la historia humana, más de la mitad de los habitantes del mundo estarán viviendo en ciudades, como resultado de un continuo desplazamiento de personas que ha conducido al enorme crecimiento de las zonas urbanas en los países en desarrollo durante el pasado decenio. Una de las prioridades principales de la CIPD fue ayudar a los países a responder a ese cambio en la situación de la población.

El Programa de Acción dedicó todo un capítulo a la distribución espacial de la población y sus desplazamientos

internos. Reconoció que la gente se desplaza dentro de un mismo país en respuesta a la falta de equidad en la distribución de los recursos, los servicios y las oportunidades. Los factores que impulsan el éxodo—particularmente, la pobreza rural—y los factores de atracción—las zonas urbanas más económicamente dinámicas y las nuevas perspectivas de tenencia de la tierra en fronteras rurales—contribuyen a esos desplazamientos de la población.

Al igual que lo que ocurre con la migración internacional, una proporción sustancial de la migración interna es transitoria, por ejemplo, la de migrantes laborales que regresan a las zonas rurales durante las estaciones de máxima actividad.

Al igual que anteriores conferencias de población, la CIPD trató de promover políticas integradas y sostenibles de desarrollo para abordar los desequilibrios dentro de los países y entre el crecimiento de la población y el crecimiento económico. Se recomendaron acciones encaminadas a mejorar la infraestructura y los servicios para los pobres, los indígenas y otras poblaciones rurales carentes de servicios.

Otro centro de atención fue la conducción del crecimiento de la población y la creación de la infraestructura en grandes zonas urbanas. Estos son urgentes retos de desarrollo, para mejorar las vidas de los pobres, muchos de los cuales viven en tugurios y asentamientos periurbanos, con limitado acceso a servicios de atención de la salud y de otros tipos¹.

CONducir la migración

Con el fin de lograr una distribución espacial y equilibrada de la producción, el empleo y la población, los países deberían adoptar estrategias de desarrollo sostenible en el plano regional y estrategias que fomenten la consolidación urbana, el crecimiento de los centros urbanos pequeños y medianos y el desarrollo sostenible de las zonas rurales, inclusive la adopción de proyectos con gran densidad de mano de obra, la capacitación de los jóvenes para empleos no agrícolas y sistemas eficaces de transporte y comunicaciones. A fin de crear un contexto propicio para el desarrollo local, incluida la prestación de servicios, los gobiernos deberían pensar en descentralizar sus sistemas administrativos.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 9.4

La CIPD reconoció el dinamismo económico de los grandes asentamientos urbanos, pero también reconoció la creciente importancia de las ciudades de tamaño mediano y de la migración entre ciudades².

Actualmente, se está prestando mayor atención normativa a la diversidad económica dentro de una misma ciudad o vecindario, donde los ricos y los pobres suelen vivir en estrecha proximidad³.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 7, asegurar la sostenibilidad del medio ambiente, tiene una meta: “Lograr antes de 2020 mejoras sustanciales en las vidas de al menos 100 millones de habitantes de tugurios”.

Según las estimaciones y proyecciones más recientes, la mayoría de la población mundial será urbana antes de 2007⁴. El número de habitantes urbanos aumentará desde 3.000 millones en 2003 (48% del total de la población) hasta 5.000 millones en 2030 (60%). La mayor parte de este aumento urbano se deberá al crecimiento vegetativo y no a la migración. En el mismo período, la población rural disminuirá ligeramente, desde 3.300 millones hasta 3.200 millones.

Las proyecciones indican que, entre 2000 y 2030, la población urbana aumentará a razón de 1,8% anual, es decir, casi el doble de la velocidad del crecimiento de la población mundial. Las regiones menos adelantadas aumentarán a razón de 2,3% y, según se prevé, hacia 2017 tendrán una mayoría de población urbana. Hacia 2030, todas las regiones del mundo tendrán una mayoría de población urbana (África, 54%; Asia, 55%). En este período, casi el total del crecimiento de la población mundial ocurrirá en zonas urbanas de países en desarrollo.

El VIH/SIDA ha agregado un nuevo elemento de incertidumbre a esas proyecciones⁵. En general, las tasas de infección han tendido a ser más elevadas en zonas urbanas. En zonas sumamente afectadas, las más altas tasas de defunción en zonas urbanas y las más bajas tasas de fecundidad podrían resultar en un más lento ritmo de la urbanización o incluso en una disminución de la población urbana.

Actualmente, 20 ciudades que cuentan con más de 10 millones de habitantes (15 en países en desarrollo), representan un 4% de la población mundial; hacia 2015 habrá 22 de esas megaciudades (16 en países en desarrollo), que tendrán un 5% de la población mundial.

Hacia 2015, las ciudades que tienen menos de un millón de habitantes habrán agregado 400 millones de personas y más del 90% de este crecimiento ocurrirá en ciudades con menos de 500.000 habitantes. Esto requerirá enormes mejoras en la infraestructura local y en la capacidad de gestión de los servicios públicos, particularmente a medida que se vaya descentralizando cada vez más la adopción de decisiones, hacia las municipalidades y los distritos locales.

Al mismo tiempo, será necesario prestar mayor atención a las necesidades de los pobres urbanos, cuyo grado de acceso a los servicios de salud y de otro tipo es muy inferior al de otros habitantes urbanos en mejor posición económica y con frecuencia, no mucho mejor que las condiciones en zonas rurales. Por ejemplo, la necesidad insatisfecha de métodos de planificación de la familia entre los pobres urbanos de Asia y los países de África al Sur del Sahara, es casi tan grande como la de las poblaciones rurales (en el Asia sudoriental es mayor). En forma similar, los pobres urbanos están en condiciones desventajosas con respecto a la atención del parto por personal capacitado y los conocimientos acerca de la prevención del VIH/SIDA.

Nuevas políticas después de la CIPD

De los países en desarrollo que respondieron en 2003 a la Encuesta Mundial del UNFPA, casi las dos terceras partes (97 de 151) manifestaron que habían adoptado algunas medidas con respecto a la migración interna, en comparación con un 41% de los encuestados en 1994; 52% han adoptado planes sobre migración; 51% cuentan con planes para influir sobre la distribución espacial de la población (incluidos planes de reasentamiento, planes para redistribuir la población creando nuevos polos de crecimiento y descentralizando la planificación social y económica y la adopción de decisiones políticas); 16% prestan servicios a personas internamente desplazadas; y 10% cuentan con instituciones especializadas sobre migración. Los países más urbanizados y aquellos cuyo crecimiento urbano es más acelerado no tenían mayores probabilidades que los demás países de haber adoptado múltiples medidas para abordar la migración interna.

Las tres cuartas partes de todos los gobiernos, y casi un 80% de los países en desarrollo, manifestaron que estaban insatisfechos con la distribución espacial de sus poblaciones. La Encuesta Mundial indica que los países en desarrollo, en su mayoría, han formulado políticas sobre migración o asignado inversiones de desarrollo con el propósito de influir sobre la distribución de la población. Pero el grado de atención que se presta a esas cuestiones varía en gran medida⁶. Para un mayor desarrollo de las políticas relativas a los desplazamientos entre zonas rurales y urbanas y a las condiciones de vida en las ciudades será necesario contar con datos e investigaciones en mayor detalle.

Migración internacional

Según la División de Población de las Naciones Unidas⁷, en el año 2000 había en el mundo 175 millones de migrantes internacionales—1 de cada 35 personas—, en comparación con 79 millones en 1960⁸. De ellos, casi un 50% estaba constituido por mujeres y 10,4 millones eran refugiados. Entre 1990 y 2000, del aumento a los migrantes, las dos terceras partes

ABORDAR LAS CAUSAS DE LA MIGRACIÓN

Los gobiernos de los países de origen y los países de destino deberían procurar que la opción de permanecer en el propio país fuera viable para todos. Con ese fin, deberían redoblar los esfuerzos encaminados a lograr el desarrollo económico y social sostenible y a asegurar un mejor equilibrio económico entre los países desarrollados y los países en desarrollo y los países con economías en transición. También es necesario aumentar los esfuerzos tendientes a neutralizar los conflictos internacionales e internos antes de que aumenten en escala; asegurar que se respeten los derechos de las personas pertenecientes a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas y las poblaciones indígenas; y respetar las leyes, promover el buen gobierno, fortalecer la democracia y promover los derechos humanos.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 10.3

ocurrieron en América del Norte. Antes de 1980, las regiones menos adelantadas tenían una mayor proporción de migrantes internacionales, pero hacia el año 2000, las tres quintas partes de los migrantes estaban en las regiones más desarrolladas.

Actualmente, en una economía cada vez más globalizada, la migración suele proporcionar oportunidades de empleo y da lugar a una corriente de migrantes sin precedentes, inclusive números cada vez mayores de mujeres migrantes⁹. Al mismo tiempo, hay cada vez mayores cantidades de refugiados y personas internamente desplazadas por desastres naturales, conflictos armados, disturbios sociales o crisis económicas y políticas.

Los movimientos migratorios internacionales tienen grandes efectos económicos, socioculturales y demográficos sobre las zonas de origen, las de tránsito y las de destino¹⁰. Las zonas de tránsito y de destino han tropezado con dificultades para asimilar las corrientes migratorias e integrar a los migrantes en la sociedad. Las zonas de origen han perdido mano de obra capacitada; se han dividido familias, y las mujeres a menudo han pasado a ser jefas de hogar, después de que se marcharon sus esposos.

La migración de trabajadores más jóvenes ha dejado rezagados a quienes son demasiado viejos para realizar tareas físicas en la agricultura. Las mayores preocupaciones acerca del terrorismo han conducido a muchos países a hacer más estrictas las medidas de seguridad en sus fronteras, y esto ha conducido a un aumento de la inmigración ilegal, particularmente mediante el contrabando y la trata de personas. Los movimientos migratorios han contribuido a la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades.

Los efectos económicos de la migración son bidireccionales. Las remesas de los migrantes van desde los países más desarrollados hacia los menos desarrollados. El Banco

Mundial informa de que en 2002, el total de las remesas enviadas por trabajadores a países en desarrollo ascendió a 88.000 millones de dólares (un importe superior en 30.000 millones de dólares a la asistencia oficial para el desarrollo), y que las remesas encauzadas por conductos oficiales se duplicaron con creces entre 1988 y 1999¹¹.

La CIPD exhortó a los países a: abordar las causas profundas de la migración, especialmente las relativas a la pobreza, por ejemplo, promoviendo un desarrollo sostenible para velar por un mejor equilibrio económico entre países desarrollados y en desarrollo y atenuar los conflictos internacionales e internos; alentar una mayor cooperación y un mejor diálogo entre países de origen y de destino, a fin de maximizar los beneficios de la migración; y facilitar la reintegración de los migrantes que regresan a su lugar de origen¹².

Entre las recomendaciones formuladas figuran la utilización de la migración a corto plazo para mejorar los conocimientos prácticos de los nacionales de países de origen, recopilar datos sobre las corrientes y cantidades de migrantes internacionales y los factores causantes de la migración, y fortalecer la protección y la asistencia internacional a los refugiados y las personas desplazadas¹³.

En consonancia con la CIPD y otros acuerdos internacionales, la Cumbre del Milenio acordó en el año 2000 que los países deben respetar y proteger los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migrantes y sus familiares. En 2003, el informe final de la Comisión sobre Seguridad Humana¹⁴ declaró que “los desplazamientos de personas a través de las fronteras refuerzan la interdependencia de los países y las comunidades y realzan la diversidad”.

No obstante, la migración internacional sigue siendo un tema delicado y los países no han podido convenir en convocar una conferencia de las Naciones Unidas que ofrezca

orientación a los países para abordar esa cuestión, como se propuso en algunas instancias¹⁵.

Respuestas en materia de políticas

La Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 comprobó que un 73% de los países en desarrollo que respondieron (110 de los 151), manifestaron que habían adoptado algunas medidas para abordar la migración internacional, en comparación con el 18% de los encuestados similarmente en 1994. Casi la mitad de todos los países habían adoptado programas y estrategias relativos a los migrantes o refugiados internacionales; un 37% de esos países habían promulgado legislación sobre migrantes internacionales y trabajadores migrantes; un 33% habían adoptado políticas sobre migración; un 11% habían tratado de aplicar las convenciones internacionales sobre los refugiados, los solicitantes de asilo y los migrantes ilegales; y un 10% habían aprobado leyes sobre la trata de seres humanos, en especial mujeres y niños.

Va en aumento el número de países que han establecido mecanismos de coordinación de diversos tipos, entre distintos organismos gubernamentales, entre diferentes gobiernos y también entre gobiernos, ONG y donantes internacionales.

En algunos países africanos, entre ellos Ghana y la República Unida de Tanzania, las políticas destacaron la necesidad de asentar a los refugiados. En los países de América Latina y el Caribe se prestó atención a los incentivos para los nacionales que regresaban a su lugar de origen; y en

Europa oriental, en la región de los Estados árabes y en las Repúblicas del Asia central se hizo hincapié en proteger los mercados laborales y combatir el tráfico de drogas.

A fin de integrar mejor a los inmigrantes en sus sociedades, algunos países han adoptado medidas para promover la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo, la vivienda, la salud y la educación. En el último decenio, algunos países desarrollados han cambiado sus políticas en materia de reunificación de la familia.

A partir de julio de 2002, por ejemplo, Dinamarca ya no ofrece un derecho establecido a la reunificación con el cónyuge y, en la mayoría de los casos, no se ofrece reunificación si uno de los cónyuges tiene menos de 24 años de edad. Nueva Zelanda reconoce una gama de estructuras familiares mayor que la que solía aceptar, pero al mismo tiempo ha fortalecido la responsabilidad jurídica de quienes patrocinan a miembros de su familia para que ingresen al país. Por otra parte, las políticas del Canadá son ahora menos restrictivas pues incluyen a hijos dependientes menores de 22 años, en lugar de 19 años.

En respuesta a la escasez de mano de obra, varios países desarrollados han introducido iniciativas que alientan la inmigración de trabajadores calificados. Algunos han adoptado políticas orientadas a atraer y retener a estudiantes dotados de grandes aptitudes, procedentes de países en desarrollo.

A fin de contrarrestar el aumento en la trata de seres humanos, muchos países han hecho más rigurosos sus

8

CONFECCIÓN DE MAPAS SOBRE LAS PERSONAS Y SUS NECESIDADES

Varios sistemas de información establecidos durante el último decenio proporcionan una valiosa información geográfica acerca de las personas que responden a encuestas demográficas. Esto posibilitará un examen más detallado de la distribución de la riqueza, las oportunidades y los retos dentro de un mismo país y una mejor comprensión de los factores de repulsión y atracción que impulsan la reubicación de las poblaciones, así como los efectos de las políticas que abordan esta situación.

Por ejemplo, recientes investigaciones combinan los datos de censos y encuestas para confeccionar mapas sobre la distribución de las poblaciones. Los resultados indican que tal vez las superficies de tierra cubiertas por centros urbanos y asentamientos periurbanos—y sus

efectos sobre el medio ambiente—sean mucho mayores que lo estimado anteriormente sobre la base de los límites administrativos. Los nuevos métodos también posibilitan la medición de las poblaciones a lo largo de las costas y otras regiones ecológicamente delicadas.

Estos mapas se han utilizado para estudiar la mortalidad de lactantes en 10 países del África occidental. Los resultados reafirmaron comprobaciones de antigua data (por ejemplo, tasas más altas de mortalidad masculina, ventajas de las zonas urbanas respecto de las zonas rurales y efectos protectores de la educación de las madres y el mejor saneamiento), pero también proporcionaron nuevos conocimientos inesperados acerca de la alta concentración en las zonas donde los resultados son más deficientes, lo cual podría conducir a una mejor delimitación de los beneficiarios de los programas.

Será necesario efectuar cuantiosas inversiones en el fomento de la capacidad y la transferencia de

tecnología, a fin de aprovechar plenamente las nuevas tecnologías de recopilación y análisis de datos. Asimismo, es necesario incorporar análisis más detallados de las redes sociales urbanas y las características de los vecindarios, en las investigaciones y la programación de los países en desarrollo.

Así podría facilitarse más la adopción de decisiones locales para el desarrollo y esto podría conducir a formular mejores políticas que abordarían los diversos patrones de asentamiento, con el propósito de reducir la pobreza y mejorar la calidad de la vida. Por ejemplo, las comunidades donde se combinan diferentes niveles de ingresos pueden ofrecer ventajas para acelerar el adelanto de los pobres. Tal vez la determinación de beneficiarios por zonas geográficas y la utilización de asociaciones locales podrían contribuir a plasmar en la realidad la aspiración de la CIPD en cuanto a la participación social.

controles fronterizos y aumentado las restricciones en sus políticas de asilo. En algunos casos, esto ha tenido como consecuencia inesperada que la trata sea más lucrativa. En respuesta, algunos países han establecido severos castigos a la trata de seres humanos.

Si bien los países receptores, en su mayoría, reconocen la contribución positiva de los migrantes al desarrollo económico, social y cultural, tanto de los países receptores como de los países de origen de los migrantes, sigue siendo motivo de gran preocupación la creciente cantidad de inmigración ilegal y las continuas corrientes de refugiados y solicitantes de asilo.

Muchos países se pronuncian a favor de aumentar la cooperación internacional para manejar más eficazmente la migración. A partir de 1994, se establecieron ocho procedimientos regionales y subregionales de consulta que abarcan casi todos los países. El Programa Internacional de Políticas de Migración, iniciado en 1998, ha organizado 15 reuniones regionales a fin de promover la cooperación y el fomento de la capacidad; y en diciembre de 2003 se estableció la Comisión Mundial sobre Migración Internacional que, según se prevé, ha de formular recomendaciones al Secretario General de las Naciones Unidas hacia mediados de 2005.



5 Igualdad de género y habilitación de la mujer

El decenio de 1990 fue una época sobresaliente para colocar en el centro de los debates mundiales y nacionales sobre derechos humanos y desarrollo humano, las cuestiones de salud reproductiva, derechos reproductivos, violencia contra la mujer y responsabilidad masculina por las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Las conferencias de las Naciones Unidas celebradas en ese decenio de 1990, en particular la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la CIPD (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), tuvieron importancia fundamental para impulsar una importante transición del paradigma relativo a las políticas de población.

En El Cairo, los gobiernos del mundo llegaron a un consenso que afirmó su compromiso de promover y proteger el pleno disfrute de los derechos humanos por todas las mujeres a lo largo del ciclo vital. Esos gobiernos también convinieron en adoptar medidas para acordar mayores facultades a las mujeres y colocar en un plano de mayor igualdad sus relaciones con los hombres en la legislación, los sistemas económicos y el hogar.

Por primera vez en un importante documento internacional sobre políticas de población, el Programa de Acción de la CIPD incluyó un capítulo completo y detallado (capítulo IV) sobre la ampliación de los medios de acción de la mujer

y la igualdad de género. Estableció en parte que: “. . . el mejoramiento de la condición de la mujer también favorece su capacidad de adaptación de decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción”.

La igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer fueron aspectos centrales de la perspectiva de la CIPD. Los objetivos del Programa de Acción en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos están firmemente vinculados con sus objetivos para la habilitación de la mujer y la igualdad de género, y ambos conjuntos de objetivos se refuerzan mutuamente. La CIPD asumió un nuevo compromiso de gran magnitud en su objetivo de “...promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar” (párrafo 4.25).

La CIPD también instó a los países a “adoptar medidas exhaustivas” para eliminar todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas (párrafo 4.9). La CIPD también exhortó a los hombres a compartir la responsabilidad de la crianza de los hijos, a valorar por igual a los niños de uno y otro sexo, a

MEDIDAS PARA HABILITAR A LA MUJER

Los países deberían adoptar medidas para habilitar a la mujer y eliminar la desigualdad entre hombres y mujeres . . . eliminando todas las prácticas que discriminan contra la mujer; ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual; . . . eliminando la violencia contra la mujer; . . . eliminando las prácticas discriminatorias de los empleadores contra la mujer, tales como las que exigen prueba del uso de anticonceptivos o la declaración del embarazo; . . . haciendo posible, mediante la aprobación de leyes y reglamentos y la adopción de otras medidas apropiadas, que la mujer combine las funciones de dar a luz, amamantar y criar a sus hijos con la participación en la fuerza de trabajo.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 4.4.

educarlos y a prevenir la violencia contra ellos. También instó a adoptar medidas para velar por que los hombres participen activamente, junto con las mujeres, en comportamientos saludables en cuestiones sexuales y reproductivas (párrafo 4.27).

En diversos países, el vuelco paradigmático de la CIPD también contribuyó a catalizar importantes cambios en el enfoque del sistema de Naciones Unidas a escala de país. Por ejemplo, en la India el enfoque de la CIPD tiene fuertes efectos sinérgicos con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), en el que se asigna prioridad a la igualdad de género y la descentralización como temas intersectoriales en la asistencia de todos los organismos del sistema de las Naciones Unidas en la India. Los principales objetivos de ese Marco al promover la igualdad de género son: fortalecer la capacidad de las mujeres para que adopten decisiones; promover la igualdad de oportunidades; y apoyar los cambios en las políticas.

En la India, las medidas en colaboración para promover la igualdad de género son:

- Formulación de un marco de análisis de las políticas de género;
- Apoyo a una base integral de datos, desagregados por género;
- Apoyo a la promoción de la igualdad de género;
- Asistencia en la preparación de planes estatales sensibles a las cuestiones de género;
- Promoción de medidas de investigación interinstitucional sobre cuestiones de género.

En 2003, la Oficina del Registro Civil General y del Comisionado de Censos de la India, el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia y el UNFPA señalaron a la atención el problema del aborto selectivo en función del sexo y el infanticidio femenino, así como la consecuente disminución en la proporción de niñas en relación con los niños varones, y publicó un folleto publicado *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India*.

En su período de sesiones para pasar revista a la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, en 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas exhortó a intensificar las medidas para rectificar las desigualdades de género, inclusive la eliminación de las prácticas y actitudes nocivas, y la discriminación contra las mujeres y las niñas. Se exhortó a adoptar una tolerancia nula con respecto a la preferencia del público por el hijo varón, la desigual atención o valoración

de las niñas y todas las formas de violencia contra la mujer, entre ellas, el corte genital femenino, la violación, el incesto, la violencia sexual y la trata de mujeres. Se exhortó a los gobiernos a adoptar cambios en la legislación, además de alentar cambios en las esferas social, cultural y económica¹.

Logros

En los diez años transcurridos desde la CIPD, se han logrado progresos notables en cuanto a poner en práctica esos objetivos, pero el progreso ha sido desigual y persisten muchos problemas. La Encuesta Mundial efectuada por el UNFPA en 2003 sobre los adelantos de los países arrojó un panorama desigual². Varios países han introducido leyes y políticas, pero es menos lo que se ha hecho para traducir tales leyes y políticas en programas, acciones en la práctica y monitoreo.

No obstante, se han adoptado medidas importantes.

Por ejemplo, en México, el Programa de Salud de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud, ha estado capacitando a funcionarios del sector de salud para que promuevan la equidad de género en sus respectivos ámbitos de incumbencia. Indonesia está poniendo en práctica las instrucciones del Presidente sobre incorporación de las cuestiones de género en el desarrollo nacional, mediante equipos regionales y provinciales de gestión del desarrollo integrados por funcionarios gubernamentales, ONG locales e investigadores. La República Islámica del Irán ha establecido centros especiales en que mujeres agentes de policía atienden a las mujeres víctimas de violencia, y ha establecido servicios de prevención y asesoramiento psicosocial, inclusive líneas telefónicas de emergencia.

En la India, pese a la persistencia de la disparidad de género en la educación, en algunos de los estados tradicionalmente más afectados por graves problemas parece estar disminuyendo la discrepancia de género en la alfabetización, según los resultados del Censo de Población de 2001. Se están emprendiendo iniciativas innovadoras, como en el estado de Haryana, para aumentar la asistencia de niñas a la escuela, proporcionando acompañantes, a fin de atender a la preocupación de las familias con respecto a la seguridad de las niñas. En México, el Consejo Nacional de Población ha emprendido una importante iniciativa para ampliar el alcance de la recopilación de datos sobre una amplia gama de cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo.

También las ONG han emprendido diversos programas para plasmar en la realidad la promesa de la CIPD de lograr equidad e igualdad de género. Por ejemplo, en Calabar (Nigeria), la *Girls' Power Initiative* moviliza a las niñas y las faculta para asumir la dirección de sus propias vidas, oponiéndose a la violencia y reivindicando sus derechos. Un programa correlativo en beneficio de niños varones los

CAPACITACIÓN DE AGENTES DE SALUD PARA QUE ABORDEN LA VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO

La violencia por motivos de género es un problema mundial que, como se ha demostrado en muchos estudios, afecta hasta una de cada tres mujeres. Los malos tratos, que van desde el abuso verbal y la violación hasta prácticas tradicionales como el corte genital femenino, son nocivos tanto física como psicológicamente y son infracciones a los derechos humanos. Muchas víctimas nunca reciben atención médica profesional con respecto al abuso de que han sido objeto y, por ende, prestarles esa asistencia es un problema.

Como parte de su labor para combatir la violencia por motivos de género, el UNFPA ha apoyado la capacitación de profesionales médicos para que adquieran más sensibilidad acerca

de las mujeres que tal vez hayan sido víctimas de violencia y satisfagan las necesidades de salud de éstas. Se han ensayado proyectos piloto en diez países: Cabo Verde, Ecuador, Federación de Rusia, Guatemala, Líbano, Lituania, Mozambique, Nepal, Rumania y Sri Lanka.

En algunos proyectos piloto, tras consultas con encargados de servicios y clientas, profesionales de la salud han investigado si las mujeres habían sido objeto de malos tratos y se ofreció apoyo jurídico, médico y psicológico a las posibles víctimas, además de remisión a servicios médicos, cuando era necesario. Algunos de los proyectos piloto se han realizado conjuntamente con autoridades locales y hospitales y otros, junto con redes de ONG. Se ha prestado atención a involucrar a las comunidades y a crear redes de apoyo para víctimas de la violencia por motivos de género, inclusive agentes de policía, encargados de servicios de salud y servicios de asesoramiento psicosocial.

El UNFPA también ha ofrecido talleres para encargados de servicios de salud sobre el reconocimiento de los efectos de la violencia por motivos de género sobre la salud de la mujer y la manera de detectar y prevenir esos casos de abuso y prestar asistencia a las víctimas. En esos talleres se ha destacado la necesidad de mantener el carácter confidencial y de supervisar los servicios.

En una evaluación se comprobó que los proyectos piloto habían tenido éxito y que merecían continuo apoyo. Entre las recomendaciones figura un llamamiento para que los gobiernos reconozcan que la violencia por motivos de género es un problema de salud pública.

Sobre la base de esta experiencia, el UNFPA ha preparado un manual, *A Practical Approach to Gender-based Violence*, que ha sido traducido a siete idiomas.

capacita para que adquieran mayor sensibilidad a las cuestiones de género y ofrezcan mayor apoyo a las mujeres al llegar a la adultez.

ABORDAR LA DESIGUALDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD. Muchos programas para reducir el embarazo no deseado operan en ámbitos donde las mujeres tienen escasa autonomía y tienden a no afirmarse a sí mismas en sus relaciones con esposos o agentes de salud.

Los programas como *Better Life Options* para las jóvenes en la India³, *Programme for Adolescent Mothers in Jamaica*⁴ y Formación de instructores en salud y empoderamiento en México⁵ tienen el propósito de fortalecer las aptitudes prácticas de la mujer en cuanto al pensamiento a largo plazo, la resolución de problemas y la adopción de decisiones, y persuadirlas de que son capaces de adoptar importantes decisiones acerca de sus vidas y su salud.

Algunos eficaces programas educan a las mujeres con respecto a los derechos reproductivos y los derechos humanos; otros ofrecen alfabetización, capacitación en aptitudes para obtener un empleo, derechos jurídicos, crianza de los niños, salud infantil y movilización social.

Resultados de la Encuesta Mundial

La Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 proporcionó un útil marco para determinar qué se ha hecho en materia de igualdad de género y habilitación de la mujer. La encuesta abarcó cinco conjuntos de mediciones: i) proteger los derechos de la niña y la mujer y promover la ampliación

de sus medios de acción; ii) abordar la violencia por motivos de género, especialmente contra la niña y la mujer; iii) mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria y abordar las disparidades de género en la educación; iv) inculcar en los niños varones y los hombres actitudes favorables a la igualdad de género y apoyo a los derechos de la mujer y su habilitación; y v) promover la responsabilidad de los hombres por su propia salud reproductiva y la de sus compañeras.

PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO. Si bien más de la mitad de los 151 países en desarrollo que respondieron habían adoptado legislación nacional, habían ratificado convenciones de las Naciones Unidas y habían establecido comisiones nacionales para la mujer, no mostraron un progreso similar en la formulación de políticas y la realización de programas. Sólo una tercera parte de los países habían adoptado medidas de ese tipo y muchos menos (sólo 13 países) habían formulado programas de promoción de la igualdad de género.

MEDIDAS PARA AMPLIAR LOS MEDIOS DE ACCIÓN DE LA MUJER. Casi la mitad de los países habían formulado planes y estrategias para las mujeres y para ofrecerles oportunidades económicas, pero sólo 28 países habían acrecentado la participación política de la mujer y sólo 16 contaban con programas para sensibilizar a los funcionarios gubernamentales.

VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO. En la encuesta se comprobó que 91 países tenían leyes en vigor para contrarrestar

y castigar la violencia por motivos de género, pero sólo 21 las ponían realmente en práctica. Sólo 34 habían capacitado a encargados de prestar servicios o a funcionarios gubernamentales con respecto a la violencia por motivos de género y sólo 33 habían establecido mecanismos de vigilancia.

ACCESO A LA EDUCACIÓN. Sólo 42 países habían podido aumentar el gasto público en escuelas y sólo 28 proporcionaban incentivos para que las familias pobres enviaran a sus hijos a la escuela. Además, sólo 13 países habían incorporado la sensibilización en cuestiones de género en los currículos escolares y sólo 16 habían acrecentado el número de niñas en las escuelas secundarias.

ACTITUDES Y RESPONSABILIDADES MASCULINAS.

Sólo 20 países informaron de que habían formulado planes y programas de educación de adolescentes en materia de salud reproductiva. Menos de la mitad de los países que respondieron habían establecido programas para educar a los hombres acerca de su propia salud reproductiva y la de sus compañeras.

Progreso jurídico

En los últimos diez años, muchos países han adoptado nuevas leyes o han enmendado la legislación a fin de promover la igualdad de género, eliminar todas las formas de discriminación basada en el sexo y prevenir la violencia por motivos de género y habían intensificado las medidas punitivas contra quienes infligen esa violencia.

Entre los países que adoptaron legislación para proscribir la discriminación por motivos de género figuran Malta, Mauricio (su legislación garantiza igualdad de derechos para las mujeres, independientemente de que estén o no embarazadas y de que sean solteras o casadas) y México. Colombia y Eslovenia promulgaron leyes para promover la igualdad de oportunidades de las mujeres y de los hombres y un decreto en Costa Rica requiere mejorar las condiciones de vida y las oportunidades de las mujeres pobres.

Djibouti promulgó legislación sobre una estrategia nacional para mejorar la situación de las mujeres en el desarrollo y un plan nacional de acción en que se estipula que todas las políticas y leyes deben ser evaluadas sobre la base de sus efectos sobre la integración de las cuestiones de género en el desarrollo. La ley también detalla actividades gubernamentales para promover la salud reproductiva y la educación en igualdad de condiciones para las mujeres, así como mejorar la participación de la mujer en la adopción de decisiones (en el ámbito público y en la familia) y en el desarrollo económico. La República de Corea aprobó una ley por la que establece la Comisión sobre igualdad de género, encargada de las políticas de género.

Varias constituciones, recientemente redactadas o enmendadas, contienen firmes disposiciones sobre igualdad

de género. Por ejemplo, la Constitución de Bahrein (2002), al mismo tiempo que declara que el derecho islámico es la fuente principal de la legislación, afirma la igualdad entre mujeres y hombres en la política y en las esferas económica, social y cultural. La Constitución de Cuba (2002) afirma que los cónyuges tienen igualdad de derechos y de obligaciones. En la Constitución dictada después de la independencia de Timor-Leste se afirma la igualdad de derechos de mujeres y hombres en el matrimonio y la familia y en la vida social, económica y política.

La Constitución de Rwanda (2003) también garantiza la igualdad de derechos de los cónyuges en el matrimonio y el divorcio, proscribire la discriminación por motivos de sexo y establece la Comisión Nacional de Derechos Humanos y el Consejo Nacional de la Mujer. También garantiza el derecho de mujeres y hombres a votar y a presentar sus candidaturas para cargos políticos, estipula igual remuneración por igual trabajo y establece el derecho a la educación. En 2002, Togo enmendó su Constitución para garantizar la igualdad entre hombres y mujeres, ante la ley y en las relaciones laborales.

Polonia ha establecido un cargo plenipotenciario para la igualdad de la mujer, ubicado en la Oficina del Primer Ministro, y encargado de analizar la condición jurídica y social de la mujer y promover la equidad mediante leyes y políticas⁶.

En 2000, un Decreto presidencial en Azerbaiyán estipuló que el Gobierno debe garantizar que las mujeres y los hombres estén igualmente representados en la administración del Estado y tengan igualdad de oportunidades, en virtud de las reformas en curso. Asimismo, se impartieron instrucciones a las instituciones gubernamentales para que en cada oficina de distrito contrate a un coordinador en cuestiones de género⁷.

VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO. Otra prioridad en la acción legislativa de muchos gobiernos es abordar la violencia doméstica y sexual contra la mujer⁸. En Bangladesh, nuevas leyes configuran como delito la violencia contra la mujer y nuevos códigos de conducta abordan el acoso sexual en el lugar de trabajo. Bélgica, el Perú y Yugoslavia han enmendado sus leyes para definir el acoso sexual y configurarlo como delito por el cual las víctimas pueden entablar acciones judiciales y solicitar indemnización.

Bélgica, España, Portugal, la República Dominicana y el Uruguay, entre otros países, han promulgado leyes que hacen más severas las penalidades en casos de violencia por motivos de género. En el Brasil, una ley dictada en 2003 estableció una línea telefónica nacional gratuita de emergencia, atendida por personal especialmente capacitado, a la que pueden acudir las mujeres para denunciar el abuso doméstico.

También hubo cambios jurídicos en lo concerniente a la trata de seres humanos. Muchos países aprobaron leyes para

combatir la trata de mujeres y niñas y muchos ratificaron los tratados internacionales⁹ al respecto. En su Código Laboral (2002), la República Democrática del Congo proscribió la trata de niños.

Si bien los gobiernos, en su mayoría, afirman que reconocen la importancia de promover la equidad de género y la habilitación de la mujer, muchos tropiezan con dificultades para colaborar directamente con las mujeres en el plano de la comunidad. En consecuencia, varias ONG de mujeres están aplicando esos programas en diversos países, entre ellos Jamaica, Malasia y Mozambique. Con frecuencia, las ONG logran mayor eficacia en la atención de las víctimas de violencia por motivos de género, dado que se las percibe como más compasivas y más dignas de confianza.

Asimismo, las ONG están capacitando a agentes de policía, jueces y otros funcionarios en la manera de tratar a las víctimas de la violencia por motivos de género cuando éstas solicitan ayuda. En Etiopía, por ejemplo, la Asociación de Abogadas está combatiendo la violencia doméstica y el abuso sexual. El Consejo Nacional Etíope sobre Prácticas Tradicionales y otras ONG están colaborando activamente para erradicar las prácticas tradicionales nocivas, como el corte genital femenino. En Filipinas, varias ONG han establecido centros de crisis donde las mujeres pueden acudir cuando son víctimas de violencia doméstica.

En Jamaica, varias ONG, entre ellas la *Association of Women's Organizations in Jamaica*, *Fathers' Incorporated* y *Bureau of Women's Affairs* colaboraron entre 1999 y 2002 para profundizar la conciencia pública sobre la violencia por motivos de género. Trataron de estimular una mayor cobertura del tema en los medios de difusión y educar a los agentes de policía, los funcionarios del Poder Judicial y los profesionales de la salud y de las cuestiones jurídicas acerca de la importancia de responder enérgicamente a la violencia contra la mujer y de establecer sistemas de apoyo a las víctimas.

DERECHOS REPRODUCTIVOS. Durante el pasado decenio, las ONG de muchos países han participado cada vez más en la vigilancia de los derechos reproductivos y han utilizado crecientemente los procedimientos de presentación de informes relativos a los instrumentos internacionales de derechos humanos que sus gobiernos han ratificado. Muchas ONG presentan “informes paralelos” para complementar los presentados por el respectivo gobierno y asisten a sesiones del pertinente comité de vigilancia cuando se examina el informe de su país.

En algunos países, entre ellos la India, Indonesia, Malasia y Nigeria, las comisiones de derechos humanos pueden desempeñar un importante papel en cuanto a velar por que se respeten los derechos reproductivos y que existan posibilidades de resarcimiento en caso de infracción. Otros

países tienen defensores públicos (*ombudsmen*) u otros mecanismos a disposición de los grupos de la sociedad civil.

INVOLUCRAMIENTO DE LOS HOMBRES. Se reconoce que las ONG suelen ser más eficaces que los organismos gubernamentales en cuanto a alentar a los hombres a asumir responsabilidad por su comportamiento sexual y reproductivo y su papel en la sociedad y la familia. En Camboya, por ejemplo, la ONG *Men against Violence against Women* participó activamente con ONG de mujeres y otras en una campaña contra la violencia por motivos de género, que duró 16 días.

En Filipinas, varias ONG promueven activamente el apoyo masculino a la habilitación y los derechos de la mujer en lo concerniente a la salud reproductiva. Y el Centro de la Mujer de la *Jamaica Foundation* asesora a los jóvenes padres y capacita a jóvenes que educan a otros jóvenes, por conducto de su programa *Young Men at Risk*.

La CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, “Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”, refleja los objetivos de la CIPD. Con todo, su meta principal para la medición del progreso es algo limitada: eliminar las disparidades de género en la educación primaria y secundaria antes de 2005 y en todos los niveles educacionales antes de 2015.

El Grupo de Tareas 3 sobre Igualdad de Género del Proyecto para el Milenio, de las Naciones Unidas, ha adoptado un marco operacional más amplio que determina el grado de igualdad de género y de habilitación de la mujer en función de tres parámetros: 1) *capacidades humanas* medidas mediante los niveles de educación, salud y nutrición; 2) *acceso a recursos y oportunidades*, en relación con bienes económicos y participación política; y 3) *seguridad*, en lo concerniente a la vulnerabilidad a la violencia¹⁰.

Sobre la base de las abundantes pruebas recogidas en muy diversos países, el Grupo de Tareas ha determinado prioridades estratégicas para la acción nacional e internacional; hay fuertes efectos sinérgicos entre esas prioridades y el enfoque de la CIPD. Son aspectos fundamentales para el fortalecimiento de la capacidad de la mujer: eliminar las discrepancias de género en la educación secundaria y aumentar el acceso de los adolescentes y las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información al respecto.

Las prioridades para mejorar las oportunidades económicas y políticas son: efectuar inversiones en infraestructura que favorezcan a las mujeres, de modo que se reduzca la duración y la monotonía del trabajo femenino; reducir la discriminación contra la mujer en el empleo y la remuneración; reducir las desigualdades de género en lo concerniente a la propiedad de bienes raíces y la herencia; y aumentar la

En 2003, el Departamento de Asuntos de Género y Salud de la Mujer en la OMS dio a conocer un análisis sobre la manera en que, al adoptar una perspectiva de género, se fortalecería la eficacia de las acciones para poner en práctica los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud, además del Objetivo 3.

Las recomendaciones de la OMS, entre otras, son: prestar atención a los efectos de la preferencia por el hijo varón sobre la situación nutricional y el acceso de niñas y mujeres a servicios de salud; reducir la carga de trabajo de niñas y mujeres; abordar la creciente feminización de la pandemia de VIH, debida a prácticas tradicionales basadas en prejuicios de género y a un énfasis inapropiado de los programas; y abordar los efectos concretos de las cuestiones de género en la incidencia del paludismo y la tuberculosis. A fin de reducir la contaminación del aire en las viviendas, que afecta particularmente a las mujeres y las niñas, la OMS está asignando prioridad a la provisión de combustibles menos contaminantes para la cocción de alimentos y el alumbrado.

proporción de mujeres representadas en gobiernos locales y nacionales. Un aspecto clave para mejorar la seguridad de la mujer es adoptar medidas que reduzcan apreciablemente la incidencia de la violencia contra la niña y la mujer.

Retos: Colmar el vaso medio vacío

En un reciente análisis de los informes nacionales sobre el adelanto hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio se comprobó que “pese a que los informes, en su mayoría, reflejaban una perspectiva basada en los derechos humanos al referirse al Objetivo 3 [Igualdad entre los géneros y autonomía de la mujer], el enfoque de las cuestiones relativas a la mujer cuando se consideran otros objetivos sigue siendo de carácter instrumental, en lugar de basarse en los derechos humanos. Ejemplos de ello son los análisis de la mortalidad en la infancia en varios informes, donde se suele indicar que la falta de conocimientos de la mujer con respecto a las prácticas de atención y alimentación es una barrera para alcanzar el objetivo. En esa formulación se hace caso omiso de las variables de género que median en la supervivencia infantil, aceptando al mismo tiempo y sin observaciones la invisibilidad de los padres en la crianza y el cuidado de los hijos”.

Incluso diez años después de la Conferencia de El Cairo, el informe comprobó que “se sigue considerando a las mujeres en función de sus vulnerabilidades” dentro de sus funciones tradicionales de madres, o como víctimas, y no como agentes del proceso de desarrollo.

Otros impedimentos del progreso son la persistente falta de datos de buena calidad desagregados por sexo, la escasez de recursos financieros y técnicos con destino a programas para la mujer, a escala tanto internacional como nacional,

y la confusión acerca de los méritos relativos de la incorporación en los programas de cuestiones de género, en comparación con programas centrados en la mujer.

DATOS. En ausencia de datos desagregados por sexo, se hace imposible fijar valores básicos de referencia (*benchmarks*) o supervisar la eficacia de políticas o programas. En la mayoría de los países persisten las graves deficiencias en los datos disponibles sobre la actividad económica de la mujer y su capacidad para adoptar decisiones, así como sobre los diferentes efectos de programas de lucha contra la pobreza y otros programas. Los datos que posibilitan las comparaciones entre distintos países son aún más escasos. Es preciso asignar prioridad y fortalecer las acciones actualmente en curso para subsanar esas deficiencias¹².

LIMITACIÓN EN LOS RECURSOS. Un segundo problema persistente es la escasez de recursos. Muchos compromisos asumidos por los gobiernos y los organismos no pueden satisfacerse debido a la falta de fondos. Los programas nacionales que promueven el adelanto de la mujer son particularmente susceptibles a los cortes presupuestarios arbitrarios cuando escasean los recursos fiscales. Una tendencia particularmente desafortunada es la de reducir la cuantía de los recursos destinados a programas centrados en la mujer u organismos que se ocupan de la mujer, con el argumento de que ahora las cuestiones de género se integran en las actividades de toda la institución.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

Para que pueda traducirse el enfoque basado en los derechos humanos de las cuestiones de población en leyes, políticas y programas eficaces, es importante que se aplique eficazmente el principal instrumento de derechos humanos existente, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

El Grupo de Tareas 3 del Proyecto de las Naciones Unidas para el Milenio, sobre educación primaria e igualdad de género ha recomendado que se utilice la Convención para monitorear el progreso e intensificar la rendición de cuentas sobre la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. En un estudio realizado en el año 2000 se llegó a la conclusión de que la efectiva utilización de la Convención depende de que se la conozca en general; que se entable un diálogo entre representantes gubernamentales, miembros del Comité relativo a la Convención y ONG; que se utilicen indicadores desagregados por sexo para seguir la pista a políticas, leyes y presupuestos; y que los gobiernos reconozcan de qué manera vincular las políticas con la Convención.

Hasta la fecha, no se ha aprovechado suficientemente la Convención para verificar la aplicación del Programa de Acción de la CIPD o elaborar mecanismos para dicha aplicación.

MEDIDAS PARA INCORPORAR LAS CUESTIONES DE GÉNERO.

En el decenio de 1990, el enfoque preferido fue la incorporación de los asuntos de género en los programas, en respuesta al reconocimiento de que es fácil aislar o marginar los programas u organismos que se centran en la mujer. No obstante, la incorporación de los asuntos de género en los programas en general es un proceso difícil, en que las buenas prácticas aún están en evolución.

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA se comprobaron considerables deficiencias en la comprensión de lo que significa el enfoque de la equidad de género y la manera de colocarlo en condiciones operacionales dentro de los programas y las políticas, de conformidad con lo requerido por la CIPD. La incorporación de las cuestiones de género en los programas principales, en ausencia del respaldo de una organización de mujeres, puede tener un efecto difuso y ser mucho más fácil de postergar que las iniciativas centradas en la mujer. Lo necesario es una coordinación de las acciones para incorporar las cuestiones de género en los programas (con un claro enfoque en investigación operacional para determinar qué da y qué no da buenos resultados y por qué razones, en las principales instituciones¹³) y un mecanismo para la mujer con sólidos recursos y buena fundamentación (inclusive los ministerios de asuntos de la mujer o igualdad de género o los coordinadores cuestiones de género dentro de los ministerios, comisiones y departamentos), que posean la capacidad técnica y política para impulsar políticas y programas.

VOLUNTAD POLÍTICA. Tras esos factores está presente la cuestión de la influencia política y el compromiso político. En situaciones en que un movimiento nacional de mujeres que se expresa con claridad puede propugnar las políticas, programas y recursos necesarios, los adelantos pueden ser rápidos. En otras situaciones, las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil conducen interesantes programas para lograr la igualdad de género que, en su mayoría, no han ampliado su escala para llegar a ser apoyados por el gobierno. No obstante, incluso en situaciones en que el movimiento de mujeres no es vigoroso, es posible que el liderazgo político desempeñe un papel importante, al promover la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer a nivel de las políticas.



6 Salud sexual y reproductiva y planificación de la familia

Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causas de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear¹.

En la Conferencia de El Cairo, la comunidad internacional adoptó un nuevo concepto, más amplio, de salud reproductiva y derechos reproductivos, inclusive la planificación de la familia y la salud sexual. La Conferencia exhortó a integrar la planificación de la familia y la atención de la salud maternoinfantil en un conjunto más amplio de servicios, entre ellos los de lucha contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Se consideró que la ampliación del acceso a los servicios y la satisfacción de las necesidades y los deseos expresados por las clientas eran condiciones esenciales para reducir el número de embarazos no deseados, mejorar la salud de las madres y frenar la pandemia de VIH/SIDA.

La CIPD fijó como objetivo asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto, antes de 2015. Los delegados también convinieron en que la salud sexual

y reproductiva es un derecho humano y forma parte del derecho general a la salud.

A partir de 1994 se lograron importantes adelantos hacia el objetivo de la CIPD en cuanto al acceso universal a los servicios de salud reproductiva. La Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 comprobó que los países, en su mayoría, han establecido o han ampliado políticas y programas de salud reproductiva. Muchos han cambiado sustancialmente las maneras en que se ofrecen los servicios de salud materno-infantil y planificación de la familia², reorientando los servicios para mejorar su calidad y satisfacer mejor las necesidades y los deseos de sus clientas. El aumento del uso de anticonceptivos por las parejas indica que hay un mayor acceso a los métodos de planificación de la familia³. En las leyes y políticas se ha prestado mayor atención a los derechos reproductivos.

A partir de 1994, los gobiernos, los organismos internacionales y las ONG se han centrado en acrecentar la demanda de anticonceptivos y no sólo ampliar el suministro. El aumento de la demanda significa satisfacer mejor las necesidades y los deseos de los clientes y ofrecer una amplia combinación de métodos de planificación de la familia y atención de más alta

SALUD REPRODUCTIVA: UN CONCEPTO INTEGRAL

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.2

calidad, con establecimientos dotados de amplios suministros y personal bien capacitado, dispuesto a informar y de trato cortés.

Pero hay millones de personas—particularmente los pobres—que siguen careciendo de acceso a servicios de calidad, inclusive a métodos modernos de planificación de la familia, servicios de emergencia obstétrica y prevención y tratamiento de las ITS. La demanda está aumentando más rápidamente que los recursos para satisfacerla; y en muchos países, hay diversos factores que limitaron el progreso en la integración de los servicios existentes y el aprovechamiento de los efectos sinérgicos previstos en la CIPD.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA MUNDIAL. Las respuestas de los países a la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 indican que se ha adelantado en cuanto a ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva e integrar la planificación de la familia con otros servicios. Pero esos países también informaron de que habían tropezado con muchos problemas. En el decenio transcurrido desde la CIPD, muchos países han adoptado la idea y la práctica de la salud reproductiva; han ampliado los programas para llegar a mayor cantidad de personas necesitadas de servicios y han integrado la planificación de la familia en la atención prenatal y postnatal, los servicios de atención al parto, la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, la detección del cáncer cervical y la remisión a otros servicios que dispensen tratamiento, según sea apropiado.

También se ha hecho cada vez mayor hincapié en ofrecer un mayor acceso a los grupos que carecen de servicios suficientes, entre ellos los muy pobres y los habitantes de zonas rurales, así como a velar por que los pobres tengan una voz más audible en la formulación de políticas, de modo que los servicios y la información al respecto se adapten a sus circunstancias especiales. Asimismo, muchos países están integrando los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación de la familia y salud sexual, en los servicios de atención primaria de la salud, en el marco de la reforma del sector de salud y de cambios de vastos alcances en las disposiciones de organización, administración y financiación.

ADELANTOS JURÍDICOS. Después de la CIPD, muchos países han aprobado leyes que amplían el acceso de todas las mujeres y todos los hombres a la atención de la salud reproductiva y aseguran que no se niegue el acceso a los servicios a las embarazadas o a los adolescentes, ni se discrimine contra ellos en las escuelas o el empleo. En la Encuesta Mundial del UNFPA se comprobó que desde 1994, 46 países habían aprobado nuevas leyes y reglamentaciones al respecto.

Por ejemplo, en Papua Nueva Guinea se eliminó el requisito del “consentimiento del esposo” para que las mujeres

usen anticonceptivos; y los adolescentes mayores de 16 años pueden tener acceso a servicios de salud reproductiva sin necesidad del consentimiento de los progenitores. La República Democrática Popular Lao ha adoptado una política nacional de espaciamiento de los nacimientos contraria a la política favorable a la natalidad adoptada en el decenio de 1990; en virtud de esta nueva política, se proporcionan gratuitamente y sin coacción métodos anticonceptivos.

La Política Nacional de Salud de Belice reconoce los derechos reproductivos, inclusive la detección voluntaria de la infección con el VIH y el asesoramiento voluntario al

12

LA OMS ADOPTA UNA ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOGRAR LOS MDG

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó por primera vez la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva, con el objetivo de acelerar el progreso hacia la conquista de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) y los objetivos de salud reproductiva planteados en la CIPD y en el examen al cabo de cinco años de su Programa de Acción.

En la estrategia se determinan cinco aspectos prioritarios de la salud reproductiva y sexual:

- Mejorar la atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido;
- Ofrecer servicios de alta calidad de planificación de la familia, inclusive servicios para tratamiento de la infertilidad;
- Eliminar el aborto realizado en malas condiciones;
- Combatir las ITS, inclusive el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervical y otros trastornos ginecológicos;
- Promover la salud sexual.

La Asamblea reconoció el Programa de Acción de la CIPD y exhortó a los países a:

- Adoptar y aplicar la nueva estrategia, como parte de las acciones nacionales para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- Incorporar la salud reproductiva y sexual como parte integrante de la planificación y la presupuestación;
- Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los de salud de la madre y del recién nacido, con la participación de las comunidades y las ONG;
- Velar por que la puesta en práctica de las normas beneficie a los pobres y a otros grupos marginados, incluidos los adolescentes y los hombres;
- Incluir todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva en los informes nacionales sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

respecto; garantiza desgravaciones impositivas a las ONG que ofrecen servicios de salud y establece protocolos para los servicios de planificación de la familia.

En la Encuesta Mundial, 20 países informaron acerca de campañas de comunicación y promoción sobre derechos reproductivos; 18 países destacaron cambios institucionales. Por ejemplo, en Micronesia se permite que las estudiantes embarazadas sigan asistiendo a la escuela y también se permite que los adolescentes tengan acceso a los métodos anticonceptivos sin consentimiento paterno previo por escrito. Se adoptaron leyes y reglamentaciones sobre la familia en 10 países para que los hombres asuman mayor responsabilidad con respecto a la salud reproductiva.

Planificación de la familia y salud sexual

La CIPD exhortó a todos los países a adoptar medidas para satisfacer las necesidades de sus poblaciones en materia de planificación de la familia y proporcionar antes de 2015 acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia. El propósito era ayudar a las parejas e individuos a alcanzar sus propios objetivos en materia de reproducción; prevenir los embarazos no deseados y reducir el número de embarazos de alto riesgo; lograr que los servicios de calidad de planificación de la familia sean costeables, aceptables y accesibles para todos; mejorar la calidad de los servicios de planificación de la familia y la información y el asesoramiento psicosocial al respecto; e intensificar la participación de los hombres en la práctica de la planificación de la familia.

BENEFICIOS DE PODER OPTAR. La planificación de la familia posibilita que las personas y las parejas determinen el número y el espaciamiento de sus hijos, un derecho humano básico reconocido. Se obtienen beneficios prácticos en numerosos niveles:

- En el plano individual, se mejora la salud de madres y niños de corta edad; se amplían las oportunidades de educación, empleo y participación social de la mujer; se reduce la exposición a riesgos de salud; y se reduce el recurso al aborto;
- En el plano de las familias, se reduce la competición y la dilución de los recursos; se reduce la pobreza de los hogares; y se aumenta la posibilidad de compartir la adopción de decisiones;
- En el plano de la sociedad, se acelera la transición demográfica; y la oportunidad de aprovechar el “dividendo demográfico” (véase el Capítulo 2) a fin de acelerar el desarrollo económico.

13

COSTOS Y BENEFICIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Con un costo de aproximadamente 7.100 millones de dólares anuales, actualmente el uso de anticonceptivos modernos previene cada año:

- 187 millones de embarazos no deseados;
- 60 millones de alumbramientos no deseados;
- 105 millones de abortos inducidos;
- 2,7 millones de defunciones de menores de un año;
- 215.000 defunciones debidas al embarazo (incluidas 79.000 debidas al aborto realizado en malas condiciones);
- 685.000 huérfanos que pierden a sus madres por causas relacionadas con el embarazo.

Hay unos 201 millones de mujeres cuyas necesidades de anticoncepción siguen insatisfechas. Si se satisficieran sus necesidades, con un costo anual estimado en 3.900 millones de dólares, así se evitarían cada año 52 millones de embarazos (la mitad de los cuales se aplazarían, de conformidad con los deseos manifestados por las encuestadas).

Al prevenir o aplazar esos embarazos no deseados, también se prevendría:

- 23 millones de alumbramientos no planificados (una reducción del 72%);
- 22 millones de abortos inducidos (una reducción del 64%);
- 1,4 millón de defunciones de menores de un año;
- 142.000 defunciones relacionadas con el embarazo (inclusive 53.000 a consecuencia del aborto realizado en malas condiciones);
- 505.000 niños que pierden sus madres por causas relacionadas con el embarazo.

Acceso a los anticonceptivos y utilización

A escala mundial, a partir de 1994 el uso de métodos de planificación de la familia ha aumentado desde el 55% de las parejas casadas hasta alrededor del 61%; en el 68% de los países donde se dispone de datos, ese uso ha aumentado en al menos un punto porcentual por año y en 15% de esos países, a razón de al menos 2 puntos porcentuales por año. El uso varía de una región a otra, desde un 25% en África hasta casi un 65% en Asia (donde las altas tasas de utilización en China elevan el promedio), y 70% en América Latina y el Caribe y en los países de regiones desarrolladas.

No obstante, en muchos países, particularmente los más pobres, aún se restringe el acceso a los anticonceptivos y la opción entre estos. Cuando se excluye de los cálculos a China (que posee una gran población y una alta tasa de prevalencia), en Asia sólo un 46% de las mujeres casadas están utilizando anticonceptivos. En los países menos adelantados, la proporción es mucho menor.

El apoyo gubernamental a métodos anticonceptivos—en establecimientos gubernamentales, como hospitales, clínicas, dispensarios y centros de salud, y mediante agentes gubernamentales sobre el terreno—ha aumentado sostenidamente a partir del decenio de 1970. Hacia 2001, los gobiernos de un 92% de todos los países apoyaban los programas de planificación de la familia.

En cada uno de los 20 países que efectuaron dos encuestas desde mediados de 1990, ha aumentado la prevalencia del uso de anticonceptivos, desde un promedio inicial del 28%, hasta un 35%. En 19 de esos países ha aumentado la proporción de personas que querían utilizar métodos modernos y que vieron satisfecho ese deseo⁴, y hubo en promedio un aumento del 94% en la quinta parte más pobre de la población. En 10 países, el aumento anual de las necesidades satisfechas en la quinta parte más pobre de la población fue superior al promedio nacional.

Necesidad insatisfecha

El concepto de necesidad insatisfecha denota a las mujeres y parejas que no quieren tener otro alumbramiento en los dos años siguientes, o nunca, pero no están utilizando un método anticonceptivo⁵. La necesidad insatisfecha es resultado del aumento de la demanda, las limitaciones en la prestación de servicios, la falta de apoyo por parte de comunidades y cónyuges, la información errónea, los costos financieros y las restricciones en el transporte.

La CIPD asignó prioridad a reducir la necesidad insatisfecha, como principio orientador para asegurar que los nacimientos ocurran cuando hay una opción voluntaria y bien fundamentada⁶. En el examen realizado en 1999 del adelanto en la ejecución del Programa de Acción de la CIPD se adoptaron indicadores básicos de referencia: reducción a la mitad antes de 2005 de la necesidad insatisfecha registrada en 1990 y satisfacción antes de 2015 de todas las aspiraciones en cuanto a fecundidad expresadas por los encuestados⁷.

La posibilidad de las personas de materializar sus aspiraciones en cuanto a tamaño de la familia y espaciamiento de sus hijos es cuestión de gran importancia en el plano personal y en materia demográfica. En los países en desarrollo, la fecundidad total supera siempre lo que las personas declaran son sus deseos; en promedio, la diferencia es de 0,8 hijo, aproximadamente⁸. A medida que el tamaño deseado de la familia se va reduciendo, tiende a aumentar la necesidad insatisfecha, hasta que la capacidad de los servicios llega a satisfacer la demanda de menor cantidad de alumbramientos y mayores intervalos entre ellos. Posteriormente, los mayores adelantos en la accesibilidad de los servicios logran reducir la necesidad insatisfecha⁹.

DÉFICIT SUSTANCIALES Y EN AUMENTO. Pese al aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos, aún hay unos 137 millones de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos¹⁰ y otros 64 millones que están utilizando métodos de planificación de la familia menos fiables que los métodos modernos¹¹. En general, en los países en desarrollo un 29% de las mujeres tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos. La más alta proporción, equivalente a varias veces el nivel de uso actual, se registra en África al Sur del Sahara, donde un 46% de las mujeres que corren riesgo de embarazo no deseado no están utilizando ningún método¹².

Algunas barreras que obstan al uso de anticonceptivos:

- Falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal;
- Falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia¹³;
- Falta de conocimientos acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones;
- Deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios¹⁴;
- Falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge;
- Informaciones erróneas y rumores;
- Efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un cambio de métodos o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas;
- Limitaciones financieras.

Los jóvenes resultan particularmente afectados por la falta de métodos temporales, las deficientes condiciones de privacidad, la carencia de garantías de confidencialidad, y la falta de sensibilidad de los encargados de ofrecer servicios con respecto a las perspectivas de los jóvenes¹⁵.

Pese a que durante decenios se trabajó para reducir esas limitaciones, son numerosos los problemas que persisten. En muchos países, la declinación de los sistemas de salud ha reducido el acceso a los servicios y la calidad del personal. El menor apoyo de los donantes y la insuficiencia de las inversiones nacionales han perjudicado los programas. Los cargos al usuario, impuestos con el propósito de promover la sostenibilidad de los servicios y reducir los gastos del sector público, han acrecentado las desigualdades. Debido a los

bajos sueldos y las deficientes condiciones de trabajo, los empleados abandonan los servicios de salud pública para trabajar en el sector privado, con lo que se restringe aún más el acceso de los pobres y se impulsa a los marginalmente pobres hacia la pobreza.

En 1999, al menos 300 millones de mujeres casadas carecían de acceso a la píldora anticonceptiva, el DIU o los condones (preservativos)¹⁶. Casi 400 millones carecían de una gama completa de opciones en material de anticonceptivos, inclusive la anticoncepción quirúrgica voluntaria. Desde entonces, los informes nacionales indican paulatinas mejoras en la disponibilidad de múltiples métodos anticonceptivos.

En el Gráfico 3 se indica la relación entre uso de anticonceptivos (inclusive métodos tradicionales) y necesidad insatisfecha, sobre la base de datos de encuestas realizadas en el pasado decenio. La pauta prevista es claramente evidente: la necesidad insatisfecha llega al máximo en los países donde la prevalencia oscila entre 25% y 40%.

Los aumentos en el uso de métodos modernos por lo general reducen la necesidad insatisfecha. Cuando los niveles de utilización de métodos modernos son bajos, varía en gran medida la necesidad insatisfecha, en función del nivel de demanda insatisfecha y del grado en que las personas recurren a los métodos tradicionales antes de que se disponga de servicios anticonceptivos modernos.

POBREZA Y TAMAÑO DESEADO DE LA FAMILIA. Las personas más pobres tienden a desear mayor cantidad de hijos que las personas en posición económica más desahogada¹⁷. Tal vez padres y madres perciban ventajas en disponer de

más brazos para la agricultura de subsistencia, por ejemplo, o quieran asegurar que algunos de sus hijos sobreviven cuando los progenitores lleguen a la ancianidad. Las menores oportunidades también reducen las posibilidades de que los pobres encuentren incentivos sociales y económicos para efectuar mayores inversiones en menor cantidad de hijos, en lugar de distribuir sus recursos entre numerosos hijos, con menores porciones individuales¹⁸.

Pero incluso en familias pobres, los deseos expresados con respecto al número de hijos han ido declinando durante decenios, pese a la persistencia de actitudes y tradiciones que favorecen las familias más numerosas. Esto se refleja en altos niveles de necesidad insatisfecha entre los pobres. Es mucho menor la diferencia entre personas más pobres y más ricas en lo relativo a querer aplazar o evitar otro alumbramiento que en lo relativo al uso de anticonceptivos.

La proporción de la demanda satisfecha mediante métodos modernos de planificación de la familia va sostenidamente en aumento, a medida que va aumentando el uso de anticonceptivos modernos. En todos los casos, los grupos de población en situación económica más holgada están en mejores condiciones de satisfacer sus deseos reproductivos utilizando métodos anticonceptivos modernos. Cuando la tasa de prevalencia es baja, casi un tercio de las parejas en el grupo de más altos ingresos que desean aplazar o evitar un alumbramiento utiliza anticonceptivos modernos. Entre los pobres, la proporción de quienes satisfacen sus deseos¹⁹ mediante métodos modernos no llega a este nivel hasta que no se generaliza más la aceptación de los anticonceptivos.

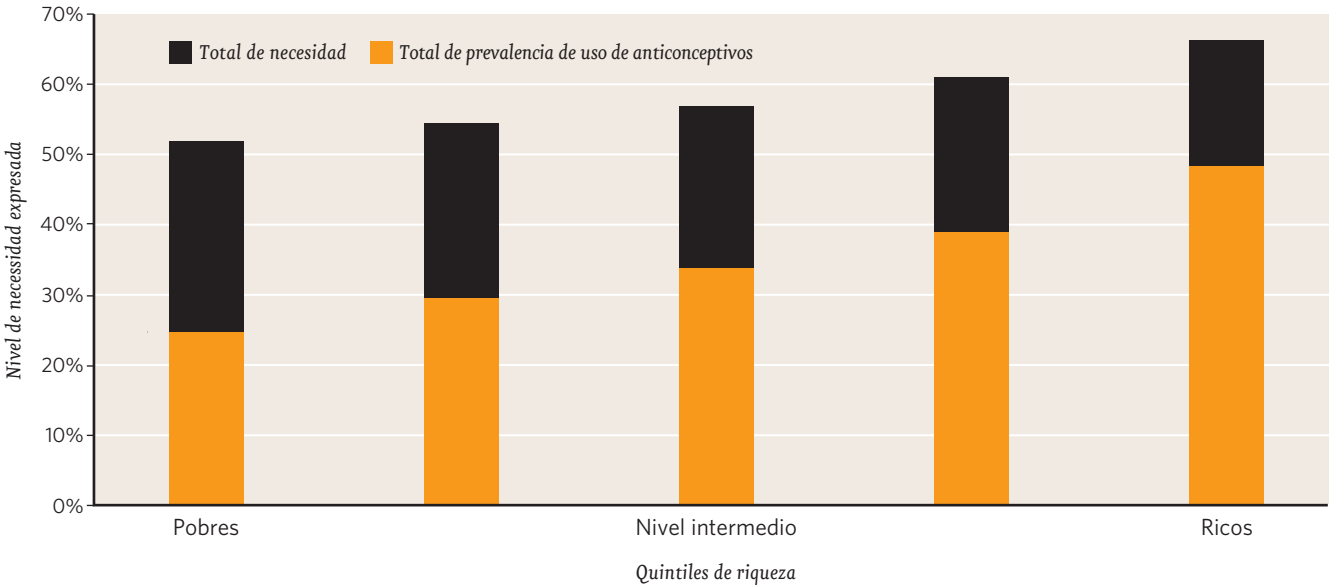
Las diferencias en el acceso a la planificación de la fami-

Gráfico 3: Necesidad insatisfecha y prevalencia total



Fuente: Datos de K. Johnson, ORC MACRO, International, Encuestas Demográficas y de Salud.

Gráfico 4: Demanda media total en grupos de alto nivel económico



Fuente: Datos de K. Johnson, ORC MACRO, International, Encuestas Demográficas y de Salud.

lia entre poblaciones pobres y ricas son muy pronunciadas. En países de África al Sur del Sahara, por ejemplo, las mujeres en la quinta parte más rica de la población tienen probabilidades cinco veces mayores de tener acceso a métodos anticonceptivos y de utilizarlos que las mujeres pertenecientes a la quinta parte más pobre²⁰.

Elección de métodos

Actualmente, los métodos modernos representan un 90% de los anticonceptivos utilizados en todo el mundo. En particular, tres métodos femeninos son los más comúnmente utilizados: esterilización femenina, dispositivos intrauterinos y píldoras. En un tercio de todos los países, un único método, por lo general la anticoncepción quirúrgica o la píldora, representa al menos la mitad de todos los anticonceptivos utilizados. En la gran mayoría de los países en desarrollo ha aumentado la utilización de condones (preservativos).

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003, 126 países informaron de que habían adoptado medidas para ampliar las opciones entre métodos anticonceptivos; 88 han adoptado múltiples medidas, entre ellas aumentar la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia (68 países) y condones femeninos (65 países), mejorar la logística para asegurar la disponibilidad de anticonceptivos (43 países), y proporcionar servicios o anticonceptivos subsidiados o gratuitos (27 países)²¹.

El concepto de **anticoncepción de emergencia** denota la prevención del embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección. Las investigaciones realizadas en los últimos

30 años han indicado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (dosis especiales de píldoras anticonceptivas ordinarias) son seguras y eficaces cuando se las utiliza dentro de un lapso de 72 horas. Según una declaración de

14

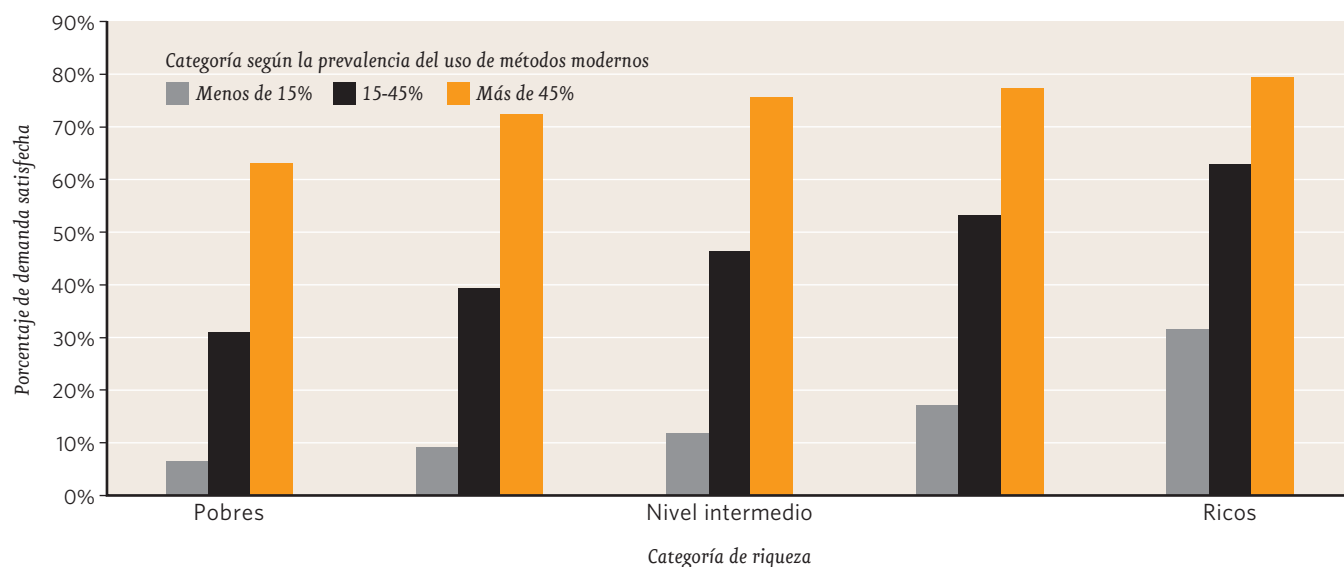
EL UNFPA AYUDA A LOS PAÍSES A AMPLIAR LA COMBINACIÓN DE MÉTODOS

El UNFPA suministra un 40% de los productos anticonceptivos que financia la comunidad internacional de donantes. También es un importante aliado de los gobiernos y los donantes en la respuesta a los problemas de abastecimiento.

En 2003, 60 países informaron de que muchos centros de prestación de servicios ofrecían múltiples métodos anticonceptivos, tanto para las zonas donde se ejecutaban programas del UNFPA, como para el país en su conjunto. En 24 países, la proporción de establecimientos que ofrecían al menos tres métodos era más alta en zonas con programas del UNFPA; y en 24 países; las ofertas de servicios eran idénticas. En otros 11 países donde el Fondo se centra concretamente en mejorar el acceso en localidades carentes de servicios (comúnmente, las zonas más pobres) o para grupos carentes de servicios (especialmente adolescentes), una más pequeña proporción de lugares donde se realizan programas del UNFPA ofrece al menos tres métodos.

Hay 20 países que han logrado y mantenido un acceso universal a al menos tres métodos anticonceptivos en establecimientos de prestación de servicios dentro de las zonas donde se realizan programas del UNFPA. Los informes procedentes de 26 países indican una ampliación sucesiva de las opciones en materia de anticonceptivos. El grado de acceso ha empeorado en sólo cinco países, tres de ellos después de conflictos civiles.

Gráfico 5: Porcentaje de demanda satisfecha de servicios de planificación de la familia en diferentes grupos de riqueza, según tres niveles de prevalencia del uso de anticonceptivos.



Fuente: Datos de K. Johnson, ORC MACRO, International, Encuestas Demográficas y de Salud.

la OMS, “las píldoras anticonceptivas de emergencia no interrumpen el embarazo y, por consiguiente, no son una forma de aborto²²”.

Después de la CIPD, ha ido en aumento el número de países que introdujeron la anticoncepción de emergencia; algunos han facilitado su acceso de las mujeres, por ejemplo, eliminando las restricciones a la venta libre en las farmacias. En la India, la República Islámica del Irán y Nepal, se proporcionan anticonceptivos de emergencia por conducto del respectivo programa nacional de planificación de la familia. En la República Dominicana, puede obtenerse anticoncepción de emergencia en farmacias privadas, mientras que en Malasia y el Pakistán, la distribución está a cargo de ONG.

Los programas que abordan la violencia sexual suelen ofrecer píldoras anticonceptivas de emergencia junto con asesoramiento psicosocial a mujeres que han sido víctimas de violación. En Chile, los médicos y las salas de primeros auxilios pueden distribuir las píldoras entre mujeres que han sido víctimas de violación.

Infecciones de transmisión sexual

Cada año se registran unos 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (inclusive sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis) en personas de entre 15 y 49 años de edad²³. Si bien esas infecciones son, en su mayoría, susceptibles de tratamiento, muchas no son diagnosticadas ni reciben tratamiento debido a la falta de servicios accesibles²⁴. Las ITS que no han recibido tratamiento son una de las

principales causas de infecundidad, la cual afecta a entre 60 millones y 80 millones de parejas en todo el mundo.

Más de las tres cuartas partes de los cinco millones de nuevos casos de infección con el VIH que ocurren cada año son de transmisión sexual (véase el Capítulo 8). Una ITS que no recibe tratamiento puede acrecentar hasta diez veces el riesgo de infección y transmisión del VIH²⁵. Otra ITS viral, el papilomavirus humano, se ha vinculado con el cáncer cervical, que cada año se cobra las vidas de 240.000 mujeres. Los condones (preservativos), tanto masculinos como femeninos, son los únicos métodos anticonceptivos que proporcionan una protección sustancial contra las ITS de origen viral y bacteriano²⁶.

En la CIPD se exhortó a que la detección y el tratamiento de las ITS, además de la información y el asesoramiento psicosocial, pasen a ser “componentes integrantes de todos los servicios de salud reproductiva y sexual²⁷”.

DIFERENCIAS DE GÉNERO. En el último decenio, se ha prestado creciente atención al papel crítico de las cuestiones de género en el diagnóstico y el tratamiento de las ITS. Las mujeres corren mayor riesgo de infección que los hombres y la detección es más difícil: un 70% de las mujeres que padecen ITS no presentan síntomas (en comparación con un 10% de los hombres)²⁸.

El tratamiento de las ITS puede tener un importante papel en la provisión de servicios de planificación de la familia. Cuando no se dispone de equipo para la detección de las ITS, los agentes de salud utilizan un “enfoque sindrómico” para

diagnosticar, sobre la base del riesgo y de los síntomas del cliente. Pero este enfoque tiene limitaciones y con frecuencia las infecciones quedan sin diagnóstico y sin tratamiento²⁹.

Las ITS sin tratamiento en las embarazadas pueden facilitar la transmisión de la infección al niño y elevar el riesgo de alumbramiento prematuro, o bajo peso al nacer, o ceguera en el niño³⁰.

INTEGRACIÓN. Al proporcionar detección de las ITS, diagnóstico y tratamiento, como parte de la atención de la salud reproductiva, se ofrece la oportunidad de llegar a millones de mujeres que acuden en busca de esos servicios, muchas de quienes no tienen otro contacto con el sistema de atención de la salud. La experiencia demuestra que al integrar la prevención de las ITS con la planificación de la familia y el asesoramiento psicosocial sobre la sexualidad y las relaciones de pareja, puede lograrse una mayor utilización de los servicios³¹.

Los servicios integrados, mejor que los centros de salud independientes o el tratamiento por médicos privados, posibilitan economías en los costos, el personal, los suministros y el equipo y suelen ser más cómodos para las clientas³². Pero cuando se ha tratado de dismantelar los programas verticales de atención de las ITS, se ha tropezado con algunas resistencias.

Indonesia comenzó a integrar los servicios de ITS con otros servicios de salud reproductiva en 1995. Para superar el estigma asociado con la atención de las ITS o las preocupaciones acerca de que las trabajadoras del sexo utilizaran los establecimientos de salud, se ofrecieron servicios de atención de las ITS fuera de las horas normales de funcionamiento de las clínicas y en salas de examen separadas³³.

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003, 43 países informaron de que, después de la CIPD, habían adoptado medidas para integrar en la atención primaria de la salud la información sobre las ITS y/o la prevención del VIH/SIDA³⁴. El Ecuador, Liberia, Mozambique y Zimbabwe, por ejemplo, incluyen actualmente servicios de ITS en sus establecimientos de atención primaria de la salud³⁵.

Calidad de la atención

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que, además de asegurar la universalidad de los servicios de salud reproductiva “los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención” (párrafo 7.23). El objetivo debe ser asegurar que las personas “ejercen sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces” (párrafo 7.12).

Desde 1994, en muchos países se han reorientado los servicios en muchos países para mejorar su calidad y satisfacer mejor las necesidades y los deseos de los clientes, mediante

15

LA ATENCIÓN DE CALIDAD A JUICIO DE LOS CLIENTES

Los clientes se percatan de la calidad de los servicios que reciben. Cuando tienen una opción, utilizarán establecimientos y fuentes de servicios que ofrecen lo que, a su juicio, es la mejor atención. Los estudios efectuados en países de diversas partes del mundo indican que los clientes quieren:

- Respeto y trato amistoso y cordial;
- Preservación del carácter confidencial y privado;
- Encargados de los servicios que comprendan la situación y las necesidades particulares de cada cliente;
- Información completa y fidedigna, inclusive revelación de la totalidad de los efectos secundarios de los anticonceptivos;
- Competencia técnica;
- Acceso continuo a suministros y servicios fiables, costeables y sin barreras;
- Equidad: deberían ofrecerse información y servicios a todos por igual, independientemente de su edad, su estado civil, su sexo, su orientación sexual, su clase o su grupo étnico;
- Resultados: los clientes se frustran cuando se les dice que deben esperar o regresar otro día.

una más amplia gama de métodos anticonceptivos, mejor seguimiento y mejor capacitación del personal para que proporcione información y asesoramiento psicosocial (haciendo hincapié en la sensibilidad, el carácter privado y confidencial y la opción bien fundamentada). Otra prioridad mundial es mejorar los servicios para las poblaciones pobres³⁶.

Al publicar en 1990 un marco sobre la calidad de la atención³⁷ se establecieron los componentes de buenos servicios de salud reproductiva. Es necesario que los clientes dispongan de opciones entre distintos métodos anticonceptivos, de información fidedigna y completa, de atención técnicamente competente, de buena interacción con quienes prestan los servicios, de continuidad de la atención y de diversos servicios conexos. En otro marco se detallaron el apoyo, los instrumentos y los recursos que necesitan los encargados de los servicios para prestar atención de calidad³⁸.

Las acciones encaminadas a mejorar la calidad se centran en mejorar el ámbito de los servicios para satisfacer la necesidad de los clientes, involucrando al personal y todas las categorías en la detección de los problemas y la propuesta de soluciones. Después de la CIPD, algunos enfoques ya ampliamente utilizados en países desarrollados se tradujeron para su uso en programas internacionales de planificación de la familia³⁹.

ACCIONES CONCRETAS. En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 se comprobó que 143 países han adoptado medidas para mejorar el acceso a servicios de calidad de salud reproductiva; 115 países informan de que han adoptado múltiples medidas, inclusive el aumento del número de personal y de su capacitación (77 países); la introducción de estándares de calidad (45) y las mejoras en la gestión y la logística (36). Por ejemplo, en Bangladesh, Mongolia y la República Democrática de Corea, se han establecido protocolos y medidas de control de calidad para una amplia gama de servicios de salud reproductiva. Indonesia está actualizando los protocolos existentes. Jamaica está estableciendo indicadores para determinar y monitorear el nivel de calidad de la atención.

En Guatemala, la India y Kenya, los problemas del sector público, de las asociaciones de planificación de la familia y de las ONG incluyen la prestación de servicios de calidad, como parte de sus metas y objetivos⁴⁰.

EFFECTOS DE LA CALIDAD. La atención de calidad puede acrecentar la demanda de servicios, ayudando a los cliente a seleccionar un método anticonceptivo apropiado y continuar utilizando métodos de planificación de la familia si desean limitar o espaciar los embarazos. Un estudio en el Perú indicó que es más probable que las mujeres y los hombres utilicen los servicios de planificación de la familia cuando las comunidades disponen de servicios de calidad⁴¹. En las zonas rurales de la República Unida de Tanzania, la percepción sobre el nivel de calidad de los servicios de planificación de la familia tienen apreciables efectos sobre el uso de anticonceptivos por parte de los miembros de la comunidad⁴².

Para los clientes, es importante estar en condiciones de escoger un método anticonceptivo. En Indonesia, un 91% de las mujeres que obtuvieron el método que habían solicitado continuaban usándolo al cabo de un año, en comparación con 38% de aquéllas a quienes no se les había entregado el método escogido⁴³. En Gambia y el Níger, los nuevos usuarios que recibieron buen asesoramiento sobre los efectos secundarios tenían probabilidades inferiores entre un tercio y la mitad que quienes consideraban que el asesoramiento había sido inadecuado, de continuar utilizando los anticonceptivos ocho meses después⁴⁴.

FACULTAR A LOS POBRES. Un mejor trato reviste particular importancia para las mujeres pobres. En un estudio efectuado recientemente en Bangladesh, las mujeres que pensaban que habían recibido una buena atención por parte de los agentes sobre el terreno⁴⁵ tenían probabilidades mayores en un 60% de adoptar el uso de anticonceptivos y 34% mayores de continuar utilizándolos, que quienes percibían que se las había atendido deficientemente⁴⁶. Si bien la calidad de los servicios afectaba la adopción de anticonceptivos por todas las muje-

res, era mucho más importante como factor determinante de la continuidad del uso entre mujeres pobres y no educadas.

MEDIDAS DE CAPACITACIÓN. La interacción entre clientes y encargados de los servicios tiene importancia crítica para una buena atención. Los encargados de prestar servicios necesitan conocer el pensamiento de los clientes acerca de las decisiones sobre salud, abordar sus preocupaciones acerca de los efectos secundarios y alentarlos a desempeñar un papel activo en las consultas. Los conocimientos y las aptitudes para el trato interpersonal por parte de los encargados de prestar servicios pueden mejorarse definiendo claramente las expectativas en la interacción con los clientes, proporcionando retroinformación sobre su desempeño y aumentando la eficacia de los cursos de capacitación. También es importante proporcionarles una remuneración adecuada, así como suficiente espacio, suministros y tiempo; y asignar a los trabajadores tareas para las cuales tienen aptitudes⁴⁷.

Diversos países, tan diferentes entre sí como el Senegal, Turquía y la República Unida de Tanzania han emprendido después de la CIPD reformas que abarcan todo el sistema de salud para proporcionar atención de calidad a los clientes. Han fortalecido la capacitación, ampliado las actividades educacionales, mejorado la infraestructura y el equipo, actualizado las políticas y directrices de procedimientos y fortalecido los sistemas de gestión⁴⁸.

16

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN

La CIPD destacó la importancia de involucrar a los beneficiarios de programas de salud reproductiva en su planificación, ejecución y monitoreo. En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003 se comprobó que 124 países habían adoptado medidas básicas al respecto y 48 indicaron que habían adoptado múltiples medidas. Algunos habían realizado audiencias públicas o encuestas a los consumidores y habían involucrado a las comunidades en la formulación de programas que reflejaban las necesidades y las opiniones de la población.

Kenya ha incluido a los jefes de aldea y curanderos tradicionales como asesores comunitarios. Malasia ha organizado diálogos entre encargados de prestar servicios y clientes. El Brasil ha establecido consejos nacionales, regionales y municipales de salud. Honduras ha utilizado cuestionarios, "grupos focales" y entrevistas a fondo para obtener retroinformación sobre todos los sistemas de salud. Letonia ha creado una "Oficina de derechos de los pacientes", que realiza encuestas sobre la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud.

Varios donantes y organizaciones internacionales han iniciado actividades para promover la participación de las entidades de la sociedad civil en la satisfacción y las necesidades de salud reproductiva. Hay 34 asociaciones nacionales de planificación de la familia, miembros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, que han emprendido un programa a cinco años para detectar y corregir las deficiencias en la calidad.

Muchos otros países han fortalecido la capacidad del personal y su supervisión y mejorado la disponibilidad y la diversidad de los métodos⁴⁹.

Muchos países se han esforzado por mejorar sus establecimientos de salud reproductiva y han adoptado diversas medidas, entre ellas: certificación o acreditación de los establecimientos (Mozambique); fortalecimiento de la infraestructura y garantías de que se dispone de atención especializada para el seguimiento (Brasil); ensayos piloto de unidades móviles de salud (Armenia y El Salvador); y ofrecimiento de servicios gratuitos o de bajo costo en tugurios y asentamientos de precaristas urbanos (148 países).

Voces más fuertes en favor de la salud reproductiva

Desde la CIPD, el UNFPA se ha esforzado por mejorar la calidad de la atención, aumentar el acceso a los servicios, velar por que los suministros y los equipos se provean en cantidades suficientes y mejorar las aptitudes técnicas de gestión y de trato interpersonal del personal de salud, proporcionando apoyo técnico, equipo y capacitación.

Más recientemente, también ha prestado atención a movilizar las comunidades para que exijan servicios de salud de más calidad y una mayor participación de las mujeres en su gestión. El UNFPA está apoyando “voces más fuertes en favor de la salud reproductiva”, iniciativa innovadora encaminada a facultar a los usuarios dotándolos de conocimientos acerca de su salud reproductiva y sus derechos reproductivos y apoyando los mecanismos comunitarios de modo que tengan una “voz más fuerte” y velen por que se adopten medidas para mejorar la atención de la salud reproductiva. En esta iniciativa, el UNFPA coopera con la Organización Internacional del Trabajo, el UNICEF y la OMS.

COMUNIDADES DE CLIENTES EDUCADOS. La premisa es que los usuarios mejor informados tendrán mejores interacciones con los encargados de prestar servicios y también tendrán mayores probabilidades de movilizarse para lograr cambios en el plano de la comunidad. Promover la acción colectiva de las comunidades para que exijan servicios de calidad también puede contribuir a velar por que la descentralización de los servicios de salud en curso en muchos países no redunde en una reducción de los recursos para atención de la salud reproductiva.

El proyecto Voces Más Fuertes ha establecido enlaces entre organizaciones que anteriormente no habían colaborado: promotores de derechos reproductivos, grupos organizados de mujeres, encargados de servicios de salud y organizaciones centradas en la financiación comunitaria o la reforma del sistema de salud.

La iniciativa de Voces más Fuertes se inició en la India, Kirguistán, Mauritania, Nepal, el Perú y la República Unida de Tanzania. Entre las actividades cabe mencionar enfoques participatorios a fin de aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, vincular a los grupos de mujeres con los encargados de prestar servicios a fin de promover una mejor atención y movilizar a los jóvenes de modo que colaboren con los encargados en la prestación de servicios acogedores para los jóvenes.

En Kirguistán, varios grupos comunitarios recaudaron fondos y renovaron dispensarios obstétricos sobre el terreno; las mujeres miembros de las comunidades están expresándose para combatir la antigua tradición de “secuestrar a la novia”, pues constituye una infracción a los derechos reproductivos. En Mauritania, se crearon dos planes en microescala de seguro de salud con base comunitaria para velar por que las mujeres pobres tengan acceso a servicios de maternidad. En Nepal, los participantes en el proyecto elaboraron una iniciativa pionera de estrategia nacional para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva, que incorpora “la demanda” y los derechos reproductivos, como componentes esenciales de los servicios de buena calidad.

En la República Unida de Tanzania, los participantes en el proyecto han establecido el primer enfoque de la calidad de la atención sobre la base de los derechos humanos, haciendo hincapié en el fomento de la capacidad local y el monitoreo de los servicios por parte de la comunidad, en forma compatible con las medidas de descentralización.

PAGO DE LOS SERVICIOS. Muchos países están determinando medios de cobrar por los servicios, en momentos en que hay déficit en los recursos gubernamentales y de donantes con destino a la salud reproductiva. Las medidas para recuperar los costos han tenido resultados desiguales. En Bangladesh, por ejemplo, la Estrategia del Sector de Salud y Población (1997) impulsó a las ONG a abandonar la provisión de servicios de planificación de la familia en el hogar y a cobrar pequeñas sumas por servicios que anteriormente eran gratuitos. Al mismo tiempo, las ONG trataron de mejorar sus servicios.

Cuando se evaluaron los cambios, se comprobó que los clientes apreciaban los servicios prestados y consideraban que se los trataba con cordialidad y respeto en las clínicas de las ONG; pero también se comprobó que los cambios produjeron “un sentimiento generalizado de que en los establecimientos de salud se discrimina contra los pobres y que los servicios de calidad están fuera de su alcance porque no pueden pagarlos⁵⁰”.

Obtención de suministros

La posibilidad de formular y proporcionar programas de calidad de salud reproductiva depende de disponer de apoyo

político, financiación, recursos humanos, establecimientos y productos.

Mientras en muchos casos los programas nacionales tienen que hacer frente a la adversidad—escasez de personal y establecimientos, falta de agua corriente, cortes periódicos de la electricidad y perturbaciones en el transporte—cuando no se dispone de los productos de salud reproductiva, las inversiones y los esfuerzos se habrán desperdiciado en gran medida.

La “seguridad en los productos de salud reproductiva” entraña asegurar un suministro suficiente y seguro de productos esenciales que deben adquirirse, entregarse y distribuirse repetidamente allí donde se los necesita y cuando se los necesita. En muchos países pobres, los programas de salud reproductiva dependerán durante mucho tiempo y en gran medida de la asistencia de los donantes para adquirir esos productos.

En los últimos 10 años, ha disminuido el apoyo de los donantes a los suministros de salud reproductiva, inclusive los anticonceptivos para la planificación de la familia y los condones (preservativos) para la prevención del SIDA, y esto ha creado una creciente discrepancia entre las estimaciones de necesidades generalmente aceptadas y lo que se ofrece en la realidad.

A comienzos del decenio de 1990, había cuatro donantes internacionales que por sí mismos satisfacían un 41% del total de las necesidades estimadas de anticonceptivos: píldoras, dispositivos intrauterinos, productos inyectables y condones (preservativos). (Aún se están elaborando sistemas para cuantificar a ciencia cierta la oferta y la demanda de otros productos de salud anticonceptiva). La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que desde 1960 había predominado en los suministros del sector público en materia de anticonceptivos, fue la mayor fuente de apoyo de donantes en 1990, pues aportó casi las tres cuartas partes de los 79 millones de dólares procedentes de donantes⁵¹.

Hacia el año 2000, el número de donantes activos había aumentado hasta 12 o más, pero el total del apoyo de donantes (importes ajustados en función de la inflación) siguió relativamente estacionario durante el decenio. La proporción correspondiente a la USAID disminuyó hasta 30%, mientras que la correspondiente al UNFPA aumentó hasta 40%. Esos organismos y otros cuatro (*Population Services International*, Banco Mundial, Ministerio Federal (Alemania) de Cooperación para el Desarrollo Económico, y Departamento (Reino Unido) de Desarrollo Internacional) aportaron un 95% de los productos anticonceptivos suministrados a países en desarrollo.

En 2001, los Países Bajos, el Reino Unido y el Canadá respondieron al grave déficit en el suministro para algunos

países aportando al UNFPA un importe adicional de 97 millones de dólares con destino a productos anticonceptivos y apoyo técnico que fortaleciera la capacidad nacional y mejorara el acceso. Ese año, el importe total del apoyo de los donantes, de 224 millones, representó un aumento de casi el 50% con respecto al año anterior, pero en 2002 (año más reciente para el que se dispone de datos), el total disminuyó hasta 198 millones de dólares.

Para llegar a la misma proporción del 41% existente en 1990 en las contribuciones de los donantes para satisfacer las necesidades de anticonceptivos y condones (preservativos), será necesario que en 2004 su apoyo aumente hasta unos 450 millones de dólares. Se necesitarán importes considerablemente superiores para satisfacer todos los costos previstos de proporcionar productos de salud reproductiva y mejorar la prestación de los servicios.

Es poco probable que los gobiernos de países en desarrollo, las ONG y los sectores comerciales estén en condiciones de subsanar la falta de aumento en el apoyo de los donantes a los productos de salud reproductiva. En consecuencia, cabe prever que habrá déficit en el suministro de productos y perturbaciones en los servicios de salud reproductiva, lo cual tendrá graves consecuencias sobre la salud de las mujeres y los niños⁵².

Además de las crecientes necesidades de apoyo con destino a los productos de salud reproductiva, los países en desarrollo también necesitan apoyo técnico y recursos para acrecentar las capacidades humanas, financieras y técnicas de los programas nacionales de salud, a fin de recopilar, analizar y utilizar correctamente los datos sobre oferta y demanda de salud reproductiva y preparar informes al respecto; además de obtener, almacenar y distribuir los suministros necesarios.

PAPEL Y PRIORIDADES DEL UNFPA. El UNFPA lidera el esfuerzo mundial por asegurar una provisión suficiente y continua de suministros de salud reproductiva, incluidos los

17

CONSECUENCIAS DEL DÉFICIT EN LA FINANCIACIÓN

Por cada millón de dólares de déficit en la asistencia con destino a productos anticonceptivos, se producirán las siguientes consecuencias:

- 360.000 embarazos no deseados;
- 150.000 abortos inducidos;
- 800 defunciones de madres;
- 11.000 defunciones de niños menores de un año;
- 14.000 defunciones de niños menores de cinco años.

anticonceptivos. El Fondo es la mayor fuente internacional de esos suministros y la única fuente para unos 25 países. En 2001 y 2002, recibió solicitudes de suministros de 94 países, por un total de 300 millones de dólares.

El UNFPA también ayuda a los países a planificar para satisfacer sus necesidades, realiza tareas de promoción a fin de movilizar una financiación estable, colabora con los gobiernos y otros asociados para fortalecer la capacidad nacional, coordina las acciones de otros copartícipes y recopila datos sobre las acciones de los donantes para facilitar la cooperación y velar por la rendición de cuentas⁵³.

En 1999, en colaboración con varias ONG, el UNFPA comenzó a elaborar una estrategia mundial para asegurar los suministros de salud reproductiva⁵⁴. Se han establecido dos importantes mecanismos de alianza, la Iniciativa de Suministros (SI) y la Coalición sobre Suministros de Salud Reproductiva.

Con financiación aportada por la *Bill & Melinda Gates Foundation* y el *Wallace Global Fund*, la Iniciativa de Suministros ha establecido un sistema de información a fin de consolidar los datos sobre adquisiciones procedentes del UNFPA, la USAID y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, y posiblemente, también otros donantes. En el futuro, pronosticará las necesidades de suministro en cada país.

La Coalición sobre Suministros de Salud Reproductiva, un grupo integrado por varios miembros, está estudiando la posibilidad de constituir un nuevo mecanismo para contribuir a movilizar recursos y promover la colaboración; pero hasta el momento, los donantes no han demostrado un interés suficiente como para justificar esa iniciativa.

A fin de fortalecer la capacidad de los países, recientemente el UNFPA facilitó media docena de talleres regionales donde los participantes, el personal sobre el terreno del UNFPA y representantes de gobiernos, elaboraron modelos de planes para la gestión del suministro de productos de salud reproductiva.

OTRAS INICIATIVAS. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud y el UNFPA dieron a conocer un proyecto de documento conjunto de antecedentes titulado “Medicamentos esenciales y otros productos para servicios de salud reproductiva”. El documento, cuyo propósito es, en parte, velar por un entendimiento común de la expresión “productos de salud reproductiva”, se apoya en el concepto de medicamentos esenciales introducido por la OMS hace unos 25 años y enumera los productos necesarios a nivel de los servicios de atención primaria de la salud (para planificación de la familia, salud de madres y recién nacidos y prevención de las infecciones del aparato reproductor y del VIH), así como productos necesarios para la atención de las

madres en el primer nivel de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad. En el documento se reconocen cuatro factores necesarios para asegurar un acceso sostenible a esos componentes de la salud de importancia crucial:

- Selección racional, sobre la base de una lista nacional de medicamentos esenciales y guías de tratamiento basadas en hechos comprobados;
- Precios costeables para los gobiernos, las fuentes de servicios de salud y los consumidores;
- Financiación sostenible mediante mecanismos equitativos de financiación, como ingresos gubernamentales o seguros sociales de salud;
- Sistemas fiables de suministro que incorporen una combinación de servicios de suministro públicos y privados⁵⁵.

En algunos países en desarrollo, los sistemas de información sobre gestión están proporcionando datos logísticos fiables para pronosticar, adquirir y distribuir suministros.

EL CAMINO A SEGUIR EN EL FUTURO. Entre 2000 y 2015, se espera que aumente en un 40% el número de usuarios de anticonceptivos en los países en desarrollo, a medida que vaya aumentando el número de parejas en edad de procrear en un 23% y que se amplíe la demanda de métodos de planificación de la familia⁵⁶. Según proyecciones del UNFPA, las necesidades de productos anticonceptivos en 2015 llegarán a unos 1.800 millones de dólares, importe del cual 739 millones de dólares podría esperarse que fueran aportados por donantes, sobre la base de los niveles de apoyo registrados en 1990. Esos importes incluyen condones con destino a la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

Para lograr este nivel de apoyo será necesario: fortalecer el liderazgo político en países, tanto donantes como receptores; mejorar las tareas de promoción a fin de generar apoyo financiero a largo plazo; establecer mecanismos de recuperación de los gastos, según proceda; establecer una coordinación más eficaz entre los principales copartícipes internacionales; establecer en los países en desarrollo nuevos mecanismos de planificación y monitoreo del uso de los suministros; contar con datos más fiables generados por los propios países y con mejor rendición de cuentas por parte de todos los copartícipes.

Los hombres y la salud reproductiva

Algunas de las tareas más innovadoras realizadas después de la CIPD se han encaminado a involucrar a los hombres en proteger la salud reproductiva de sus compañeras, así como

la propia. Debido a su mayor acceso a los recursos y al poder, los hombres suelen determinar el momento y las condiciones de las relaciones sexuales, el tamaño de la familia y el acceso a los servicios de salud. En el diseño de los programas de salud reproductiva se están incorporando cada vez más disposiciones para contrarrestar las maneras en que la desigualdad de género limita el acceso de las mujeres—y a veces el de los hombres—a los servicios de salud⁵⁷.

Antes de la CIPD, el tema de la población tendía a centrarse casi exclusivamente en el comportamiento de las mujeres con respecto a la fecundidad y se prestaba escasa atención al papel de los hombres, en el estudio de los aspectos a macroescala y las implicaciones del crecimiento de la población y las tasas de fecundidad⁵⁸. En consecuencia, los programas básicos de planificación de la familia estaban al servicio casi exclusivamente de las mujeres.

ACTITUDES CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN Y LOS SERVICIOS. Desde hace mucho tiempo, la investigación ha demostrado que los hombres desean tener mayores conocimientos acerca de la salud reproductiva y quieren apoyar a sus compañeras más activamente. El deseo de los hombres de limitar el tamaño de sus familias suele posibilitar que las mujeres que deseen utilizar anticonceptivos así lo hagan. Las investigaciones sobre actitudes y prácticas masculinas, inclusive un análisis de una Encuesta Demográfica y de Salud que abarcó 17 países y proporcionó datos sobre los esposos, durante el decenio de 1990⁵⁹, sugiere que las opiniones de hombres y mujeres con respecto a la anticoncepción y el tamaño de la familia están mucho más próximas entre sí que lo que muchos especialistas creían antes⁶⁰. En general, los hombres quieren mayor y mejor información y acceso a los servicios⁶¹. Los varones de entre 15 y 24 años de edad quieren menor cantidad de hijos que los de 25 a 34 años y éstos, a su vez, quieren menos que los hombres mayores de 50 años⁶².

Cuando los programas excluyen a los hombres, menoscaban la propia eficacia. La salud reproductiva de los hombres afecta directamente a la de sus compañeras, y ésta es una realidad que la pandemia del SIDA ha hecho patente. Proporcionar tratamiento a las infecciones de transmisión sexual de las mujeres carece de sentido, a menos que los compañeros que las han infectado también reciban tratamiento y participen en la educación sobre prevención.

INCLUSIÓN DE LOS HOMBRES EN LA SALUD REPRODUCTIVA. En casi todos los países y en miles de programas gubernamentales y de ONG, se están encontrando maneras creativas de involucrar a los hombres en los programas de salud reproductiva. Los hombres han respondido positivamente a esas acciones.

Todos los países que respondieron a la Encuesta Mundial del UNFPA (2003) manifestaron que habían adoptado medidas

para promover los métodos anticonceptivos masculinos. Se han llevado a cabo campañas para que los hombres apoyen a las mujeres en todos los países del Asia central y en la mayoría de los países de Asia y el Pacífico, de África y del Caribe. Más de la mitad de los países caribeños manifestaron que habían formulado planes para alentar un mayor involucramiento de los hombres en la salud reproductiva.

LABOR PARA CAMBIAR LAS NORMAS DE GÉNERO.

Un tercer enfoque se centra en los hombres como compañeros de las mujeres y trata de encontrar oportunidades para abordar las maneras en que las posiciones sociales limitan los papeles sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres. Algunos programas abordan explícitamente la falta de equidad en las normas de género, que menoscaba la salud de hombres y mujeres; y tratan de educar a los hombres acerca de las maneras en que el control de los recursos de la familia, la violencia en el hogar o las opiniones sobre sexualidad masculina o femenina, por ejemplo, pueden perjudicar la buena salud reproductiva.

Algunos programas, como el de movilización de los jóvenes varones en Sudáfrica, el programa de mejores opciones en la vida para los niños varones en la India, el programa “Strength Campaign”, *Men Can Stop Rape*, el programa de concienciación de los adolescentes varones en Nigeria y *Cantera* en Centroamérica tratan de transformar los valores subyacentes a los comportamientos perjudiciales⁶⁵. Esos programas han demostrado que cuando se alienta a los hombres a hablar de sus creencias, pasan a cuestionar los elementos nocivos de las ideas tradicionales de masculinidad y acogen con agrado la oportunidad de actuar de manera diferente.

Algunos programas promueven la comunicación y el respeto entre hombres y mujeres en cuestiones de salud reproductiva y tratan de crear aptitudes de negociación, tanto en las mujeres como en los hombres. Muchas acciones se centran en varones jóvenes y solteros, cuyas ideas acerca de los papeles de género y la sexualidad aún están en evolución⁶⁶. Desde Costa Rica hasta Kenya y Filipinas, los programas están trabajando con jóvenes varones para abordar sus opciones de salud sexual y desarrollar sus aptitudes. Por ejemplo, la Asociación Deportiva Juvenil Mathare en Kenya, ha establecido un programa de educación de jóvenes por otros jóvenes para la prevención del VIH⁶⁷. La ONG brasileña ECOS destaca los vínculos entre masculinidad, paternidad y salud⁶⁸.

Otra estrategia importante es colaborar con hombres que ocupan funciones de liderazgo, pues ellos pueden influir sobre otros hombres y promover la salud de la mujer.



7 Salud materna

En la actualidad, en los países en desarrollo, las complicaciones obstétricas son la causa principal de defunción de mujeres en edad de procrear y constituyen uno de los problemas de salud más urgentes y refractarios¹. Se reconoce que reducir las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad es un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo internacional, acorde con las fijadas por el Programa de Acción de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Es trágico que, pese al progreso logrado en algunos países, el número de defunciones anuales en todo el mundo—calculado en 529.000, o una por minuto—no ha cambiado sustancialmente después de la CIPD, según estimaciones recientes efectuadas por la OMS, el UNICEF y el UNFPA²; de esas defunciones, un 99% ocurren en países en desarrollo. Llegan a millones las cantidades de mujeres que sobreviven pero padecen enfermedades y discapacidad debido al embarazo y el parto. Aun cuando es difícil obtener datos, la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, una coalición de organismos de las Naciones Unidas y ONG, estima que por cada defunción de una madre, hay entre 30 y 50 casos de morbilidad, tanto temporal como crónica³.

Nuevos enfoques

La CIPD reconoció que sería posible prevenir la mayoría de esas defunciones y lesiones si se proporcionara un más amplio acceso a la atención por personal capacitado antes, durante y después del embarazo; en consecuencia, la CIPD exhortó a los países a ampliar los servicios de salud materna en el marco de la atención primaria de la salud, y a formular estrategias a fin de superar las causas intrínsecas de mortalidad y morbilidad de las madres⁴.

En los últimos diez años, hubo un cambio paradigmático en las prioridades mundiales para reducir las tasas de defunción y enfermedad debidas a la maternidad. En el pasado, los investigadores y los profesionales pensaban que era posible detectar los embarazos de alto riesgo y proporcionarles tratamiento, y que la atención prenatal podría prevenir muchas defunciones de madres. También exhortaron a que se capacitara a las parteras tradicionales, a fin de reducir los riesgos de enfermedad o muerte durante el embarazo.

Pero las intervenciones de esos dos tipos no redujeron las tasas de mortalidad derivada de la maternidad⁵. Actualmente, los profesionales de la salud y los encargados de formular políticas están en general de acuerdo acerca de que las defunciones de madres, en su mayoría, obedecen a problemas de difícil detección previa—cualquier mujer puede experimentar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio—pero que esas complicaciones casi siempre son susceptibles de tratamiento, a condición de que se disponga de acceso a atención obstétrica de emergencia.

Desde mediados del decenio de 1990, los gobiernos, los organismos internacionales, incluido el UNFPA, los investigadores y las entidades de la sociedad civil se han centrado en las intervenciones consideradas más eficaces: ampliar el acceso de las mujeres a la atención de personal capacitado en el parto; mejorar los establecimientos de atención obstétrica de emergencia y el acceso de las mujeres a los mismos para el tratamiento de las complicaciones del embarazo; y asegurar que se disponga de sistemas de remisión a establecimientos de mayor capacidad y de transporte para que las mujeres que padecen complicaciones puedan recibir tratamiento sin tardanza.

Asimismo, en la lista de prioridades mundiales, para lograr que la maternidad sin riesgo ocupe un alto lugar hay que asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de planificación de la familia, a fin de reducir los embarazos no deseados; y mejorar la calidad y capacidad generales de los sistemas de salud de los países, especialmente en el plano de distrito, además de fortalecer los recursos humanos.

FOCALIZACIÓN EN LOS DERECHOS. Una característica adicional del período posterior a la CIPD es el reconocimiento de que las defunciones y la discapacidad derivada de la maternidad constituyen conculcaciones de los derechos humanos de las mujeres y dependen en gran medida de la condición de la mujer en la sociedad y de su grado de independencia económica⁶. Varias convenciones sobre derechos humanos apoyan la opinión de que las mujeres tienen derecho a servicios de atención de la salud que aumentan la probabilidad de supervivencia después del embarazo y el parto⁷. También se está prestando mayor atención en todos los planos a otras cuestiones relacionadas con los derechos, entre ellas, el papel de las

SERVICIOS DE SALUD PARA LAS MADRES

[Los servicios de maternidad], basados en el concepto de la elección basada en una información correcta, deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto; atención postnatal y planificación de la familia . . .

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 8.22.

desigualdades de género en el nivel de atención de la salud y los efectos de la violencia por motivos de género sobre los embarazos⁸.

No obstante, diez años después de El Cairo, las necesidades de las mujeres suelen no tener una alta prioridad para los gobiernos y las comunidades. Las mujeres siguen careciendo de facultades para escoger la atención obstétrica que quieren. La pobreza, los conflictos y los desastres naturales empeoran la salud reproductiva y agregan nuevos problemas en cuanto a asegurar la maternidad sin riesgo⁹.

En la CIPD se planteó como objetivo reducir la mortalidad derivada de la maternidad hasta la mitad de los niveles registrados en 1990 antes del año 2000 y lograr una nueva reducción a la mitad antes de 2015. También se exhortó a reducir las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados y dentro de un mismo país, y a reducir en gran medida el número de defunciones y las tasas de morbilidad derivadas del aborto realizado en malas condiciones.

En el examen realizado en 1999 de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD se destacó la conexión entre los altos niveles de mortalidad derivada de la maternidad y de pobreza y se exhortó a los Estados a “promover la reducción de la morbilidad materna, como cuestión prioritaria de salud pública y de derechos reproductivos” y velar por que “la mujer tenga fácil acceso a atención obstétrica esencial, servicios de atención

de la salud materna bien equipados y adecuadamente dotados de personal, asistencia calificada durante el parto, atención obstétrica de emergencia, remisión y envío eficaces a niveles superiores de atención en caso necesario¹⁰”.

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, también se estableció que la salud materna es una urgente prioridad en la lucha contra la pobreza. El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio exhorta a lograr antes de 2015 una reducción del 75% en el índice de mortalidad materna (el número de defunciones de madres por cada 100.000 nacidos vivos), en comparación con los niveles registrados en 1990.

Conquistar esas metas será difícil. En todo el mundo en desarrollo, la proporción de todas las embarazadas que reciben al menos algún tipo de atención durante el embarazo es de aproximadamente 65%; un 40% de los partos ocurren en establecimientos de salud; y poco más de la mitad de todos

Cuadro 1: Estimaciones de mortalidad materna por región, 2000

Región	Índice de mortalidad materna (defunciones de madres por 100.000 nacidos vivos)	Número de defunciones de madres	Riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida, 1 en:
TOTAL MUNDIAL	400	529.000	74
REGIONES DESARROLLADAS	20	2.500	2.800
Europa	24	1.700	2.400
REGIONES EN DESARROLLO	440	527.000	61
África	830	251.000	20
África septentrional	130	4.600	210
África al Sur del Sahara	920	247.000	16
Asia	330	253.000	94
Asia oriental	55	11.000	840
Asia centromeridional	520	207.000	46
Asia sudoriental	210	25.000	140
Asia occidental	190	9.800	120
América Latina y el Caribe	190	22.000	160
Oceanía	240	530	83

Fuente: OMS, UNICEF, y UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: estimaciones de OMS, UNICEF, y UNFPA*, 2003, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

los partos reciben atención de personal capacitado. Pero en el año 2000, en el Asia meridional sólo un 35% de los partos fueron atendidos por personal capacitado; en África al Sur del Sahara esa proporción fue 41% (superior a la registrada en 1985, de un tercio); en las regiones del Asia oriental y de América Latina y el Caribe, la proporción fue 80%".

En muchos lugares, los servicios disponibles de maternidad sin riesgo no pueden satisfacer la demanda o no son accesibles a las mujeres debido a la distancia, el costo u otros factores socioeconómicos. Tal vez se asigne una baja prioridad a la atención del embarazo en las listas de prioridades de los hogares, dado su alto costo en tiempo y dinero. Se sigue considerando que muchas mujeres no son dignas de la inversión y esto tiene trágicas consecuencias para ellas; para sus hijos, que tienen menos probabilidades de sobrevivir o de tener una infancia saludable en ausencia de una madre; y también para sus comunidades y sus países.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA MUNDIAL. En sus respuestas a la Encuesta Mundial del UNFPA (2003), 144 países informaron de que habían adoptado medidas concretas para reducir el número de defunciones y lesiones derivadas de la maternidad; 113 informaron acerca de la adopción de múltiples medidas. Las más comunes eran la capacitación de los encargados de prestar servicios de salud (76 países); el establecimiento de planes, programas o estrategias (68); la mejora de la atención prenatal y postnatal (66); la actualización de la recopilación de datos y el mantenimiento de registros (45); y la provisión de información o de servicios de promoción (40).

Pero sólo algunos países han logrado reducir las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad (en su mayoría, son países de ingresos medianos; unos pocos son países pobres). En China, Egipto, Honduras, Indonesia, Jamaica, Jordania, México, Mongolia, Sri Lanka y Túnez, se ha reducido apreciablemente el número de defunciones durante el pasado decenio. Las acciones para lograr la maternidad sin riesgo en todos esos países tienen como factor común la presencia de personal capacitado para la atención del parto, sistemas eficaces de remisión a establecimientos de mayor capacidad y servicios básicos o integrales de atención obstétrica de emergencia.

En la mayoría de los demás países el progreso ha sido lento y siguen registrándose tasas trágicamente altas de mortalidad y morbilidad derivada de la maternidad en varias regiones, entre ellas la mayor parte de África al Sur del Sahara y las partes más pobres del Asia meridional. Si bien se prevé que en los próximos diez años habrá algunos adelantos para combatir la mortalidad y la morbilidad de las madres, será preciso intensificar las intervenciones actuales y destinar mayor cantidad de recursos a esas acciones, para

poder lograr adelantos apreciables en cuanto a la protección de las vidas y la salud de las mujeres.

Causas y consecuencias

CAUSAS COMUNES. Según la OMS, la mortalidad materna es "la defunción de la mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días tras la terminación del embarazo, independientemente de la duración o del lugar del embarazo, debido a cualquier causa relativa al embarazo o agravada por éste o por la forma en que se lo atiende, pero no por causas accidentales o incidentales"¹².

En todo el mundo, hay una notable coherencia en cuanto a las causas de defunción materna¹³. Se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preeclampsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.

AMPLIAS DIFERENCIAS EN LOS EFECTOS. Pero hay amplias diferencias—en proporción de 1 a 100—en el riesgo del embarazo entre mujeres en países ricos y pobres, y esa diferencia es la más alta entre todos los indicadores de salud pública que vigila la OMS. El riesgo a lo largo de toda la vida de una mujer en el África occidental de morir a causa del embarazo o el parto es de 1 en 12; en las regiones desarrolladas, el riesgo correlativos es de 1 en 4.000¹⁴.

Dentro de un mismo país, la pobreza acrecienta espectacularmente las posibilidades de que una mujer pierda la vida durante el embarazo o poco tiempo después¹⁵. En verdad, en muchos países hay discrepancias alarmantes entre las mujeres en situación más desahogada y las más pobres, en lo concerniente a la atención para la maternidad sin riesgo. En Bangladesh, el Chad, Nepal y el Níger, las poblaciones en mejor situación económica tienen altas tasas de asistencia del parto por personal capacitado, mientras que para la mayoría de las demás mujeres es sumamente infrecuente contar con asistencia de personal capacitado (en esos países, las tasas globales de atención de personal capacitado figuran entre las más bajas del mundo). En otros países, donde las tasas de atención por personal capacitado son bastante altas, entre ellos el Brasil, Turquía y Viet Nam, las mujeres más pobres siguen siendo las que menos probabilidades tienen de recibir ese tipo de atención¹⁶.

En el mundo desarrollado, las mujeres raramente pierden la vida o experimentan discapacidades permanentes debido a problemas relativos al embarazo, debido a que reciben sin tardanza el tratamiento adecuado.

LAS "TRES DEMORAS". En el proceso del parto en el hogar, los expertos han clasificado las causas subyacentes de la mor-

talidad derivada de la maternidad según el modelo de las “tres demoras”: demora en decidir ir en procura de atención médica; demora en llegar a establecimientos donde se dispense atención apropiada; y demora en recibir atención, una vez que se llega al establecimiento de salud.

La primera demora es resultado de que no se reconocen los signos de peligro. Esto suele ser consecuencia de la ausencia de personal capacitado para atender el parto, pero también puede obedecer a que la familia y la comunidad titubean en enviar a la mujer a un establecimiento donde se le dispensarán cuidados, debido a limitaciones financieras o culturales.

La segunda demora es resultado de la falta de acceso a un establecimiento de salud de mayor capacidad, como la falta de transporte disponible, o la falta de conocimiento de que esos servicios existen. La tercera demora obedece a problemas en el mismo establecimiento donde ha sido remitida la paciente (inclusive equipo insuficiente o falta de personal capacitado, de medicamentos de emergencia o de sangre).

Por esta razón, los programas de reducción de la mortalidad derivada de la maternidad deben asignar prioridad a la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de las instalaciones para la atención obstétrica. Todos los países que han logrado reducir la mortalidad derivada de la maternidad lo han hecho debido a un pronunciado aumento en la atención del parto en los hospitales.

Morbilidad materna

Los mismos factores que redundan en la mortalidad de las madres hacen que las enfermedades y lesiones durante el embarazo y el parto sean la segunda causa, por orden de importancia después del VIH/SIDA, de años perdidos de vida saludable entre las mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo; esto representa casi 31 millones de “años de vida ajustados por la discapacidad (DALY)” que se pierden cada año¹⁷.

Si bien no se comprenden cabalmente la incidencia y la prevalencia de la morbilidad materna, la estimación habitual es que un 15% de las embarazadas experimentarán complicaciones del embarazo o del parto suficientemente graves como para requerir atención obstétrica de emergencia en un establecimiento de salud¹⁸.

Las causas directas de la mortalidad derivada de la maternidad son las complicaciones obstétricas durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio, debido a intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos. Las causas indirectas de la morbilidad materna son trastornos o enfermedades preexistentes, agravados por el embarazo; este tipo de discapacidad puede ocurrir en cualquier momento y perdurar a lo largo de la vida de la mujer. La morbilidad de las madres también puede ser de índole psicológica, manifestada

con frecuencia por depresión, que puede ser resultante de complicaciones obstétricas, intervenciones, prácticas culturales o coacción¹⁹.

Fístula obstétrica

La fístula obstétrica, una devastadora causa de morbilidad materna, es una de las cuestiones más descuidadas en materia de salud reproductiva en el plano internacional. La fístula, a consecuencia del trabajo de parto prolongado o obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. En la mayoría de los casos, el niño fallece.

Las mujeres que padecen de fístula no pueden permanecer limpias. El hedor de la orina o de la materia fecal es constante y humillante. Las consecuencias sociales son igualmente trágicas: muchas niñas y muchas mujeres que padecen de fístula son objeto de ostracismo en la sociedad, son abandonadas por sus esposos y culpadas por su estado.

La fístula es más que un problema de salud de la mujer. Suele afectar a los miembros más marginados de la sociedad: niñas y jóvenes pobres y analfabetas que viven en zonas remotas. Entre las causas fundamentales figuran la procreación precoz, la malnutrición y el limitado acceso a atención obstétrica de emergencia. La fístula, generalizada en países de África al Sur del Sahara y del Asia meridional y en algunos Estados árabes, afecta a más de dos millones de niñas y mujeres

18

CAMPAÑA PARA ELIMINAR LA FÍSTULA

En 2003, el UNFPA inició en todo el mundo la Campaña para Eliminar la Fístula, con el propósito de lograr que en los países en desarrollo la fístula sea tan infrecuente como lo es en los países industrializados. En virtud de la campaña, se crea conciencia sobre esa cuestión, se determinan las necesidades y se amplían los servicios de prevención y tratamiento.

Un objetivo fundamental es destacar la importancia de la atención obstétrica de emergencia para todas las embarazadas. La campaña, colaborando con aliados gubernamentales, ONG y la comunidad internacional, se está realizando en más de 25 países.

En Bangladesh, donde unas 70.000 mujeres viven con la fístula obstétrica, se ha establecido en la Facultad de Medicina de Dhaka un Centro de reparación de la fístula que contribuirá al tratamiento de los casos y capacitará a encargados de prestar servicios en el Asia meridional.

En Zambia, la campaña apoya la dependencia para la reparación de la fístula en el Hospital de la Misión en Monze. Las acciones iniciales han contribuido a crear conciencia del problema y a mejorar la calidad de la atención.

En el Sudán, se inició una campaña nacional con el lema “Fístula: DEBEMOS tratarla”. El UNFPA ha adquirido equipos y suministros médicos para el Centro de Fístula en Jartum, el único establecimiento especializado existente en el país.

en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos²⁰.

La fístula es susceptible de prevención si se adoptan medidas para aplazar el matrimonio precoz y el embarazo precoz, se aumenta el acceso a servicios de planificación de la familia y se proporciona acceso sin demora a la atención obstétrica de emergencia, en particular la operación cesárea en caso de parto obstruido. La fístula es susceptible de solución quirúrgica, con tasas de éxito que llegan al 90% cuando no hay complicaciones. Las mujeres, en su mayoría, pueden reanudar vidas plenas y normales, después de recibir asesoramiento psicosocial y rehabilitación social y de reintegrarse a sus comunidades.

No obstante, el costo de transportar a las pacientes hasta establecimientos donde se ofrece ayuda, practicar operaciones quirúrgicas para corregir el problema y brindar atención en la recuperación (unos 300 dólares), suele ser prohibitivo. Los establecimientos que ofrecen tratamiento son escasos y están muy distantes entre sí, y no se cuenta con una cantidad suficiente de médicos y enfermeras capacitados.

MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO. Cuando la madres corren grandes riesgos de defunción o enfermedad a causa de la maternidad, sus hijos también corren riesgos. La deficiente atención de la salud de las madres y el insuficiente cuidado durante el embarazo, el parto y el crítico período del puerperio pueden causar defunciones de recién nacidos y niños menores de un año²¹. Las infecciones y la asfixia y lesiones del parto son la causa de la mayoría de las muertes de recién nacidos, pero también contribuyen el bajo peso al nacer, las complicaciones del parto y los defectos congénitos.

Reducción de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad

Cada país que ha logrado bajas tasas de mortalidad derivada de la maternidad ha establecido un enfoque sistemático, involucrando a agentes capacitados para la atención sistemática del parto, la atención obstétrica de emergencia para tratamiento de las complicaciones y un sistema de remisión a establecimientos de mayor capacidad y transporte que asegure el acceso a servicios que pueden salvar vidas.

Entre las primeras medidas para prevenir la defunción y la discapacidad de las madres figura mejorar los establecimientos médicos, de modo que las mujeres soliciten atención, y ampliar los servicios que están sobrecargados. Es preciso prestar particular atención a llegar a los pobres, a las poblaciones aisladas debido a su ubicación y a las afectadas por la guerra y los desastres naturales.

También tiene importancia crucial movilizar a las familias, las comunidades y los países para que apoyen a las mujeres durante el embarazo y el parto, mediante marcos

fortalecidos de políticas, leyes y reglamentaciones en favor de la salud materna²².

Asimismo, la planificación de la familia tiene importancia crítica para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad de madres. Al satisfacer la necesidad insatisfecha existente en materia de anticonceptivos se reducirían en todo el mundo los embarazos, de modo que la mortalidad materna disminuiría entre 25% y 35%²³. La reducción de los embarazos en la adolescencia también tendría importantes efectos.

Las estrategias para reducir la mortalidad derivada de la maternidad también necesitan el apoyo de medidas más amplias que aborden la salud de la mujer, entre ellas, la mejor nutrición de mujeres y niñas, de modo de crear resistencia y evitar la anemia, combatir las enfermedades infecciosas como el paludismo y evitar la violencia. Las intervenciones en materia de salud reproductiva promueven la salud y la supervivencia de los menores de un año y proporcionan un importante vínculo entre los objetivos de salud para niños y madres.

Dificultades en la medición

La mortalidad derivada de la maternidad es de difícil medición por razones tanto conceptuales como prácticas, pues todas las estimaciones están sujetas a un cierto grado de incertidumbre. En muchos lugares, hay un deficiente registro de datos y las familias y las comunidades tal vez no informen acerca de las defunciones de las mujeres ni de sus causas²⁴.

En general, los métodos utilizados para estimar las cantidades de defunciones maternas (uso de sistemas de registro civil, encuestas por hogares, datos censales y estudios sobre la mortalidad en edad de procrear)²⁵ no proporcionan ni los insumos necesarios para el diseño y el monitoreo de los programas de prevención, ni la información necesaria para determinar la disponibilidad, la cantidad y la calidad de servicios de salud que salvan vidas.

La medición de la morbilidad derivada de la maternidad también entraña problemas por muchas razones: los datos provenientes de establecimientos (por ejemplo, los exámenes de casos en hospitales y las encuestas sobre pacientes dados de alta) tienen desviaciones intrínsecas²⁶; el monitoreo clínico de grandes poblaciones de embarazadas y parturientas en el puerperio es poco práctico; las manifestaciones de las propias pacientes no proporcionan información fidedigna; y debido al estigma y el temor, a menudo las mujeres son renuentes a hablar de la salud en relación con la maternidad y las complicaciones.

Pese a las dificultades, después de la CIPD muchos países han establecido medidas para mejorar la recopilación y el registro de datos y monitorear las defunciones y enfermedades derivadas de la maternidad. Entre esos países cabe

En el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, relativo a mejorar la salud materna, se fija la meta de reducir en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 el índice de mortalidad materna. Además del índice de mortalidad materna—que no incluye la morbilidad materna—, el indicador escogido para la medición del progreso es la proporción de partos con atención de personal capacitado; esto no aborda la posibilidad de que una mujer padezca complicaciones que amenazan su vida y requieren atención de emergencia.

Para la medición de esos aspectos, el Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y la salud de las madres, del Proyecto del Milenio, ha recomendado como meta adicional de la CIPD el acceso universal a servicios de salud reproductiva antes de 2015 mediante los sistemas de atención primaria de la salud. El Equipo de Tareas también recomienda que los países utilicen el primero de los Indicadores de Procesos formulados por la OMS, el UNICEF y el UNFPA en 1997: el número de establecimientos en funcionamiento que ofrecen atención obstétrica integral y básica de emergencia por cada 500.000 habitantes, y la proporción de partos atendidos en servicios de emergencia (a los niveles de atención apropiados). También exhorta a asegurar un acceso equitativo a esos servicios.

mencionar: Angola, la Argentina, Bolivia, Camboya, Cuba, Filipinas, Marruecos, Mozambique, Namibia, Nicaragua, el Senegal, Sri Lanka y Zimbabwe. En San Vicente y las Granadinas se celebra todos los años una conferencia sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales para analizar los datos nacionales²⁷.

Respuestas integrales

Las pronunciadas reducciones de la mortalidad materna en Sri Lanka (a la mitad en tres años) y en Malasia (en tres cuartas partes en 20 años) obedecieron a la creación por etapas de redes accesibles y generalizadas de establecimientos capaces de proporcionar tratamiento en casos de emergencia obstétrica, con el complemento de la capacitación y el despliegue apropiado de parteras profesionales, con servicios de emergencia obstétrica de respaldo estrechamente vinculados a las parteras²⁸. Los gastos no fueron de gran magnitud, pero se prestó atención a establecer un sistema de atención primaria de la salud que llegara a todos los sectores de la población, independientemente de su grupo étnico o su pertenencia de clase, o de las diferencias entre poblaciones urbanas y rurales, de conformidad con las recomendaciones del Programa de la CIPD²⁹. Al adoptar esas medidas, ambos países han tratado de encontrar una combinación apropiada de gastos privados y gastos públicos³⁰.

El Ministerio de Salud de Haití ha establecido el Comité para la Reducción de la Mortalidad Materna, el cual ha formulado un plan nacional. Un modelo de atención obstétrica

integral de emergencia, establecido por ocho hospitales, incluye prevención de infecciones, atención posterior al aborto e integración de los servicios de maternidad con los de planificación de la familia y asesoramiento psicosocial³¹.

Atención prenatal

Si bien no se ha demostrado que un exclusivo enfoque en la atención durante el embarazo tenga efectos directos sobre la mortalidad derivada de la maternidad, la atención prenatal proporciona a las mujeres un importante punto de entrada al sistema de atención de la salud. Ofrece la oportunidad de determinar el estado general de salud de la futura madre, diagnosticar infecciones y ofrecer tratamiento, detectar los casos de anemia y VIH/SIDA, alistar a las mujeres en programas que prevengan la transmisión del VIH a los recién nacidos y prevenir el bajo peso al nacer. Además, las mujeres que obtienen atención prenatal tienen mayores probabilidades de contar con la presencia de personal capacitado durante el parto.

PROGRESO Y VÍNCULOS NECESARIOS CON OTROS SERVICIOS.

Después de la CIPD, se lograron algunos adelantos en cuanto a ampliar las tasas de cobertura prenatal. Según un reciente informe de la OMS y el UNICEF, desde 1990 ha aumentado en un 20% el número de embarazadas que reciben atención prenatal por personal de salud capacitado. El mayor aumento, 31%, se ha registrado en Asia, mientras que en África al Sur del Sahara, el número de mujeres que reciben atención prenatal ha aumentado sólo un 4%.

Actualmente, en los países en desarrollo, más de la mitad de las mujeres realizan al menos cuatro visitas prenatales durante el embarazo (la cantidad recomendada por la OMS), aun cuando las mujeres menos educadas están muy poco representadas en esos grupos. Las mujeres que poseen educación secundaria tienen probabilidades dos o tres veces superiores de recibir atención prenatal que las mujeres carentes de educación. También las mujeres pobres tienen probabilidades muy inferiores de recibir atención prenatal, al igual que de los demás servicios de salud³².

Si bien una buena atención prenatal puede mejorar la salud de la mujer en los períodos inmediatamente anterior e inmediatamente posterior al parto, no tiene efectos apreciables sobre el riesgo de defunción materna, a menos que se vincule con la atención del parto³³. Muchos países están vinculando la mayor atención prenatal con otros servicios para la maternidad sin riesgo. Por ejemplo, Mongolia, donde hay grandes distancias a recorrer y condiciones meteorológicas inclementes, se han creado 316 hogares de reposo para madres, donde las mujeres que se ocupan de ganadería pueden permanecer y recibir atención esencial durante las semanas anteriores al parto³⁴.

Atención por personal capacitado

Las defunciones derivadas de la maternidad, en su mayoría, se deben a complicaciones inesperadas. Pero, a escala mundial, los agentes de salud dotados de conocimientos prácticos necesarios para responder a esas complicaciones sólo están presentes en la mitad de los partos. Proporcionar atención de personal capacitado a todos los partos es la única manera de asegurar que todas las mujeres que padecen complicaciones dispongan de atención obstétrica de emergencia. La atención de personal capacitado durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio puede reducir, según se estima, entre 16% y 33% el número de defunciones debidas a parto obstruido, hemorragia, sepsis y eclampsia³⁵.

Un agente de salud capacitado es alguien que ha recibido capacitación profesional—por lo general un médico, una partera³⁶ o una enfermera—y posee las aptitudes necesarias para atender el trabajo de parto y el parto en condiciones normales, detectar cuanto antes las complicaciones y practicar las intervenciones esenciales requeridas, además de comenzar a dispensar tratamiento y supervisar la remisión de la madre y su recién nacido hasta los establecimientos que puedan proporcionar un nivel más alto de atención, según sea necesario. Las parteras tradicionales (comadronas), hayan o no recibido formación, no se consideran personal capacitado³⁷.

20

MEJORA DE LA SALUD MATERNA EN ZONAS RURALES DEL SENEGAL

Para trasladarse desde la aldea de Goudiry hasta el hospital regional de Tambacoumba (Senegal), las mujeres en trabajo de parto debían recorrer 70 kilómetros por un camino escabroso y no pavimentado, a menudo en carretas tiradas por burros. Ocho de cada diez mujeres que padecían de complicaciones del embarazo no llegaban al hospital a tiempo y muchas perdían la vida.

Esto ocurría antes de 2001, cuando se amplió con apoyo del UNFPA la pequeña clínica de salud de Goudiry y se la transformó en un centro de atención obstétrica dotado de equipo y personal para proporcionar transfusiones sanguíneas y operaciones cesáreas. Esa clínica modelo ya ha salvado las vidas de más de 100 mujeres.

Un anestesiista, 17 enfermeras y varios agentes comunitarios de salud capacitados ofrecen servicios, inclusive información acerca de cuestiones de salud reproductiva. También entregan suministros anti-conceptivos en las zonas circundantes.

En el Senegal, el índice de mortalidad materna es de casi 700 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. El promedio de ginecólogos es de uno por cada 30.000 mujeres en edad de procrear y la mayoría de ellos trabajan en la capital. Las campesinas dan a luz, en promedio, de cinco a seis hijos. Las hemorragias severas y la eclampsia son las principales causas de defunción derivada de la maternidad. El matrimonio precoz, el corte genital femenino y las infecciones de transmisión sexual son factores adicionales que complican el parto para muchas mujeres.

Un agente de salud capacitado puede influir sobre las tasas de mortalidad derivada de la maternidad al utilizar durante el parto técnicas seguras e higiénicas. No obstante, esas medidas no bastarán para prevenir la mayoría de las afecciones que ponen en peligro la vida de la embarazada, las cuales se deben a la demora en el tratamiento de las complicaciones, entre ellas el trabajo de parto prolongado, el desgarramiento del útero o la retención de los productos³⁸.

SISTEMAS DE RESPALDO Y CAPACITACIÓN. Cuando el parto se realiza en el hogar, los agentes de salud capacitados se limitan a una limitada gama de intervenciones. Para ser eficaz, la atención de personal capacitado requiere contar con suministros suficientes y equipo e infraestructura adecuados, así como sistemas eficientes y eficaces de comunicación y de remisión a establecimientos que ofrezcan atención obstétrica de emergencia. También revisten importancia crítica el apoyo político y las políticas apropiadas, entre ellas, capacitación anterior al servicio y durante éste, supervisión y financiación del sistema de salud³⁹. Hay amplia variación en el grado de apoyo y supervisión de los agentes de salud capacitados por parte de los sistemas de atención de la salud.

Después de la CIPD, varios países han adoptado medidas para mejorar la formación de personal capacitado y también para aumentar las cantidades (y las capacidades) de estos en zonas rurales y otras zonas donde los servicios son insuficientes. En la República Islámica del Irán, por ejemplo, las parteras rurales reciben durante seis meses capacitación teórica y práctica y se estipula que antes de ser calificadas como parteras, deben haber atendido al menos 20 partos. En Panamá, se asigna prioridad a impartir capacitación a las parteras que trabajan en zonas rurales y con poblaciones indígenas⁴⁰.

Atención obstétrica de emergencia

Cualquier mujer puede padecer complicaciones durante el embarazo; pero casi todas las complicaciones obstétricas son susceptibles de tratamiento. En gran medida, los índices bajos de mortalidad derivada de la maternidad se deben a que se han detectado sin demora las complicaciones y se les ha proporcionado tratamiento.

LUCHA CONTRA “LAS TRES DEMORAS”. Se ha comprobado que el modelo de “las tres demoras” es útil en el diseño de programas para el tratamiento de las complicaciones obstétricas. Para subsanar las demoras en decidir ir en procura de atención, o en llegar a establecimientos que dispensen atención apropiada, o en recibir atención en esos establecimientos, se requieren procedimientos en secuencia: desde la atención y la preparación prenatal hasta la atención del

parto con posibilidad de efectuar remisiones a establecimientos de mayor capacidad.

Los servicios de atención obstétrica de emergencia pueden clasificarse en dos categorías: básicos e integrales⁴¹. Las funciones de atención básica de emergencia, cumplidas en un centro de salud que carece de quirófano, abarcan: asistencia al parto vaginal; retiro manual de la placenta y de los accesorios retenidos, para prevenir infecciones; y administración de antibióticos para el tratamiento de infecciones y de otros medicamentos para prevención y tratamiento de hemorragias, convulsiones e hipertensión

Los servicios integrales requieren un quirófano y por lo general se ofrecen en un hospital de distrito; abarcan todas las funciones del establecimiento que proporciona atención básica de emergencia, y además pueden incluir cirugía (operaciones cesáreas) para casos de obstrucción del parto y pueden proporcionar transfusiones sanguíneas en condiciones de seguridad para atender a las hemorragias.

Varios países están tratando de incrementar el número de establecimientos que ofrecen atención obstétrica de emergencia básica e integral, además de reforzar la capacidad del personal y la calidad de la atención prestada. Por ejemplo, con el apoyo del UNFPA, Guinea Bissau determinó cuáles son sus necesidades de atención obstétrica de emergencia y formuló planes para acrecentar el número de establecimientos que ofrecen atención básica de emergencia y atención integral de emergencia⁴².

SERVICIOS DE CALIDAD. La calidad de la atención obstétrica de emergencia es la clave del éxito. Es preciso disponer de servicios durante 24 horas al día, siete días a la semana, y de personal bien capacitado y motivado, de suministros esenciales y disposiciones logísticas, de sistemas de transporte y comunicación en funcionamiento y de supervisión continua.

Varios países han asignado prioridad a mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia y elevar su calidad. El Líbano y Omán han fortalecido sus servicios de remisión a establecimientos de más capacidad. El Salvador ha establecido servicios obstétricos modelo de calidad en hospitales y dispensarios. En Jamaica, se proporciona en cada distrito acceso a la atención obstétrica de emergencia, inclusive dependencias especiales para el transporte y la remisión a establecimientos de mayor capacidad⁴³.

Después de la CIPD, varios países de África al Sur del Sahara han impartido al personal de salud capacitación en atención obstétrica esencial: Angola, Benin, Burundi, el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Mozambique, el Níger, Namibia, el Senegal, Swazilandia y Zambia.

En Marruecos, los encargados de los servicios han recibido capacitación para utilizar nuevos protocolos de tratamiento

de emergencias obstétricas. Se han establecido servicios integrales en cinco hospitales rurales, y diez hospitales provinciales han mejorado la calidad de la atención obstétrica de emergencia, lo cual ha redundado en sustanciales aumentos en el número de mujeres que reciben atención apropiada⁴⁴.

MEJORA DEL TRANSPORTE Y REDUCCIÓN DE OTRAS

BARRERAS. Las familias pobres suelen no estar en condiciones de encontrar o sufragar el transporte a un establecimiento médico cuando una mujer comienza su trabajo de parto; y a veces titubean en hacerlo. En Indonesia, el Movimiento de Apoyo a las Madres ha ayudado a las comunidades a reconocer la necesidad de contar con sistemas de transporte de emergencia para las mujeres en trabajo de parto y también ha contribuido a establecer dichos sistemas⁴⁵.

Hay nuevas iniciativas para comprender cuáles son los obstáculos que se oponen al uso de los servicios disponibles y promover la utilización de estos. Un proyecto conjunto de las asociaciones médicas del Canadá y de Uganda, como parte de la Iniciativa para Salvar Madres, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), trabajó en el distrito rural de Kiboga (Uganda) para mejorar la atención obstétrica de emergencia y su utilización.

Aumentó la utilización de personal capacitado, al cual se impartió formación en el hospital del distrito, y se ofreció atención en dispensarios locales durante 24 horas al día; se mejoraron las instalaciones de salud y el acopio de medicamentos y equipo; y se ofrecieron talleres para mejorar las actitudes de los agentes de salud con respecto a los miembros de la comunidad. El UNFPA aportó dos ambulancias.

Como resultado de esas acciones, la necesidad satisfecha de tratamiento para mujeres que padecen complicaciones obstétricas aumentó desde 4% en 1998, al comenzar el proyecto, hasta 47% en el año 2000. Las defunciones derivadas de la maternidad disminuyeron desde 9,4% para quienes recibirían atención obstétrica de emergencia en 1998 hasta un 2% en 1999 y 2000⁴⁶.

Atención posterior al aborto

De aproximadamente 45 millones de abortos inducidos que se practican cada año, unos 19 millones se realizan en malas condiciones (practicados por personal no capacitado, en circunstancias poco higiénicas); en consecuencia, casi 70.000 mujeres pierden la vida, un 13% de las defunciones relacionadas con el embarazo⁴⁷.

Muchos servicios nacionales de salud dedican un alto porcentaje de camas en establecimientos de segundo y tercer nivel para atender a las grandes cantidades de mujeres que requieren tratamiento de emergencia después del aborto. En África al Sur del Sahara, hasta un 50% de las camas de

ginecología son ocupadas por pacientes que padecen complicaciones del aborto⁴⁸.

La CIPD, en un memorable consenso, exhortó a que todas las mujeres dispongan de tratamiento cuando padecen de complicaciones debidas al aborto y a que, además, se les ofrezca asesoramiento psicosocial después del aborto, educación y servicios de planificación de la familia, sea cual fuere la condición jurídica del aborto en el país⁴⁹.

La atención posterior al aborto es eficiente en función de los costos, reduce la reincidencia en el aborto y ayuda a las personas a satisfacer sus aspiraciones en materia de procreación⁵⁰. Actualmente, muchos países reconocen la contribución de esos servicios a salvar vidas de mujeres. Por ejemplo, en las directrices para servicios de salud reproductiva impartidas en Kenya en 1997 se estipula: “El tratamiento sin demora de las complicaciones posteriores al aborto es una importante parte de la atención de la salud, que debería ofrecerse en todos los hospitales a nivel de distrito⁵¹”.

Un consorcio internacional ha adoptado un modelo de atención posterior al aborto, cuyo propósito es ayudar a las mujeres a evitar futuros embarazos no deseados y otros problemas de salud reproductiva, además de atender a sus necesidades de emergencia. El modelo, que fue elaborado por

primera vez por una ONG, *Ipas*, comprende: tratamiento de emergencia para las complicaciones del aborto espontáneo o inducido; asesoramiento y servicios de planificación de la familia; tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; asesoramiento adaptado a las necesidades emocionales y físicas de cada mujer; y alianzas entre las comunidades y los encargados de prestar servicios⁵².

Hay al menos 40 países que después de la CIPD iniciaron programas de atención posterior al aborto, entre ellos: Honduras, Malawi, México y Zimbabwe⁵³. En Egipto, entre 1999 y 2001⁵⁴ aumentó apreciablemente el número de establecimientos de ofrecen atención posterior al aborto, y el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto forma parte ahora de los protocolos de atención obstétrica esencial⁵⁵.

El Departamento de Salud de Myanmar integró la atención posterior al aborto y los servicios anticonceptivos en la atención de la salud a nivel de poblado. Ahora, las parteras efectúan visitas de seguimiento a las mujeres que padecen complicaciones relacionadas con el aborto y proporcionan métodos de planificación de la familia cuando así se les solicita⁵⁶.

DÉFICIT EN LOS SERVICIOS. No obstante, la falta de acceso al tratamiento para el aborto incompleto sigue siendo un problema de grandes proporciones. Un estudio en Etiopía comprobó que sólo 16 de 120 centros de salud estaban en condiciones de responder con transporte de emergencia para prestar asistencia a una mujer necesitada de atención posterior al aborto⁵⁷. La necesidad de atención posterior al aborto es difícil de documentar. En un estudio realizado en hospitales de Kenya se comprobó que el aborto era una frecuente causa de admisión, pero que raramente se lo registraba como causa de defunción, “probablemente debido al estigma que entraña la mortalidad relacionada con el aborto⁵⁸”.

Los tabúes sociales en torno al aborto⁵⁹ y las penalidades establecidas tanto para las mujeres que lo solicitan como para quienes lo practican, son problemas adicionales en muchos países, aun cuando sea legal proporcionar tratamiento posterior al aborto. Un estudio realizado en Zimbabwe comprobó que la razón más comúnmente aducida para no solicitar sin tardanza atención médica a las complicaciones del aborto era el temor de una denuncia a la policía⁶⁰.

La mayor proporción de abortos ilegales corresponde a adolescentes, para quienes el estigma, el bochorno y la desaprobación de los encargados de los servicios pueden tener gran intensidad y disuadir a muchas adolescentes de solicitar tratamiento.

Calidad de la atención de la salud materna

Al igual que lo que ocurre con los programas de planificación de la familia, la calidad es también importante en los progra-



mas de salud materna⁶¹, y puede acrecentar la probabilidad de que las mujeres que se encuentran en situación de emergencia crítica acudan a los establecimientos de salud para recibir una atención que puede salvarles la vida. En México, un estudio de 164 hogares que habían sufrido la muerte de una madre comprobó que la percepción acerca de la calidad de los servicios de salud había sido un factor de gran importancia para demorar la solicitud de atención médica de la mujer en trabajo de parto⁶².

Otros estudios comprobaron preocupaciones similares de posibles usuarias. En Bolivia, muchas mujeres dicen que para ellas, recibir un trato respetuoso tiene importancia crucial y que las actitudes de condescendencia de los encargados de prestar servicios son el mayor factor de disuasión para el uso de dichos servicios de salud materna⁶³. En el Yemen, un estudio de hogares seleccionados al azar comprobó que las mujeres, en zonas tanto rurales como urbanas, preferían el parto en el hogar, pese a reconocer la importancia de sus necesidades médicas, debido a que temían las malas experiencias o ya habían tenido malas experiencias en el pasado con partos en instituciones⁶⁴.

Después de la CIPD, se presta mucho mayor atención a la calidad de los servicios y muchos países han emprendido iniciativas para mejorar la atención de la salud materna. Por ejemplo, con la asistencia de donantes, Azerbaiyán inició un proyecto de maternidad sin riesgo y atención del recién nacido, que abarca fomento de la capacidad del personal de salud, creación de conciencia entre las mujeres y las adolescentes con respecto a estilos de vida saludables, promoción de ámbitos acogedores para las madres y los recién nacidos en las dependencias de maternidad, y especial atención prestada a las poblaciones vulnerables. Los gobiernos de varios países del Caribe han establecido comités o grupos de asesoramiento técnico sobre salud maternoinfantil, integrados por médicos, enfermeras y trabajadores sociales⁶⁵.

Un importante elemento en la mejora de la atención y la superación de las reservas de las clientas con respecto a aprovechar los servicios disponibles es la capacitación de los encargados de prestar servicios, la cual también puede tener efectos positivos sobre el nivel de salud materna⁶⁶. Por ejemplo, un programa de capacitación impartido en Moldova tuvo como resultado que los centros de salud acogieran a los padres u otros miembros de la familia como apoyo a las mujeres en trabajo de parto, que los hospitales de maternidad permitieran visitas de las familias en el posparto, que las mujeres dijeran que habían disminuido las prácticas agresivas y que mayor cantidad de padres y madres asistieran a las nuevas clases sobre el parto⁶⁷.

Y en Ucrania, después de capacitar a 24 instructores, disminuyó la frecuencia del parto inducido y de las operaciones cesáreas, y los encargados de prestar servicios informaron de que percibían que las parturientas estaban más satisfechas⁶⁸. En la Federación de Rusia, la formación de encargados de prestar servicios redundó en un pronunciado aumento del número de clientas que pernoctaban en el hospital después del parto, desde 0,5% hasta 86% un año después⁶⁹.

Los hombres y la salud materna

El apoyo social de los hombres a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto redunda en resultados positivos en cuanto a la salud materna⁷⁰. En Guatemala, los esposos suelen proporcionar atención y apoyo durante el embarazo, acompañar a sus esposas en las visitas prenatales y en general están presentes o muy cerca durante los partos en el hogar; si bien no se permite que acompañen a sus esposas cuando éstas dan a luz en hospitales, participan en los preparativos para el recién nacido⁷¹. En Egipto, las investigaciones indican que al involucrar a los esposos en la atención posterior al aborto se acelera la recuperación de sus esposas, y esto conduce ulteriormente a una mayor utilización de métodos anticonceptivos⁷².

No obstante, muchos hombres que quieren involucrarse en la salud de sus compañeras no pueden hacerlo debido a las reglamentaciones hospitalarias, los horarios de trabajo o la insuficiente comunicación con sus compañeras.

Una táctica eficaz en muchos programas ha sido lograr que los compañeros, los miembros de las familias ampliadas y los miembros de la comunidad asignen más prioridad a la atención de la salud de la mujer durante el embarazo y el puerperio. Por ejemplo, el proyecto *Pati Sampark* en la India imparte a los esposos información acerca del embarazo y el parto y detalla papeles concretos que pueden desempeñar, inclusive proporcionando ayuda en las tareas hogareñas durante el embarazo y haciendo planes con respecto al transporte⁷³.

21

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS CLIENTAS EN EL PERÚ

En una comunidad periurbana del Perú, en el año 2000 los administradores de la clínica de atención primaria de la salud, MaxSalud, estaban preocupados debido a las bajas tasas de utilización por parte de su clientela, mayormente femenina. En un diagnóstico de la situación se comprobó que después de que la partera fue transferida a otra clínica las mujeres titubeaban en solicitar servicios de salud reproductiva del médico ginecólogo, un hombre. Como parte de las medidas para mejorar la calidad de los servicios en la clínica, se redujeron los precios, se inició una enérgica campaña de publicidad para dar a conocer los nuevos honorarios y se volvió a contratar a una partera calificada. Las tasas de utilización de los servicios aumentaron pronunciadamente; las clientas manifestaron que estaban muy satisfechas con los servicios de salud y que preferían que estos fueran prestados por mujeres.

Después de la guerra civil y un desastre natural, en la Provincia de Sofala (Mozambique) el sistema de atención de la salud estaba destruido y tenía escasa capacidad para ofrecer atención de emergencia a las embarazadas. La iniciativa UNFPA/AMDD apoyó la capacitación de personal médico y proporcionó al hospital provincial y a los centros de salud periféricos medicamentos, suministros y equipo. En consecuencia, casi se duplicó el número de mujeres con complicaciones que recibieron una atención apropiada. Gracias a la colaboración de otros donantes, que también aportan fondos, el proyecto se llevará a otras nueve provincias y dentro de poco abarcará todo el país.

El UNFPA y la maternidad sin riesgo

A fin de reducir el número de defunciones y enfermedades de las madres, el UNFPA apoya diversas actividades en países en desarrollo⁷⁴, tomando en consideración la reducción de la pobreza, la gobernabilidad, el desarrollo económico y social y la reforma del sistema de salud.

DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES. En colaboración con el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD), dirigido por la *Mailman School of Public Health*, Columbia University, con el apoyo de la *Bill & Melinda Gates Foundation*, el UNFPA ha realizado diagnósticos de necesidades en el Camerún, Côte d'Ivoire, la India, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Nicaragua, el Níger y el Senegal, entre otros países.

En Nicaragua, el diagnóstico de las necesidades en 125 establecimientos condujo a introducir diversas mejoras en tres regiones de salud, inclusive mejora de las instalaciones físicas, publicación de estándares y protocolos de atención, capacitación del personal y medidas para mejorar la calidad de los servicios. Entre 2000 y 2003, la proporción de mujeres con complicaciones que recibieron atención de emergencia en esas regiones aumentó en un tercio⁷⁵.

CAPACITACIÓN. En todas las regiones hay en curso programas de capacitación de médicos, enfermeras, parteras y anestesiistas en materia de atención obstétrica de emergencia y atención posterior al aborto; además, se capacita a los encargados de prestar servicios para que mantengan registros y recopilen datos. Se ha impartido formación al personal de salud para que evalúe las defunciones y las complicaciones relacionadas con la maternidad. Además, el Fondo ha elaborado materiales técnicos, un curso de aprendizaje a distancia y una lista de verificación de la atención obstétrica de emergencia para los planificadores.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA. El UNFPA ha mejorado las instalaciones físicas y construido otras nuevas, ha proporcionado equipo y suministros y ha adquirido ambulancias y equipos para comunicaciones por radio.

En el estado de Rajasthan (India), con el apoyo de la iniciativa UNFPA/AMDD se renovaron 83 establecimientos de atención obstétrica al servicio de unos 13 millones de personas. Además, se impartió capacitación a 59 equipos de personal de salud en atención obstétrica de emergencia; 12 equipos recibieron capacitación sobre prevención de infecciones. Se establecieron sistemas de gestión de la información para mejorar la supervisión y la evaluación de los servicios. En 2003, las estaciones locales de televisión y los periódicos locales comenzaron a difundir información sobre la maternidad sin riesgo. Gracias a la iniciativa, en un lapso de cuatro años aumentó en un 50% el número de mujeres que recibieron tratamiento, y la India ejecutó proyectos similares en otros estados⁷⁶.

POLÍTICAS Y PROMOCIÓN. El UNFPA, junto con el UNICEF y la OMS, organizó la iniciativa Visión 2010 para determinar la situación de la mortalidad de madres y recién nacidos en países del África central y occidental e inició en América Latina, junto con la Organización Panamericana de la Salud, el Foro para Reducir la Mortalidad Materna. El Fondo ha colaborado con los Ministerios de Salud en la elaboración de guías y protocolos para atención obstétrica de emergencia, políticas nacionales de maternidad sin riesgo y medidas para el monitoreo habitual de los sistemas de remisión de clientas a establecimientos de mayor capacidad.

MOVILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD. El Fondo capacita a voluntarios y promotores de salud a fin de que eduquen a las comunidades acerca de los servicios de maternidad sin riesgo y planificación de la familia; y alienta los planes de transporte patrocinados por las comunidades.



8 Prevención del VIH/SIDA

Trascurridos dos decenios después de la iniciación de la pandemia del SIDA, hay unos 38 millones de personas que viven con el VIH/SIDA y más de 20 millones de personas han fallecido¹. Pese a que se han ampliado la actividades de prevención, cada año se registran unos cinco millones de nuevas infecciones. En los países más afectados, la pandemia está causando un retroceso, después de decenios de adelantos para el desarrollo.

En 1994, el Programa de Acción de la CIPD señaló la gravedad de la pandemia y planteó proyecciones de aumento del número de personas infectadas con el VIH “a 30 millones o 40 millones al final del decenio, si no se aplican estrategias eficaces de prevención²”.

La CIPD exhortó a aplicar al SIDA un enfoque multi-sectorial, inclusive crear conciencia acerca de las desastrosas consecuencias de la enfermedad, proporcionar información sobre los medios de prevención y corregir las “injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad³”. Se reconoció el daño causado por el estigma y la discriminación, así como la necesidad de proteger los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

El Programa de Acción también señaló “las desventajas económicas y sociales” que enfrenta la mujer y la hacen “especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH⁴”. Actualmente, en los países de África, las probabilidades de que una mujer esté infectada con el VIH son 1,3 veces superiores a las correspondientes a un hombre. Las jóvenes de entre 15 y 24 años de edad tienen probabilidades 2,5 veces superiores de estar infectadas que los varones de la misma edad.

Se reconoció que los programas de salud reproductiva son imprescindibles para prevenir el VIH mediante: medidas de

prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; provisión de información, educación y asesoramiento psicosocial para lograr un comportamiento sexual responsable; y un suministro fiable de condones (preservativos).

En 1999, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas examinó la aplicación al cabo de cinco años del Programa de Acción de la CIPD, tomó nota de que la pandemia empeoraba y exhortó a que se asignaran mayores recursos y se intensificaran los esfuerzos para combatir su propagación. Se fijaron metas para reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes y para ampliar el acceso de éstos a la información y los servicios, a fin de prevenir la infección.

Dado que más de las tres cuartas partes de los casos de infección con el VIH son consecuencia de la transmisión por vía sexual y que un 10% adicional se transmite de las madres a sus hijos durante el trabajo de parto o el parto, o mediante el amamantamiento⁵, tiene importancia crucial vincular el VIH y los servicios de salud reproductiva. La pandemia ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de mejorar tanto los servicios de atención primaria de la salud como los de salud sexual y reproductiva.

Efectos y respuesta

El VIH/SIDA se está cobrando un terrible precio entre las personas y las comunidades de países donde son altas las tasas de prevalencia. En algunos países de África al Sur del Sahara, una cuarta parte de la fuerza laboral está infectada con el VIH. Según una estimación, si un 15% de la población de un país está infectado con el VIH (nivel que, según se prevé, será alcanzado por nueve países antes de 2010), el producto

INTEGRAR LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA CON LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Los gobiernos deben velar por que la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como los servicios necesarios, formen parte integrante de los programas de salud reproductiva y sexual en el nivel de los servicios de atención primaria de la salud.

—Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 68

interno bruto ha de disminuir a razón de un 1% anual⁶. Utilizando esta medición, puede calcularse que el PIB de Sudáfrica habrá disminuido en un 17% hacia 2010.

En un reciente informe del Banco Mundial y de la Universidad de Heidelberg se advierte que tal vez el efecto a largo plazo del SIDA sea más nocivo⁷. El SIDA destruye el capital humano, cobrándose vidas de personas en la flor de la edad y también afecta la manera en que se transfieren los conocimientos teóricos y prácticos de una generación a la siguiente. Además, la mortalidad prematura de adultos debida al SIDA debilita las inversiones en educación y reduce la proporción de familias que pueden sufragar el costo de enviar a sus hijos a la escuela.

Según un informe preparado en 2003 por el Grupo de Tareas sobre Prevención Mundial del VIH, un panel internacional de expertos sobre el SIDA, menos de una de cada cinco personas que corren riesgo de infección con el VIH, tiene acceso a medidas de prevención de eficacia comprobada. El informe indicó que si se intensificaran enérgicamente las estrategias preventivas de eficacia comprobada podrían

evitarse 29 millones de los 45 millones de nuevas infecciones previstas hacia 2010⁸.

A lo largo del decenio de 1990, se mejoraron los regímenes de tratamiento del VIH, pero su costo siguió siendo prohibitivo para todos los países, salvo los más ricos. Si bien ahora se adoptan medidas concertadas para ampliar el acceso al tratamiento, inclusive la iniciativa del ONUSIDA, encabezada por la OMS, “3 para 5”, a fin de llegar a tres millones de personas antes de 2005 y reducir los costos de los medicamentos, las personas infectadas, en su gran mayoría, siguen careciendo de acceso a los medicamentos contra los retrovirus (ARV), que podrían transformar al SIDA en una enfermedad crónica.

El Grupo de Tareas sobre Prevención Mundial del VIH, en un informe de fecha junio de 2004⁹, destacó la importancia de integrar las medidas de prevención del VIH en programas ampliados de tratamiento. En el informe se indicó que al aumentar la disponibilidad de terapia contra los retrovirus se logrará que mayor cantidad de personas acudan a los establecimientos de atención de la salud, donde pueden llegarles los mensajes sobre el VIH; pero esto también puede conducir

23

COMBATIR LA DESIGUALDAD

A fin de abordar los desproporcionados efectos del VIH/SIDA sobre las mujeres y las niñas, en una reunión celebrada en febrero de 2004 bajo la presidencia de la Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid, el ONUSIDA emprendió la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. Esta iniciativa de promoción se centrará en prevenir nuevas infecciones con el VIH entre mujeres y niñas, promover el acceso en condiciones de igualdad a la atención y el tratamiento de las infectadas con el VIH, acelerar la investigación sobre microbicidas, proteger los derechos de propiedad y herencia de las mujeres y reducir la violencia por motivos de género.

El programa ONUSIDA, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el UNFPA emitieron en julio de 2004 un informe conjunto, *Women and AIDS, Confronting the Crisis*, en el que se exhorta a los gobiernos y a la comunidad mundial a:

- **Velar por que las adolescentes y las mujeres posean los conocimientos y los medios de prevenir la infección con el VIH**, mediante campañas de promoción que difundan datos básicos acerca de la mayor vulnerabilidad fisiológica de la mujer y disipen mitos nocivos y nociones estereotípicas sobre la masculinidad y la feminidad, adviertan que el

matrimonio no necesariamente ofrece protección contra la transmisión del VIH e involucren a los jóvenes, tanto varones como mujeres, en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

- **Promover el acceso universal y en condiciones de igualdad al tratamiento**, garantizando que las mujeres constituyan un 50% de las personas que tienen acceso a las medidas de tratamiento ampliado, aumentando el acceso en condiciones confidenciales a servicios de detección y asesoramiento voluntarios (VCT) que tomen en cuenta las desiguales relaciones de poder y alienten la detección en los compañeros sexuales, aumenten los servicios de salud reproductiva y sexual y capaciten a los encargados de servicios de salud para que dispensen atención y tratamiento en condiciones sensibles a las cuestiones de género.
- **Promover la educación primaria y secundaria de las niñas y la alfabetización de las mujeres**, eliminando el pago de matrículas escolares, promoviendo una tolerancia nula de la violencia por motivos de género y el acoso sexual, ofreciendo a las mujeres clases de alfabetización centradas en la prevención del VIH/SIDA y la igualdad de género, proporcionando dentro y fuera de las escuelas educación sobre aptitudes para la vida, y preparando currículos que cuestionen los estereotipos de género y promuevan la autoestima en las niñas.

- **Aliviar la carga doméstica desigual que pesa sobre las mujeres y las niñas y sus responsabilidades en el cuidado de los miembros de la familia enfermos y los huérfanos**, promoviendo mecanismos de protección y apoyo para las mujeres que asumen esas responsabilidades, promoviendo papeles de género más equitativos en el hogar, distribuyendo botiquines para la atención en el hogar y estableciendo asistencia y cocinas comunitarias que mitiguen las responsabilidades individuales en el hogar.
- **Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas**, emprendiendo campañas en los medios de difusión sobre tolerancia nula a la violencia, responsabilidad masculina y respeto a la mujer, así como normas sobre comportamientos peligrosos, y proporcionando asesoramiento psicosocial y profilaxis ulterior a todas las mujeres que han padecido violencia sexual.
- **Promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas** aprobando, fortaleciendo y aplicando leyes de protección de sus derechos, denunciando las infracciones ante el Comité de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, protegiendo los derechos de propiedad y de herencia de las mujeres y apoyando los servicios jurídicos gratuitos o de bajo costo para las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.

a un aumento en los comportamientos riesgosos, a menos que en los programas de tratamiento se incorpore el asesoramiento sobre la prevención. El Grupo recomendó que en todos los establecimientos de salud donde las personas tienen acceso a la terapia contra los retrovirus, se ofrezcan servicios de detección y asesoramiento voluntarios (VCT).

FEMINIZACIÓN DE LA PANDEMIA. Actualmente, la mitad de todos los adultos que viven con el VIH/SIDA son mujeres, en comparación con un 41% en 1997. En la región más afectada, África al Sur del Sahara, la proporción se aproxima a 60%. Las crecientes tasas de infección entre las mujeres y las adolescentes trasuntan su mayor vulnerabilidad, debida a factores tanto biológicos como sociales. La falta de equidad por motivos de género y el dominio masculino en las relaciones pueden agravar el riesgo de infección que corren las mujeres y limitar su posibilidad de negociar el uso de condones (preservativos). Debido a la pobreza, muchas mujeres y muchas niñas entablan relaciones sexuales en condiciones de riesgo, a menudo con compañeros de mayor edad.

Esta “feminización” de la epidemia se exagera aún más debido al papel de las mujeres como administradoras del hogar y principales encargadas de atender a los miembros de la familia infectados con el VIH. Entre otros factores que contribuyen a que los efectos sean desproporcionados cabe mencionar la desigualdad jurídica, económica y social que suele padecer la mujer en materia de educación, atención de la salud, oportunidades de ganarse la vida, protección jurídica y adopción de decisiones.

RESPUESTA DE LOS PAÍSES. Entre los países que respondieron a la Encuesta Mundial del UNFPA en 2003, las tres cuartas partes manifestaron que habían adoptado una estrategia nacional sobre el VIH/SIDA y un 36% afirmaron que contaban con estrategias concretas en beneficio de los grupos de alto riesgo. Muchos países han establecido comisiones nacionales para el SIDA y formulado políticas y programas para abordar los efectos de la pandemia. Va en aumento el número de países que adoptan un enfoque multisectorial e involucran a una amplia gama de ministerios, así como a las ONG; pero sólo un 16% de esos países informaron que habían promulgado leyes en apoyo de acciones relativas al VIH/SIDA.

Vínculos entre la prevención del VIH y los programas de salud reproductiva

Dado que la transmisión del VIH, en su mayoría, se realiza por vía del contacto sexual, los servicios de salud reproductiva y sexual y la información al respecto proporcionan un punto de entrada de importancia crítica para prevenir el VIH/SIDA. También proporcionan un conducto y un punto de prestación de servicios para los programas de atención y tratamiento.

Los servicios de salud reproductiva pueden contribuir a prevenir la transmisión del VIH por los siguientes medios: proporcionar educación sobre los riesgos para influir sobre el comportamiento sexual; detectar y proporcionar tratamiento a las infecciones de transmisión sexual (ITS); promover la utilización correcta y sistemática de los condones (preservativos); y contribuir a prevenir la transmisión de la madre al hijo¹⁰. Si se vincula la prevención del VIH con la prevención y el tratamiento de las ITS y los servicios de planificación de la familia y salud materna, es posible mejorar la cobertura de los servicios, reducir el estigma y economizar recursos, aprovechando la infraestructura y los recursos existentes.

Varias iniciativas, principalmente en África, han tratado de vincular los programas de prevención del VIH con los de salud reproductiva¹¹. Pero en muchos lugares, los programas de ambos tipos no están vinculados entre sí.

EXHORTACIÓN A ASUMIR COMPROMISOS. En junio de 2004, el UNFPA, el programa UNAIDS y *Family Care International* convocaron una consulta mundial de alto nivel en que participaron ministros de salud, parlamentarios, embajadores, líderes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones donantes, comunidades y ONG, así como jóvenes y personas que viven con el VIH. A raíz de la reunión se emitió un llamamiento a asumir compromisos en que se destacó “la urgente necesidad de establecer vínculos muchos más fuertes entre la salud sexual y reproductiva y las políticas, programas y servicios relativos al VIH/SIDA”.

En el llamamiento se declaró que reviste importancia crítica establecer vínculos más estrechos—inclusive la provisión de información y servicios sobre la salud reproductiva a todos los beneficiarios de programas sobre el VIH/SIDA, así como de información y servicios sobre el VIH/SIDA todos los beneficiarios de programas de salud reproductiva—a fin de asegurar el éxito en ambas esferas y conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y que esto “conducirá a lograr programas más pertinentes, con mayor eficacia en función de los costos y con mayores resultados”.

EDUCACIÓN SOBRE LOS RIESGOS. Hasta el momento, son pocos los programas de planificación de la familia que se han centrado en posibilitar que los encargados de prestar servicios aborden cuestiones de sexualidad. Por ejemplo, en un estudio recientemente realizado en la República Unida de Tanzania se comprobó que sólo se mencionó brevemente el VIH/SIDA a los clientes de planificación de la familia durante las sesiones de asesoramiento para que efectuaran opciones bien fundamentadas, cuando “se informó a las mujeres de que los condones previenen las ITS, incluido el VIH, mientras que otros métodos no son eficientes al respecto”¹².

La Federación Internacional de Planificación de la

Familia ha capacitado a varias asociaciones de planificación de la familia en cuestiones de sexualidad, género y calidad de la atención¹³. Esas experiencias han demostrado que es posible impartir asesoramiento sobre la sexualidad si los encargados de prestar servicios reciben capacitación adecuada. Por otra parte, en estudios realizados en Kenya y Zambia, los encargados de prestar servicios afirmaron, en su mayoría, que tenían dudas sobre su capacidad para impartir un asesoramiento adecuado a los clientes sobre las necesidades de anticonceptivos, habida cuenta del VIH¹⁴.

Es preciso que los programas capaciten a todos los encargados de prestar servicios a fin de que ayuden a sus clientes a determinar sus riesgos con respecto al VIH y los asesoren para evitar tanto la enfermedad como el embarazo no deseado. La capacitación también debe incluir información correcta sobre los métodos anticonceptivos, que contribuya a disipar los abundantes mitos y rumores.

TRATAMIENTO DE LAS ITS. La presencia de una o más ITS aumenta apreciablemente el riesgo de infección con el VIH. En un reciente estudio realizado en los Estados Unidos se comprobó que el tratamiento de una ITS en una persona infectada con el VIH puede redundar en una reducción del 27% en la transmisión del VIH, aun cuando no haya ningún cambio en los comportamientos¹⁵. Un estudio realizado en la República Unida de Tanzania a mediados del decenio de 1990

mostró que al prevenir las ITS y dispensar tratamiento podría evitarse un 40% de las nuevas infecciones con el VIH¹⁶. El estudio también indicó que la publicidad de base comunitaria, la notificación a los compañeros sexuales y las disposiciones para ofrecer tratamiento podrían reducir la propagación de las ITS.

Los programas de salud reproductiva pueden educar a los usuarios de los servicios acerca de las ITS, sus síntomas y sus vías de transmisión, así como sobre los comportamientos saludables. Con todo, se ha demostrado que es difícil detectar las ITS y dispensar tratamiento. Las mujeres que padecen ITS, en su mayoría, no presentan síntomas y, en consecuencia, se ha comprobado que las medidas para detectar y ofrecer tratamiento en servicios de salud reproductiva son de poca utilidad para las mujeres¹⁷. En consecuencia, las ITS no sólo no han recibido suficiente atención en los programas de salud reproductiva o de lucha contra el VIH¹⁸, sino que es muy poco lo que han hecho los ministerios de salud para que se la incluya¹⁹. La reciente aparición de métodos de detección de las ITS comunes menos costosos podría contribuir a subsanar esta deficiencia.

Condomes (preservativos)

Los condones, tanto masculinos como femeninos, son componentes esenciales de las acciones de prevención entre la población sexualmente activa. Los programas pueden alentar

el uso de condones para la protección contra el embarazo no deseado y contra ITS, así como contra el VIH, y pueden informar a los clientes de que los anticonceptivos que no sean de barrera no previenen la transmisión del VIH. El uso correcto y sistemático de los anticonceptivos tiene importancia crítica: en un estudio realizado en Uganda, ninguna de las 350 mujeres que afirmaron que utilizaban sistemáticamente condones pasó a tener reacción serológica positiva al VIH, pero la incidencia fue apreciable entre las mujeres que manifestaron que el uso había sido irregular²⁰.

Pero las dificultades que obstan a una mayor utilización de condones son de gran magnitud. Hay grandes déficit en el suministro, en comparación con las necesidades actuales; es frecuente que las existencias se agoten; y se



dispone de limitados recursos para que los programas inculquen comportamientos sexuales menos riesgosos. Otros factores que obstan al uso de condones son los mitos prevalentes, las percepciones erróneas y los temores.

Para velar por un suministro continuo y costeable de condones de alta calidad es preciso contar con pronósticos de las necesidades, adquisición, gestión logística y control de calidad. Para promover el uso de condones también es preciso comprender las necesidades y preferencias de las personas, así como el ámbito sociocultural de las comunidades y los países.

EL CONDÓN FEMENINO. Fue introducido en el decenio de 1990 y ha aumentado las limitadas opciones de las mujeres en cuanto a medios de protección. Su uso más amplio ha quedado obstaculizado por su precio, que es diez veces superior al del condón masculino²¹. Si bien las pruebas recogidas sugieren que el condón femenino puede volver a utilizarse hasta siete veces, si se lo limpia correctamente con desinfectante, actualmente la OMS recomienda que se lo utilice por única vez hasta que se disponga de más datos sobre las condiciones de seguridad de su reutilización²².

Se han proporcionado más de 19 millones de condones femeninos a más de 70 países. El Brasil, Ghana, Namibia, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe cuentan con programas de gran magnitud. Un estudio realizado en Costa Rica, Indonesia, México y el Senegal comprobó que el condón femenino es más aceptable cuando los hombres ya apoyan la planificación de la familia y perciben que los demás hombres apoyarían el uso del método y también cuando las trabajadoras del sexo ya tienen aptitudes para negociar condiciones menos riesgosas en las relaciones sexuales y cuando se considera que el condón femenino es preferible al condón masculino²³. Esto sugiere que “la comercialización debería centrarse en las mujeres que pueden negociar eficazmente el uso de condones femeninos con sus compañeros, además de alentar a los hombres a aceptar ese dispositivo²⁴”.

Las investigaciones al respecto prosiguen y hay indicios de que dentro de pocos años podría disponerse de una nueva generación de condones femeninos menos costosos.

DIFICULTADES EN NEGOCIAR EL USO DE CONDONES. Los datos recogidos en la República Unida de Tanzania indican que la prevalencia del VIH/SIDA es mayor entre las mujeres casadas y monógamas que entre las mujeres solteras sexualmente activas. Las mujeres casadas, particularmente cuando son jóvenes, suelen carecer de poder para negociar el uso del condón, aun cuando sepan que sus esposos tienen o han tenido múltiples compañeras sexuales; es más probable que esas mujeres negocien el uso del condón si éste es ampliamente aceptado como importante complemento de una protección integral.

Recientemente, un proyecto realizado en Lusaka (Zambia) que proporciona condones para la protección contra el VIH, amplió su ámbito para ofrecer otros anticonceptivos solicitados por los clientes, debido a que los servicios de planificación de la familia eran insuficientes. El uso de condones siguió siendo alto. En verdad, el personal de los programas comprobó que los usuarios de otros tipos de anticonceptivos tenían mayores probabilidades de utilizar al mismo tiempo condones y que los usuarios de condones tenían dos veces más probabilidades de comenzar a utilizar otras formas de anticoncepción, cuando éstas se les ofrecían. El director del proyecto dijo: “Todo lo que teníamos que hacer para aumentar el uso de anticonceptivos era facilitar más el acceso”.

Según el director, a fin de dar publicidad a esos nuevos servicios se captó a las parejas que acudían al centro para que trabajaran como agentes de difusión. “Les otorgamos una remuneración para que se pusieran en contacto con sus amigos y les comunicaran lo que estábamos haciendo. También hemos distribuido puerta a puerta invitaciones para acudir al centro y aproximadamente una tercera parte de quienes recibieron esas invitaciones vinieron al centro”.

En investigaciones realizadas en Sudáfrica se comprobó que las mujeres que habían utilizado un condón la última vez que habían tenido relaciones sexuales tenían probabilidades casi dos veces superiores que las mujeres que no los habían utilizado de saber que el condón protege contra el VIH²⁵. Las mujeres con mayores probabilidades de utilizar condones también eran jóvenes, más educadas y residentes en zonas urbanas. Las mujeres con compañeros sexuales ocasionales tenían probabilidades cuatro veces superiores de haber utilizado un condón que las mujeres que más recientemente habían tenido relaciones sexuales con sus esposos; la probabilidad de que lo hubieran utilizado las mujeres en relaciones sexuales regulares con compañeros no conyugales eran el doble.

Es necesario que los encargados de prestar servicios de planificación de la familia y atención prenatal ayuden a las clientas a desarrollar aptitudes de comunicación y negociación con sus compañeros, de modo que puedan protegerse adecuadamente a sí mismas contra la transmisión del VIH.

PROTECCIÓN DOBLE. Los encargados de prestar servicios deberían estar familiarizados con la protección doble, una estrategia para prevenir al mismo tiempo la transmisión del VIH o las ITS y el embarazo no deseado, mediante o bien el uso exclusivo del condón, el uso del condón combinado con otros métodos para tener una protección adicional contra el embarazo (doble uso), o la evitación de actividades sexuales consideradas de alto riesgo. Es posible ampliar el mensaje sobre la doble protección a fin de incluir la salvaguarda de la fecundidad mediante la prevención y la lucha contra las ITS, un mensaje particularmente pertinente para las mujeres jóvenes que aún no han comenzado a procrear²⁶.

Nazret (Etiopía) es una localidad en una activa autopista utilizada por camiones entre Addis Abeba y Djibouti, donde es frecuente encontrar trabajadoras del sexo. Según se estima, de los adultos en la zona, un 18,7% están infectados con el VIH. Para comprender mejor y abordar esta alta tasa de prevalencia, la Asociación de Orientación Familiar de Etiopía comenzó ofreciendo servicios de detección y asesoramiento voluntarios durante dos días por semana en su clínica de salud reproductiva en Nazret, que atiende unos 100 clientes por día.

Las conversaciones con miembros de la comunidad y los encargados de prestar servicios pusieron de manifiesto la necesidad de integrar el asesoramiento y la detección voluntarios con otros servicios. Algunos clientes afirmaron que no visitarían centros independientes de asesoramiento y detección voluntarios debido al estigma adscrito a la enfermedad, pero los utilizarían si estuvieran integrados en una clínica de salud reproductiva. Se elaboraron planes para detectar, brindar asesoramiento antes y después de la detección, educar a la comunidad sobre la prevención del VIH, dispensar tratamiento a las infecciones oportunistas más comunes y proporcionar remisiones a establecimientos de mayor capacidad que ofrezcan atención y apoyo.

Se impartió al personal de la clínica capacitación sobre el VIH/SIDA y también se impartió información a las enfermeras sobre la manera de diagnosticar y tratar las ITS. Se estableció un servicio de base comunitaria para distribuir condones y se capacitó a trabajadores de difusión para que promovieran su utilización. Se involucró a instituciones locales en la creación de un mecanismo para proporcionar apoyo médico, social y económico a clientes que tienen reacción serológica positiva. También se establecieron sistemas de monitoreo y evaluación.

Más de la mitad de los clientes de los servicios de asesoramiento y detección voluntarios son hombres, y un 43% son jóvenes. Aproximadamente un 20% de las pruebas de detección arrojan resultados positivos, una tasa de prevalencia similar a las registradas en otros servicios de asesoramiento y detección voluntarios en la misma zona.

MICROBICIDAS. Se están desarrollando microbicidas para proteger a las mujeres contra la transmisión del VIH, pero se prevé que aún se tardará varios años en lograr buenos resultados. Para las mujeres que carecen de posibilidades de negociar el uso de condones, la introducción de un microbicida aumentaría en gran medida sus posibilidades de protegerse a sí mismas contra la infección. Según la Campaña Mundial pro Microbicidas, se estima que ya en 2007 podría disponerse de un producto y que en los países en desarrollo, en un lapso de tres años podrían evitarse 2,5 millones de infecciones con el VIH si se utilizara un microbicida con una eficacia del 60%²⁷.

Detección y asesoramiento voluntarios

Los programas de detección y asesoramiento voluntarios (VCT) posibilitan con sensibilidad y en forma confidencial que las mujeres y los hombres conozcan cuál es su estado de salud y sus riesgos, de modo de promover adaptaciones saludables en los comportamientos. Esos programas son un medio

eficaz de prevenir la transmisión del VIH y un importante punto de entrada para el tratamiento de las enfermedades asociadas al VIH, la prevención de la transmisión de la madre al niño, la lucha contra la tuberculosis y el apoyo psicosocial y jurídico.

Varios proyectos piloto realizados en Côte d'Ivoire y la India indican que al integrar el asesoramiento y la detección voluntarios en los servicios de salud sexual y reproductiva se reduce el estigma asociado con el VIH/SIDA, se intensifica la conciencia sobre los comportamientos sexuales saludables y se acrecienta el acceso a los servicios y su utilización. No obstante, con demasiada frecuencia tales programas de detección y asesoramiento voluntarios se han introducido en forma aislada y sin vinculación con otros servicios²⁸.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL HIJO.

Los programas de salud reproductiva pueden ayudar a prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo, evitando la infección de las mujeres, velando por que las mujeres y los hombres infectados con el VIH dispongan de información sobre cuáles son sus opciones y sus riesgos para que puedan efectuar opciones bien fundamentales, y proporcionando acceso a las terapias contra los retrovirus, además de una gama de métodos anticonceptivos que contribuyan a apoyar esas decisiones.

En muchos lugares, el embarazo suele ser una de las pocas oportunidades en que las mujeres acuden a servicios de salud y esto proporciona una excelente oportunidad para la prevención de la infección con el VIH, especialmente debido al asesoramiento y la detección voluntarios. Los servicios integrados de prevención del VIH y salud de las madres pueden promover el uso de condones, dispensar tratamiento a las ITS y proporcionar atención prenatal y postnatal, atención del parto en condiciones de seguridad y asesoramiento sobre la alimentación del recién nacido.

Hay una gran necesidad de aumentar la escala de las iniciativas para prevenir la transmisión de la madre al hijo, pues actualmente esos servicios sólo están al alcance de un pequeño porcentaje de mujeres²⁹.

Principales problemas

AMPLIAR EL ACCESO AL TRATAMIENTO. En los últimos dos años, se cambió el enfoque de los programas relativos al VIH/SIDA debido a las promesas de mayores contribuciones financieras para servicios de tratamiento y a la creciente disponibilidad de medicamentos genéricos contra los retrovirus. La OMS y sus copartícipes en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han abordado el enorme reto de dispensar tratamiento a tres millones de personas con medicamentos contra los retrovirus antes de 2005³⁰. En 2003, sólo 100.000 africanos estaban recibiendo

medicamentos contra los retrovirus, un 2% de un total estimado en 4,4 millones de personas que necesitaban el tratamiento. En el África meridional y oriental, un 7% de quienes necesitaban tratamiento estaban cubiertos por servicios que dispensaban medicamentos contra los retrovirus.

Los Estados Unidos han prometido aportar fondos a 15 países de África y el Caribe para ofrecer tratamiento a dos millones de personas en los próximos cinco años, como parte de una nueva iniciativa con el propósito de prevenir siete millones de nuevas infecciones y proporcionar atención y apoyo a diez millones de personas que viven con el VIH/SIDA.

La OMS y el programa ONUSIDA reconocen que las iniciativas sobre tratamiento constituyen un compromiso a largo plazo. “Es preciso garantizar a todos quienes hayan comenzado una terapia contra los retrovirus la provisión de esos medicamentos a lo largo de toda su vida. Por consiguiente, “3 para 5” sólo representa un comienzo de las acciones continuas para ampliar la escala de la terapia contra los retrovirus y fortalecer los sistemas de salud³¹”.

La rápida ampliación del tratamiento requerirá fortalecer de inmediato los sistemas de salud—lo cual puede beneficiar también a los programas de salud sexual y reproductiva—y aumentar el número de encargados de prestar servicios de salud (uno de los objetivos de la iniciativa “3 para 5”).

Si se dispone más ampliamente de tratamiento, esto contribuirá a las acciones de prevención del VIH, dado que quienes reciben tratamiento contra los retrovirus tienen menores probabilidades de propagarlo y puesto que la pro-

visión de esos medicamentos crea oportunidades para comunicar mensajes de prevención y proporcionar condones. Pero es imprescindible intensificar el apoyo a los programas de prevención y también integrar la prevención en las iniciativas de tratamiento.

Otra necesidad fundamental es intensificar las precauciones universales (inclusive los procedimientos de seguridad y la eliminación correcta de guantes de caucho y objetos afilados). Actualmente, aun cuando los encargados de prestar servicios conocen las precauciones contra la transmisión del VIH, a menudo suelen carecer de guantes de protección y de medicamentos contra los retrovirus (en caso de perforaciones con agujas u otros accidentes). En un estudio reciente en Zambia se comprobó que las clínicas carecían de directrices sobre seguridad o de botiquines de profilaxis después de que las personas hubieran estado expuestas al virus. Cuando había escasez de guantes, se indicó a los clientes que debían adquirirlos. Si se abordara el riesgo laboral, se podría reforzar la moral del personal y mejorar la atención de los clientes³².

PRIORIDADES DE PREVENCIÓN. Un estudio reciente sobre la incidencia del VIH en Camboya, la Federación de Rusia, Honduras, Indonesia y Kenya sugiere que la prevención debe centrarse en un cuidadoso análisis de dónde están ocurriendo las infecciones, y no simplemente en categorías generales de grupos en situación de riesgo³³. Por ejemplo, en Camboya, las nuevas infecciones contraídas como resultado de relaciones sexuales comerciales han disminuido, mientras que ha

26

REDUCIR LAS TASAS DE INFECCIÓN CON EL VIH: LECCIONES DE UGANDA

La prevalencia del VIH en Uganda llegó a un máximo de 15% en 1991 y posteriormente descendió hasta 5% hacia 2001. Esta declinación se ha atribuido a las acciones preventivas en varios frentes, en un enfoque combinado de la salud pública en pro del cambio de los comportamientos, descrito como enfoque “ABC” por sus siglas en inglés: promoción de la abstinencia, reducción del número de compañeros sexuales (llamado también “promoción de la fidelidad”), y uso sistemático y correcto del condón, además de proporcionar servicios de asesoramiento y detección voluntarios.

Abstinencia. Los datos indican que los jóvenes ugandeses están aplazando cada vez más el comienzo de las relaciones sexuales. Entre 1989 y 2000, la edad al comenzar las relaciones sexuales aumentó desde 15,9 hasta 16,6 años entre las jóvenes y desde 17,3 hasta 18,5 años entre los varones. Parte de este resultado puede

atribuirse a la educación para promover la abstinencia y aumentar los conocimientos acerca de la enfermedad.

No obstante, la proporción de personas sexualmente activas sólo disminuyó sustancialmente entre las adolescentes de 15 a 17 años de edad y no en otros grupos. En el año 2000, casi la mitad de todas las mujeres solteras tenían experiencia sexual, una proporción igual a la registrada a finales del decenio de 1980; sólo poco más de la mitad de los hombres solteros no tenían experiencia sexual, lo cual representó una disminución de una tercera parte.

Guardar fidelidad (reducir el número de compañeros sexuales). Entre 1989 y 1995 aumentó la monogamia, especialmente entre las mujeres solteras sexualmente activas, pero posteriormente se registraron pocos cambios. Se redujo a la mitad la proporción de mujeres que tenían múltiples compañeros sexuales, pero esa reducción se produjo a partir de niveles que ya eran bajos. En cambio, más del 25% de los hombres solteros sexualmente activos tenían múltiples compañe-

ras sexuales. En algunos grupos de edades aumentó la proporción de hombres casados que tenían múltiples compañeras sexuales, pero esa proporción disminuyó en otros grupos de edades.

Uso del condón. En el decenio de 1990 hubo cambios pronunciados en el uso del condón, particularmente entre hombres y mujeres solteros. Antes de 1989, el uso registrado para uno y otro sexo era de mínima magnitud. Hacia 1995 había aumentado hasta el 8% entre las mujeres y el 11% entre los hombres. Los aumentos posteriores fueron notables, particularmente en los grupos de edades más jóvenes (y más vulnerables).

El uso de condones por parte de mujeres de 15 a 17 años de edad sexualmente activas aumentó desde 6% hasta 25% y entre 18 y 19 años de edad, desde 3% hasta 12%. En lo tocante a los varones de entre 15 y 17 años de edad, el uso de condones aumentó desde 16% hasta 55% y entre 18 y 19 años de edad, desde 20% hasta 33%. Los datos recogidos recientemente sugieren que ha continuado el aumento en el uso del condón.

aumentado desde 11% hasta 46% la proporción de nuevas infecciones ocurridas dentro del matrimonio. No obstante, la transmisión inicial del VIH sigue estando fuertemente relacionada con las trabajadoras sexuales y la mayoría de las personas infectadas son aquellas cuyos compañeros sexuales han tenido comportamientos de alto riesgo en el pasado. Por consiguiente, es preciso que la prevención haga hincapié tanto en las trabajadoras sexuales como en la prevención dentro del matrimonio.

PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. También tiene importancia crítica que la mayor atención prestada a la prevención del VIH/SIDA y su tratamiento no vaya en detrimento de otros servicios de salud sexual y reproductiva e información al respecto. Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 2003 sugieren que esto ha sucedido en Kenya, donde el programa de planificación de la familia había logrado adelantos en el decenio de 1990. La prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó sostenidamente, desde 27% en 1989 hasta 39% en 1998, pero posteriormente no ha aumentado.

En circunstancias de una alta prevalencia del VIH, tiene importancia crítica continuar apoyando la planificación de la familia, que es un componente esencial para reducir la transmisión de la madre al hijo. En recientes estudios en Kenya y Zambia se comprobó que los encargados de servicios de planificación de la familia, los clientes de servicios de atención prenatal y planificación de la familia y las mujeres infectadas con el VIH, consideraron todos que era necesario aumentar los servicios de planificación de la familia para evitar los embarazos no deseados³⁴.

Al mismo tiempo, es necesario que los encargados de los servicios respeten los derechos de todas las personas, incluidas las infectadas, de adoptar sus propias decisiones acerca de la procreación y que se les proporcione acceso a información fidedigna y trato compasivo para que puedan hacerlo. En muchos casos, se dijo a las mujeres infectadas con el VIH que no debían tener hijos. Este trato discriminatorio conduce a que muchas mujeres no revelen a los agentes de salud que están infectadas.

PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN. En un estudio reciente se comprobó que “muchas reformas del sector de salud han separado entre sí los programas de educación sobre la sexualidad, [servicios de salud reproductiva] y los programas para ITS/VIH/SIDA, asignando responsabilidades al respecto a diferentes ministerios o distintas dependencias de los Ministerios de Salud, lo cual también crea una rivalidad potencial para el control del presupuesto y la financiación³⁵”.

En 2001, en un diagnóstico de la situación en la región de Kaolack (Senegal) se comprobó que había pocas pruebas de la integración de servicios de planificación de la familia o salud

El proyecto de promoción e investigación *Positive Women: Voices and Choices*, elaborado por la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH/SIDA, está estudiando los efectos del VIH/SIDA sobre las vidas sexuales y reproductivas de las mujeres, cuestionando la conculcación de sus derechos y propugnando mejoras en las políticas y los servicios.

En Zimbabwe, uno de los tres países que abarcó el proyecto, éste se realizó entre 1998 y 2001. En general, las mujeres con reacción serológica positiva al VIH no tenían conciencia de su riesgo antes de las pruebas de detección. Las normas de género y la dependencia económica respecto de sus esposos o compañeros restringieron el control de las mujeres sobre sus vidas sexuales y reproductivas. Debido a los prejuicios, las mujeres infectadas pero sexualmente activas y que tenían hijos, no revelaron su situación a los agentes de salud, lo cual dificultó el atender sus necesidades. No se consideraba apropiado utilizar condones dentro del matrimonio.

Las mujeres más jóvenes querían tener hijos, mientras que las mujeres de más edad que ya tenían varios hijos querían limitar la procreación, después del diagnóstico con el VIH. Entre las mujeres que asistieron a los grupos de apoyo aumentó pronunciadamente la utilización de condones y anticonceptivos. El proyecto afirmó que las mujeres infectadas con el VIH necesitan mejores oportunidades económicas, atención del embarazo y el parto integrada con los servicios de planificación de la familia y servicios para la atención de las ITS y el VIH.

maternoinfantil con los de atención de las ITS/VIH/SIDA. “La obvia falta de disponibilidad de servicios para el VIH/SIDA en las estructuras de atención de la salud y de la comunidad en los distritos demuestra una vez más que la falta de descentralización de esas actividades está obstaculizando toda posibilidad de considerar la integración en esos niveles³⁶”.

Las reformas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud, inclusive la creación de conjuntos de servicios mínimos, debería asegurar que los servicios de prevención y tratamiento del VIH/SIDA se incluyan en los de planificación de la familia³⁷.

Los encargados de prestar servicios de salud, que enfrentan crecientes volúmenes de trabajo y a menudo, reducciones en la plantilla de personal, deben estar en condiciones no sólo de proporcionar anticonceptivos a los clientes, sino también de detectar los problemas conexos en materia de salud reproductiva. Necesitan espacios para examinar y asesorar los pacientes en privado y necesitan suministros y equipo, que a menudo están ausentes en las clínicas de países en desarrollo, entre ellos guantes, espéculos, luces localizadas y jeringas para anticonceptivos inyectables.

Asimismo, los encargados de servicios de salud a menudo necesitan recibir educación acerca del VIH/SIDA para poder superar sus prejuicios y es preciso capacitarlos para que comuniquen mensajes de prevención y ayuden a las personas que acuden a los servicios a determinar cuál es su riesgo de infección.

CAMBIOS EN LOS COMPORTAMIENTOS. La lucha contra el VIH/SIDA requiere abordar los factores intrínsecos, socioeconómicos, culturales y de comportamiento, que contribuyen a la propagación de la enfermedad, inclusive la falta de trabajo remunerado, en particular para las mujeres, las políticas de empleo y migración que obligan a muchas personas a emigrar para obtener empleo, la violencia por motivos de género y la trata de mujeres³⁸.

El cambio en los comportamientos es un proceso gradual y polifacético, que requiere que se mejore la salud y se reduzcan los riesgos en diversas poblaciones, tanto de jóvenes como de personas casadas y solteras. Como lo demuestra la experiencia en el Senegal y Uganda³⁹, para promover comportamientos responsables, voluntarios y menos riesgosos se requieren acciones amplias y multisectoriales que fomenten las alianzas entre la administración central y los gobiernos locales, el sector privado, los copartícipes en el desarrollo, los líderes culturales y una amplia gama de organizaciones de la sociedad civil.

Un proyecto en Zimbabwe está tratando de ofrecer protección financiera a las niñas para que se resistan a entablar relaciones sexuales con hombres de mayor edad (los llamados “gavilanes”), quienes aportan apoyo a cambio de relaciones sexuales⁴⁰. El programa ofrece capacitación en aptitudes para la vida y enseñanza de oficios, préstamos y empleos, vinculados con la educación acerca de la salud reproductiva y la negociación sobre el uso del condón. Un estudio determinará los efectos de ese programa sobre el VIH, las ITS, el comienzo de la actividad sexual y el embarazo.

LLEGAR A GRUPOS EN SITUACIÓN DE ALTO RIESGO. En los últimos años se ha prestado cada vez mayor atención a llegar a los grupos en situación de alto riesgo respecto del VIH/SIDA con información sobre prevención o tratamiento y atención. De los países que respondieron a la Encuesta Mundial del UNFPA, la mayoría manifestaron que habían realizado programas para llegar a determinados grupos, entre ellos las trabajadoras del sexo, los toxicómanos por vía endovenosa, los camioneros que transportan cargas a larga distancia, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los niños de la calle, los soldados y los trabajadores migrantes, así como los adolescentes y los jóvenes.

Con frecuencia, las ONG son aliados clave o iniciadores. En Kenya, por ejemplo, un proyecto que ofrece educación y asesoramiento sobre comportamientos sexuales responsables y utilización de condones y proporciona alternativas económicas, ha llegado a 15.000 trabajadoras del sexo y sus clientes. En Bangladesh, diversas organizaciones proporcionan servicios de salud sexual a las trabajadoras comerciales del sexo⁴¹.

Los países de América Latina han desplegado actividades particularmente intensas para educar a los miembros de las

Recientemente, finalizó en Sierra Leona una guerra que duró más de diez años y perturbó gravemente todos los sectores de la sociedad. Quedaron desarraigadas casi las dos terceras partes de la población, se generalizaron los casos de violación y abuso sexual, y miles de niñas y mujeres que perdieron sus familias recurrieron al trabajo sexual para poder sobrevivir. Actualmente, la mayor vulnerabilidad de las personas al VIH/SIDA ha pasado a ser cuestión prioritaria.

El UNFPA ha respondido mediante una iniciativa coordinada que tiene como destinatarios a diferentes grupos e involucra a diversos agentes nacionales y oficinas gubernamentales. El objetivo general es reducir el riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras ITS, reducir la necesidad de que las mujeres recurran al trabajo comercial del sexo, mitigar la pobreza y realzar la vida en familia y la seguridad comunitaria.

El enfoque integral del UNFPA, en alianza con el Gobierno, el programa ONUSIDA, el Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, el UNIFEM y otros aliados, abarca lo siguiente:

- Organizar talleres y otras iniciativas para promover la prevención del VIH/SIDA entre los agentes de policía de Sierra Leona, los militares nacionales, los agentes internacionales para mantenimiento de la paz y los soldados desmovilizados;
- Promover la prevención del VIH/SIDA entre las trabajadoras del sexo, impartiendo a la vez educación sobre salud y aptitudes para ayudarlas a encontrar otras fuentes de ingresos;
- Fortalecer la capacidad de las ONG copartícipes;
- Promover la prevención del VIH/SIDA entre las poblaciones de refugiados y personas internamente desplazadas;
- Establecer un suministro de sangre no contaminada.

En 2003, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas reconoció esa iniciativa múltiple y apoyada por diversos partidos como posible avance para responder al VIH/SIDA en la reconstrucción posterior a las hostilidades, congregando a todos—excombatientes, personal militar y personal internacional de mantenimiento de la paz—para promover mejores condiciones de salud y de prevención del VIH. El UNFPA y sus aliados están aplicando enfoques similares en países vecinos, entre ellos Liberia y la República Democrática del Congo.

fuerzas armadas, de modo de contrarrestar la infección con el VIH/SIDA y su mayor propagación⁴².

LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y EL PREJUICIO. Las personas que viven con el VIH/SIDA siguen enfrentando el estigma y la discriminación jurídica y social en todas las regiones. Ghana, Sudáfrica y Uganda figuran entre los países que han iniciado programas contra este importante obstáculo para combatir la epidemia. Las Bahamas son uno de los países que han proscrito la discriminación en el lugar de trabajo contra las personas infectadas con el VIH.



9 Adolescentes y jóvenes

Asegurar la salud y el bienestar de los adolescentes y los jóvenes del mundo, dotarlos de aptitudes para la vida y crear oportunidades de educación y empleo para ellos es imprescindible para responder a los problemas de desarrollo del siglo XXI. La CIPD prestó una atención sin precedentes a las diversas necesidades de los adolescentes con respecto a la salud reproductiva, como prioridad de derechos humanos y, al mismo tiempo, como necesidad práctica.

Desde 1994 y especialmente en los últimos años, muchos países han logrado adelantos notables en cuanto a abordar los problemas, a menudo delicados, de salud reproductiva de los adolescentes, inclusive sus necesidades de información y servicios para posibilitar que los jóvenes prevengan el embarazo no deseado y la infección. Esas medidas se están adoptando cada vez más como parte de un enfoque más amplio e integral encaminado a llegar a los jóvenes en diversas situaciones y dotarlos de lo que necesitan para conformar su propio futuro.

Pero subsisten enormes problemas. Una de cada cinco personas en todo el mundo—1.300 millones en total—es un adolescente (entre 10 y 19 años de edad), parte de la mayor generación de jóvenes registrada en la historia. La mitad de ellos son pobres y una cuarta parte vive con menos de un dólar diario. Muchos tienen actividad sexual, pero con frecuencia carecen de las facultades, los conocimientos o los medios para protegerse, y de la oportunidad de orientar sus energías hacia esferas más productivas de sus propias vidas.

Corresponden a los jóvenes (15 a 24 años de edad) la mitad de todas las nuevas infecciones con el VIH, a razón de 2,5 millones por año, y entre ellos, corren especiales riesgos las niñas y las jóvenes. Pese a que en muchos países del mundo se registra una tendencia a aplazar el matrimonio, sigue habiendo millones de niñas de quienes se espera que contraigan matrimonio y comiencen a procrear antes de cumplir 20 años, y con frecuencia antes de que sus cuerpos estén preparados.

LOS ADOLESCENTES Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. Posibilitar que los jóvenes aplacen el embarazo no sólo es un imperativo en materia de salud y derechos humanos, sino que es también la clave para amenguar el continuo impulso de crecimiento de la población y posibilitar que los países en desarrollo recojan los beneficios económicos

que pueden aportar las más bajas tasas de fecundidad; por consiguiente, esas iniciativas deben tener prioridad en el empeño mundial por erradicar la pobreza y conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el Capítulo 2).

Otras medidas esenciales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la igualdad de género, la mortalidad en la infancia, la salud de las madres y el VIH/SIDA, es efectuar inversiones en la salud y la educación de los jóvenes y el desarrollo de sus aptitudes y posibilitar que las niñas sigan asistiendo a la escuela y aplacen el momento de contraer matrimonio.

Puesta en práctica del consenso de la CIPD

La CIPD abordó las cuestiones de salud reproductiva de los adolescentes, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto realizado en malas condiciones y las ITS, incluido el VIH/SIDA, mediante la promoción de comportamientos responsables y saludables en cuestiones reproductivas y sexuales, inclusive la abstinencia voluntaria, y la provisión de servicios apropiados y asesoramiento concretamente adaptado a ese grupo de edades. La CIPD también propuso reducir sustancialmente el número total de embarazos en la adolescencia¹.

En el Programa de Acción se reconoció que las deficientes oportunidades educacionales y económicas, la violencia por motivos de género, el embarazo precoz y la explotación sexual agravan la vulnerabilidad de los adolescentes, en especial las niñas, a los riesgos de salud reproductiva. El Programa de Acción exhortó a los gobiernos y a la comunidad internacional a velar por que todos los adolescentes tengan acceso a servicios, educación e información sobre salud reproductiva apropiados a su edad y que respeten su derecho al carácter privado y confidencial de los servicios, además de asegurar que las actitudes de los encargados de prestar servicios u otras barreras (leyes, reglamentaciones o costumbres sociales) no restrinjan ese acceso. También exhortó a que padres, madres y familias, comunidades, instituciones religiosas y escuelas, así como los medios de difusión de masas y los grupos de jóvenes, participen en responder a las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva².

NUEVOS VALORES BÁSICOS DE REFERENCIA. En el examen de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD

NECESIDADES DE LOS ADOLESCENTES EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA

Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y a la procreación

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.41.

realizado en 1999 se comprobó que persistía un general descuido de los derechos reproductivos y las necesidades de salud de los jóvenes, temas de creciente preocupación, habida cuenta del aumento de las tasas de infección con el VIH³. Se establecieron nuevas metas, entre ellas, una reducción del 25% de la prevalencia del VIH en el grupo de 15 a 24 años de edad, antes de 2005 en los países más afectados y antes de 2010 en todo el mundo. También se convino en que la gran mayoría de las personas de 15 a 24 años de edad (90% antes de 2005 y 95% antes de 2010) deberían tener acceso a la información, la educación y los servicios que posibiliten desarrollar aptitudes para la vida a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección con el VIH⁴.

Programas de segunda generación

En los últimos años ha surgido un consenso mundial acerca de la necesidad de un enfoque integral de la programación para los jóvenes, sobre la base de la experiencia recogida a partir de 1994. Ese consenso vincula las acciones de salud reproductiva—inclusive programas que facultan a los adolescentes para que demoren la iniciación de la actividad sexual y se nieguen a tener relaciones no deseadas, además de protegerse a sí mismos si tienen actividad sexual—con medidas para proporcionar opciones a los adolescentes efectuando inversiones en la educación, la capacitación para el empleo y el desarrollo del civismo. Otra prioridad es acrecentar la voz y la participación de los jóvenes en las decisiones sobre salud y desarrollo y en general, en la vida de sus comunidades.

Esos programas de segunda generación en beneficio de adolescentes y jóvenes también dan prioridad a llegar a los grupos de jóvenes carentes de servicios, inclusive los jóvenes casados, los que residen en zonas rurales y asentamientos urbanos pobres y los que no asisten a la escuela (en muchos países, la mayoría de la población de adolescentes).

Las medidas adoptadas al respecto ofrecen muy buenas perspectivas, pero es preciso aumentar masivamente su escala para enfrentar adecuadamente los enormes problemas que tienen ante sí los jóvenes del mundo.

29

CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO INTEGRADA CON LA EDUCACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

En Cotonú (Benín), el nuevo Centro de medios múltiples rebosa de actividad. En cada local, jóvenes procedentes de todos los rincones del país—casi 300—están aprendiendo oficios: como periodistas de la prensa escrita, de radiodifusión y televisión; fotógrafos, artistas gráficos; expertos en computadoras; diseñadores de sitios Web y de videográficos, editores de videocintas digitales, y técnicos de radiodifusión y televisión.

El Centro, establecido por el UNFPA en cooperación con el Gobierno, integra la capacitación en el empleo con la educación sobre la prevención del VIH/SIDA y del embarazo no deseado, de modo que los estudiantes también pueden transformarse en promotores locales de comportamientos más saludables. La estación de televisión y radio ofrece a diario y durante 24 horas, programas producidos por y para los jóvenes y llega a grandes públicos: un millón de espectadores de televisión y 300.000 radioescuchas por día.

Muchos adolescentes que frecuentan el Centro han abandonado la escuela (en Benín sólo 7% de las niñas y 17% de los niños varones asisten a la escuela secundaria). Si no contaran con el Centro, tendrían pocas opciones para adquirir aptitudes para la vida u obtener información fidedigna sobre la salud reproductiva.

El Centro forma parte de un proyecto integral, Servicios de Salud y Sociales para Adolescentes (EAGER), que recibe apoyo de la Fundación pro Naciones Unidas, como parte de una iniciativa multinacional sobre los adolescentes. El proyecto también apoya otros centros para la juventud y recreativos, clínicas de salud acogedoras para los jóvenes y educación, haciendo hincapié en reducir el analfabetismo entre las jóvenes y las niñas.

Constataciones de la Encuesta Mundial del UNFPA

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. De los países que respondieron a la Encuesta Mundial del UNFPA (2003), más de un 90% informaron de que habían adoptado medidas para abordar la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes mediante políticas, leyes o programas⁵. En Panamá, por ejemplo, una ley garantiza los derechos de las adolescentes embarazadas a seguir asistiendo a la escuela y recibir atención integral de salud reproductiva. En el Ecuador, un nuevo código de la infancia y la adolescencia estipula derechos a la educación, la información, la salud y la integridad reproductiva⁶. Sierra Leona ha establecido una política nacional de la juventud con el propósito de incorporar las iniciativas para la juventud como componentes fundamentales de políticas y programas de desarrollo. Actualmente, el plan para reducir la pobreza en Nepal asigna prioridad a la salud y la educación de los adolescentes⁷.

EDUCACIÓN SOBRE SALUD. Casi todos los países han introducido la educación sobre salud, incluida las aptitudes para la vida, en los currículos escolares (principalmente, en la educación secundaria) y en los programas para jóvenes que no asisten a la escuela. Algunos países también informan de que adoptaron la educación escolar y extraescolar de jóvenes por otros jóvenes. Algunos países han introducido programas para llegar a los niños que no asisten a la escuela mediante clubes, campamentos y talleres. Varios países están utilizando medios de difusión de masas para llegar a grupos de jóvenes con información sobre la salud reproductiva.

En Bolivia, con el apoyo del UNFPA, el Ministerio de Salud estableció un programa para las jóvenes indígenas que combina el acceso a los servicios de salud reproductiva, con alfabetización en idioma español y lenguas indígenas y acciones para mejorar la autoestima. La UNESCO otorgó a este programa el Premio Internacional de Alfabetización en el año 2000⁸.

SERVICIOS. Un 90% de los países que respondieron han adoptado medidas para dotar a los adolescentes de acceso a atención de la salud reproductiva. Muchos de ellos han establecido servicios acogedores para los jóvenes, diseñados especialmente para ellos. En su mayoría, tales servicios son de pequeña escala y muchos son conducidos por ONG. Las necesidades siguen siendo enormes. Aun cuando se disponga de servicios, los adolescentes tal vez tropiecen con barreras, incluida la falta de información, el estigma, la oposición de la familia, las actitudes negativas de los encargados de servicios, el temor de que se infrinja el carácter confidencial de la información que aportan, y los conceptos erróneos acerca de las condiciones de seguridad y de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

CAPACITACIÓN, APTITUDES PARA LA VIDA Y PARTICIPACIÓN.

Varios países están impartiendo a los jóvenes capacitación, educación para el empleo y aptitudes para la vida. La mayoría de esos países informaron acerca de medidas para promover la participación de los jóvenes en la formulación de políticas y programas, mediante consejos asesores o consultas oficiosas, en talleres y diálogos con las organizaciones de jóvenes. Costa Rica ha emprendido una importante iniciativa a fin de involucrar a los jóvenes en la formulación de una política nacional sobre la juventud mediante el Consejo Nacional de la Juventud, recientemente establecido con el apoyo del UNFPA⁹.

LIMITACIONES. Diez años después de la CIPD, en algunos países sigue siendo tema de controversia la provisión de servicios de salud reproductiva e información al respecto a los adolescentes. En general se reconoce que hay que facultar a los adolescentes para que puedan optar por abstenerse de las relaciones sexuales, o se protejan a sí mismos contra el embarazo no deseado y el VIH/SIDA y otras ITS, cuando tienen actividad sexual. La falta de adecuación entre las necesidades y la atención prestada se agrava debido a que con frecuencia los adolescentes perciben que los encargados de prestar servicios los juzgan y no los respetan en cuanto a los aspectos fundamentales de la provisión de atención de buena calidad, inclusive el carácter confidencial y privado de los servicios.

Papel de las ONG

Las ONG están desempeñando importantes papeles en la prestación de atención y la provisión de información, así como la promoción de los derechos reproductivos de los adolescentes. En Indonesia, por ejemplo, el Gobierno reconoce que las ONG suelen estar más adelantadas en cuanto a la prestación de servicios a los adolescentes. El informe de ese país indica que los adolescentes y “otras personas que realmente comprenden a los jóvenes” están administrando centros para la juventud establecidos por la Asociación de Planificación de la Familia de Indonesia.

En Etiopía, varias ONG están colaborando en la prestación de servicios de salud reproductiva para adolescentes mediante centros de la juventud y programas de base comunitaria. También están alentando a los jóvenes a emprender actividades autónomas de generación de ingresos, mediante pequeños préstamos.

En Jamaica, una ONG internacional, *Futures Group International*, está colaborando con el Ministerio de Salud en una campaña en los medios de difusión para promover la abstinencia entre todos los adolescentes y educar a los que tienen más edad acerca de las relaciones sexuales con menor riesgo.

En la India, las siete ONG componentes de la Red Kidavri para capacitar a los adolescentes (una combinación de organizaciones religiosas, de acción social, de investigación social y de asistencia humanitaria) están al servicio de diversos grupos de adolescentes pobres y marginados, inclusive niños de la calle, y promueven la participación de los jóvenes en la adopción de decisiones.

Principales cuestiones de salud y desarrollo

De los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, un 87% vive en países en desarrollo¹⁰. En esos países en desarrollo, los menores de 15 años constituyen un 31% de la población y en los países menos adelantados, un 43%¹¹. En el año 2000, los adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años de edad constituían un 29% de la población en los países en desarrollo y un 32% en los países menos adelantados, en comparación con el 20% en los países desarrollados¹².

POBREZA Y GÉNERO: CICLOS Y EFECTOS. De los 1.000 millones de personas que viven por debajo del límite de extrema pobreza con un dólar diario, los jóvenes constituyen una cuarta parte¹³. Unos 106 millones de jóvenes viven en extrema pobreza en el Asia meridional, 60 millones en África al Sur del Sahara, 51 millones en Asia oriental y el Pacífico, y 15 millones en América Latina y el Caribe. Con frecuencia, la extrema pobreza impide que los adolescentes asistan a la escuela, y perpetúa el ciclo de pobreza, agravando las dificultades para que los programas de salud, educación o desarrollo de la juventud los beneficien.

En los países pobres, siguen aumentando las poblaciones de jóvenes. Cuanto más pobre es el país, mayor es la proporción de jóvenes en la población total. El uso de anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud aumenta a medida que van aumentando la educación y el nivel económico, y lo mismo ocurre con la edad al contraer matrimonio y al dar a luz por primera vez.

Entre 1990 y 2000 disminuyó en todas las regiones el analfabetismo de personas entre 15 y 24 años de edad, pero aún sigue siendo sustancialmente mayor entre las mujeres que entre los hombres y después de 1990 es poco el progreso que se ha registrado para reducir esa discrepancia¹⁴. Las niñas siguen padeciendo un limitado acceso a las oportunidades de educación, a menudo como resultado de la constrictión en los papeles de género tradicionales que asignan prioridad a educar a los niños varones.

ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ. En la mayor parte del mundo, los jóvenes están llegando a la pubertad a edades más tempranas y contrayendo matrimonio antes que en el pasado y, al parecer, van en aumento las relaciones sexuales prematrimoniales.

Los datos correspondientes a los últimos años del decenio de 1990 indican que entre las jóvenes que tenían actividad sexual antes de los 20 años, un 51% en África y un 45% en América Latina y el Caribe habían iniciado su actividad sexual antes de contraer matrimonio. En cambio, la proporción correlativa para los varones era del 90% en África y el 95% en América Latina y el Caribe¹⁵. En muchos países desarrollados, la actividad sexual se inicia casi siempre antes del matrimonio, tanto para los varones como para las mujeres.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. El Programa de Acción de la CIPD exhortó a los países a “proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes¹⁶”. Si bien en muchos países está disminuyendo el embarazo en la adolescencia, sigue siendo motivo de gran preocupación, especialmente debido a los riesgos de salud que plantea el embarazo precoz, tanto para la madre como para el hijo, y por su efecto sobre la educación y las perspectivas de vida de las niñas. En los países menos adelantados¹⁷, la proporción de todos los alumbramientos es de 17% para las jóvenes menores de 20 años, y a ese grupo corresponden 14 millones de alumbramientos por año en todo el mundo.

En los países en desarrollo, una de cada tres mujeres da a luz antes de cumplir 20 años y esa proporción oscila entre diferentes regiones, desde el 8% en el Asia oriental hasta el 55% en el África occidental¹⁸.

El embarazo es una causa principal de defunción para el grupo de 15 a 19 años de edad, y los mayores factores son las complicaciones del parto y el aborto en malas condiciones. Al menos una cuarta parte de los abortos realizados en malas condiciones, que se estiman en 20 millones, corresponde a mujeres de entre 15 y 19 años de edad y a ese grupo también corresponden casi 70.000 defunciones anuales a causa del aborto.

Por razones fisiológicas y sociales, las probabilidades de que las madres de entre 15 y 19 años de edad mueran en el parto son el doble de las correspondientes a las mayores de 20 años. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto que las mayores de 20 años. El trabajo de parto obstruido es muy común entre las jóvenes físicamente inmaduras que dan a luz por primera vez. Aquéllas que no pierden la vida debido a un parto obstruido carente de atención tal vez pierdan a sus hijitos y padezcan de fístula, un orificio en el canal de parto que causa incontinencia y a menudo las convierte en parias sociales.

RIESGO DE CONTRAER ITS Y VIH/SIDA. Cada 14 segundos, una persona joven se agrega a los infectados con el VIH/SIDA. En muchos lugares, el número de nuevas infecciones entre las jóvenes es varias veces superior al correspondiente a varones

de la misma edad¹⁹. En los países de África al Sur del Sahara, dos terceras partes de los jóvenes recientemente infectados son de sexo femenino. Sólo un pequeño porcentaje de los jóvenes que viven con el VIH/SIDA lo saben. En los países tanto desarrollados como menos adelantados, la mayoría de las personas que comienzan a tener actividad a edad temprana no saben cómo protegerse a sí mismas.

Con frecuencia, las jóvenes no están en condiciones de negociar el uso de condones con sus compañeros y tal vez teman que si lo hacen, se las hará objeto de actos de violencia.

Cada año, una tercera parte de los nuevos casos de ITS curables—más de 100 millones—ocurren entre mujeres y varones menores de 25 años²⁰. Al padecer otra ITS sin tratamiento se aumenta sustancialmente el riesgo de infección con el VIH.

RIESGOS MAYORES PARA LAS ADOLESCENTES CASADAS.

A pesar de la tendencia mundial a aplazar el matrimonio (la edad media en el primer matrimonio de las mujeres aumentó desde 21,4 en 1970 hasta 25,5 en 2000²¹), en los países en desarrollo hay 82 millones de niñas que actualmente tienen entre 10 y 17 años de edad y que ya estarán casadas antes de cumplir 18 años²².

Las adolescentes casadas a menudo enfrentan riesgos de salud reproductiva mayores que las solteras. Con frecuencia, hay expectativas familiares y sociales de que comiencen a tener hijos inmediatamente después de contraer matrimonio. Su acceso a los anticonceptivos suele ser limitado; y muchas corren riesgo de ITS o de infección con el VIH por esposos de mayor edad que tal vez tengan múltiples compañeras sexuales, pero no pueden negociar el uso de condones (preservativos).

Un estudio realizado a fines del decenio de 1990 comprobó que la prevalencia del uso de anticonceptivos entre adolescentes solteras y sexualmente activas era superior al 30% en siete países de África al Sur del Sahara (Benin, el Camerún, Cabo Verde, Kenya, Nigeria, Sudáfrica y Zambia) y superior al 60% en seis países de la región de América Latina y el Caribe (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, el Perú y la República Dominicana). En ambos casos, esas tasas eran muy superiores a las de sus homólogas casadas²³. En esos países, en particular, se registró un uso de condones considerablemente mayor entre las adolescentes solteras que entre las casadas²⁴.

Satisfacer las necesidades de los jóvenes

Para ayudar a los adolescentes y los jóvenes a evitar el embarazo no deseado y las ITS, inclusive el VIH, es preciso impartir educación para promover actitudes responsables y un comportamiento sexual más saludable, y ofrecer un más amplio acceso a servicios de salud reproductiva acogedores

30

PARA QUE LAS NIÑAS MATERIALICEN SUS SUEÑOS

“Pienso que cuando una adquiere educación puede alcanzar sus sueños, pero cuando se casa demasiado joven, se pierde la posibilidad de materializar esos sueños”, dice Safa, una niña de 15 años en el Yemen.

Safa participa en un programa de Niñas Guías patrocinado por el UNFPA, una de las numerosas iniciativas de cooperación entre el Fondo, el Gobierno, y grupos sociales y religiosos que procuran crear la conciencia acerca de las consecuencias del matrimonio precoz de las niñas, inclusive los riesgos de salud del embarazo precoz, la falta de oportunidades de desarrollo y las limitadas opciones en la vida.

Safa y otras niñas participan en diversas actividades: artesanías, deportes, artes y educación acerca de la salud reproductiva y cuestiones sociales. Después de cinco años en el programa, la niña tiene confianza y está dispuesta a hablar con sus amigos y su familia acerca de lo que ha aprendido, especialmente con respecto al matrimonio precoz. Mientras muchas de sus homólogas no tienen otra opción sino contraer matrimonio a una edad temprana, ella tiene otros planes: “Yo quiero ser abogada, la abogada más famosa en el Yemen”.

para los jóvenes, cursos de capacitación y de adquisición de aptitudes para la vida y medidas para promover los derechos de las mujeres y las niñas.

El UNFPA se centra en velar por que se incluyan los derechos reproductivos y la salud reproductiva de los adolescentes en los programas nacionales y se traduzcan en políticas y acciones con resultados apreciables. El Fondo trata de promover los derechos humanos y la igualdad de género, y de apoyar una exitosa transición de los jóvenes hacia la adultez. Se asigna prioridad a llegar a las poblaciones más vulnerables, inclusive quienes viven en la pobreza o en circunstancias adversas, a los jóvenes casados, a los jóvenes que viven con el VIH/SIDA o han quedado huérfanos debido a la epidemia, y a los niños de la calle. Además, el UNFPA está tratando de abordar más ampliamente la salud y los derechos de los adolescentes, destacando una programación integral que aborde la gama de necesidades y responda al ámbito general, social, económico y cultural en que viven las jóvenes.

Promoción de un comportamiento más saludable

Se ha demostrado que al ofrecer la información apropiada a cada edad acerca de la sexualidad y la prevención del embarazo y la infección, se alientan comportamientos responsables (inclusive abstinencia, aplazamiento de la iniciación sexual y limitación del número de compañeros sexuales). Además de los programas basados en la escuela, se está tratando de llegar a los jóvenes que no asisten a ella y que a menudo son los más vulnerables y los que corren mayores riesgos.

Después de la CIPD, se han aplicado muchos métodos y medios innovadores, entre ellos representaciones teatrales y

conciertos, mensajes en los medios de difusión, acontecimientos deportivos, líneas telefónicas de emergencia, asesoramiento y educación de jóvenes por otros jóvenes debidamente capacitados. Los programas se centran cada vez más en proporcionar a los adolescentes aptitudes para la vida, además de impartir información relativa a la sexualidad.

Los programas de educación de jóvenes por otros jóvenes pueden contribuir a que éstos comprendan de qué manera las expectativas sobre los papeles de género menoscaban su salud reproductiva y pueden darles confianza para que resistan esas normas. Algunos programas, por ejemplo, tienen el propósito de facultar a las jóvenes para que se nieguen a tener relaciones sexuales y afirmen su derecho a decir “no”, además de insistir en condiciones de mayor seguridad para las relaciones sexuales y el uso de condones, si deciden entablar actividades sexuales. Otros programas alientan a los jóvenes varones a cuestionar la nociones prevalecientes de dominio masculino en las relaciones y tolerancia de la coacción y la violencia sexual.

También es importante la participación comunitaria. En Camboya, líderes comunitarios, maestros, padres, madres e incluso monjes (mucho de quienes también son jóvenes) están recibiendo educación sobre cuestiones de salud reproductiva, de modo que aumente su comprensión y su apoyo a los adolescentes²⁵.

Servicios acogedores para los jóvenes

Se están utilizando diversos modelos programáticos para proporcionar servicios de salud reproductiva apropiados y acogedores para los jóvenes, que respeten el carácter privado y confidencial, ofrezcan horas y ubicaciones cómodas, y mantengan los honorarios dentro de límites costeables, entre otras características. Entre los enfoques con buenas perspectivas cabe mencionar la capacitación de jóvenes por otros jóvenes, las clínicas móviles, los programas impartidos en la escuela y los lugares de trabajo y la comercialización social de condones en puntos de venta no tradicionales y fácilmente accesibles a los jóvenes.

En el Senegal, el Proyecto de Niñas Adolescentes—apoyado por la Fundación pro Naciones Unidas y puesto en práctica por el UNFPA y el UNICEF—proporciona a 10.000 niñas y jóvenes mujeres de entre 15 y 24 años de edad y pertenecientes a familias pobres, servicios integrales de salud reproductiva acogedores e información al respecto, además de aptitudes para la vida y para la obtención de ingresos. El programa también está al servicio de jóvenes discapacitados.

Progreso jurídico

En los últimos años, varios países han aprobado leyes, redactado nuevas constituciones o aprobado enmiendas a las códigos jurídicos que protegen y promueven los derechos

31

ALIANZA AFRICANA DE LA JUVENTUD

La Alianza Africana de la Juventud (AYA) ha pasado a asumir funciones de liderazgo para plasmar en la realidad los programas de salud reproductiva y los servicios e información al respecto para los jóvenes, principalmente entre los 10 y los 19 años de edad. El objetivo de la AYA es reducir la incidencia y la propagación del VIH/SIDA y otras ITS y mejorar la salud reproductiva general de los adolescentes en Botswana, Ghana, la República Unida de Tanzania y Uganda. La AYA, que cuenta con financiación de la *Bill & Melinda Gates Foundation*, es un proyecto en colaboración entre el UNFPA, el Programa de Tecnología Apropiada en Salud (PATH), *Pathfinder International* y ONG locales, con el propósito de aumentar la escala de enfoques programáticos que han tenido éxito.

Por ejemplo, en Botswana la AYA está ayudando a la Asociación de Bienestar de la Familia de Botswana y a la División de Salud de la Familia del Ministerio de Salud a mejorar servicios acogedores para los jóvenes. Se realizan actividades de comercialización social y de difusión para crear mayor conciencia entre los jóvenes acerca de servicios nuevos y mejores. En Ghana, se ha constituido un Comité de la AYA para velar por una significativa participación del Gobierno en actividades de salud reproductiva en beneficio de adolescentes. La AYA ha estado colaborando ampliamente con el Ministerio de Salud para capacitar a encargados de servicios de salud en la prestación de estos servicios de manera acogedora para los jóvenes.

La AYA, que está a punto de finalizar el quinto y último año del programa, se centra al mismo tiempo en fomentar la capacidad de sus asociados locales y en aumentar la escala de las actividades en curso a fin de mantener el programa después de que cese el plazo establecido originariamente. Varios aliados de la AYA en los países han recibido especial asistencia en gestión financiera y planificación estratégica.

de los adolescentes, inclusive su derecho a la atención de la salud reproductiva, y tratan de eliminar las disparidades en las maneras en que se trata y valora a los niños varones y las niñas, dentro de las familias y de la sociedad.

En el Perú se aprobó legislación que garantiza el derecho a la educación y la igualdad de oportunidades para las niñas y los niños varones. Otra ley trata de posibilitar que las niñas campesinas finalicen la educación secundaria y exhorta a eliminar la discriminación contra las niñas y las adolescentes. También estipula que debe haber servicios de salud separados para las mujeres en los establecimientos educacionales. Túnez también ha aprobado legislación que garantiza el derecho a la educación, eliminando la discriminación basada en el sexo u otros factores.

En la Argentina y en Panamá, la legislación garantiza el derecho de las adolescentes embarazadas a seguir asistiendo a la escuela. La ley panameña establece el derecho de las adolescentes embarazadas a recibir atención de salud integral durante el embarazo, el parto y el puerperio (los servicios se ofrecerán gratuitamente cuando las jóvenes no puedan sufra-

garlos). El Ministerio de Salud capacitará a maestros para que asesoren a los estudiantes sobre salud reproductiva y combatan la discriminación.

Nicaragua aprobó una ley integral sobre desarrollo de la juventud que enumera los derechos de los jóvenes (definidos como personas de entre 18 y 30 años de edad) a disponer de información sobre salud, educación sexual y derechos reproductivos, inclusive el acceso a los servicios de planificación de la familia e información sobre las ITS, el embarazo no deseado, el aborto realizado en malas condiciones y el VIH/SIDA.

Retos principales

AUMENTO DE ESCALA. En todo el mundo, después de la CIPD se han iniciado grandes cantidades de programas de buena calidad para abordar los problemas de los adolescentes en materia de salud reproductiva, pero en su mayoría esos programas operan en pequeña escala. Un reto de grandes proporciones es obtener los recursos y el compromiso necesarios para aumentar la escala de esos programas.

Una organización que ha logrado éxito al respecto es *Action Health Incorporated* en Nigeria, cuyas experiencias han contribuido a conformar un programa nacional de educación sobre salud reproductiva²⁶. También están en curso varias iniciativas gubernamentales.

Después de la CIPD, Mozambique asumió el compromiso de efectuar inversiones en los jóvenes. Adoptó una política nacional multisectorial para la juventud que abarca diferentes ministerios gubernamentales, ONG y organizaciones comunitarias, en un esfuerzo por aumentar la participación de los jóvenes en la formulación de políticas y mejorar su salud reproductiva. El proyecto nacional *Geração Biz*, diseñado y desarrollado por los jóvenes, promueve cambios en los comportamientos y está al servicio de diversas poblaciones de adolescentes, inclusive estudiantes y jóvenes que no asisten a la escuela.

PARTICIPACIÓN Y ALIANZAS. Es preciso que se institucionalice la participación de los jóvenes en formulación de políticas y programas y es preciso que esos procesos faculten a los jóvenes. Una iniciativa del UNICEF, la OMS y el UNFPA, *Meeting the Development and Participation Rights of Adolescent Girls*, trata de colocar la adolescencia en la línea de frente de los programas de desarrollo mediante la participación de los jóvenes en el proceso de formulación de políticas.

Nicaragua, con la ayuda del UNFPA y el UNICEF, ha formulado y aplicado una política nacional de la juventud en que se integra la salud reproductiva en un marco más amplio de formación cívica, educación de jóvenes por otros jóvenes y participación política. Después de una consulta con adolescentes a escala nacional, el Gobierno integró explícitamente

32

PROGRAMAS PARA NIÑAS ADOLESCENTES CAMPELINAS EN BANGLADESH

En Bangladesh, más de la mitad de todas las niñas ya están casadas y han comenzado a tener hijos antes de cumplir 20 años. El UNFPA y el UNICEF se han aliado para prestar asistencia a fin de que las adolescentes solteras aplacen el matrimonio y las adolescentes casadas conozcan sus derechos. El proyecto del UNICEF, *Kishori Abijian*, alienta el liderazgo de las adolescentes y los modelos de comportamiento y colabora con el Gobierno y varias ONG (*Population Council*, BRAC y Centro para la Educación Científica del Pueblo). Las niñas participan activamente en programas que imparten aptitudes para ganarse la vida en actividades no tradicionales, como el periodismo y la fotografía, a fin de afianzar su confianza en sí mismas y su visibilidad en la comunidad. El UNFPA está apoyando acciones para crear conciencia en las adolescentes acerca de sus derechos en materia de salud reproductiva. Ambos proyectos se centran en facultar a las adolescentes, pero también están ayudando al Gobierno, las familias y las comunidades a apoyar el desarrollo de las niñas.

las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes en sus documentos sobre estrategias de reducción de la pobreza, y fue el primer país del mundo que adoptó medidas de ese tipo²⁷.

El UNFPA, con el apoyo de Finlandia, está estableciendo un panel consultivo para la juventud a fin de velar por que sus políticas integren a los jóvenes y respondan a sus necesidades, preocupaciones y aspiraciones. El panel estará integrado por representantes de países desarrollados y en desarrollo y se centrará inicialmente en tres temas: VIH/SIDA, necesidades de los adolescentes casados y papel de la cultura en la salud reproductiva de los adolescentes²⁸.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS. En una evaluación reciente de las contribuciones del UNFPA y la Federación Internacional de Planificación de la Familia a la promoción de la salud y los derechos de los adolescentes en seis países donde se realizan programas se comprobó que si se hubiera prestado mayor atención a las políticas, los procesos y la utilización estratégica de enfoques basados en los derechos humanos y sensibles a las cuestiones de género, las iniciativas emprendidas hasta el momento habrían sido más eficaces²⁹. Son pocas las actividades que llegan eficazmente hasta los grupos de jóvenes marginados y se necesitan mayores esfuerzos para ofrecer servicios de calidad de salud reproductiva accesibles a los jóvenes en general. En los próximos años, las constataciones de la evaluación, financiada por varios donantes bilaterales, se utilizarán para la labor del UNFPA en beneficio de los jóvenes del mundo.



10 Salud reproductiva para comunidades en crisis

Uno de los logros más significativos después de la CIPD ha sido la atención mucho mayor que se ha prestado a las necesidades de salud reproductiva de poblaciones que han padecido conflictos armados y desastres naturales y, en consecuencia, han visto acrecentada su vulnerabilidad.

Hace un decenio, la asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas por emergencias complejas se limitaba en general a proporcionar alimentos, agua y saneamiento, albergue y protección, además de atención primaria de la salud. En todo el mundo, hay más defunciones causadas por complicaciones del embarazo y el parto susceptibles de prevención que debido al hambre y la inanición, pero en la asistencia de emergencia raramente se incluyeron materiales básicos para el parto en condiciones de seguridad y la atención obstétrica de emergencia. El riesgo de embarazo no deseado e infección de transmisión sexual aumenta pronunciadamente en los campamentos de personas desplazadas, pero en esos ámbitos fueron escasos los agentes de asistencia humanitaria que proporcionaron servicios de planificación de la familia, tratamiento y asesoramiento psicosocial posterior a la violación, o ni siquiera condones (preservativos).

Esta situación comenzó a cambiar en 1994, debido a la CIPD, en cuyo Programa de Acción se abordó concretamente la necesidad de salud reproductiva de las personas desplazadas, y que por primera vez invitó a las mujeres refugiadas a expresarse en un foro internacional acerca de sus necesidades de salud reproductiva.

A mediados del decenio de 1990, el UNFPA, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la OMS y otros organismos aliados colaboraron en la preparación del *Inter-agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Settings*¹, (Manual interinstitucional de campaña para la salud reproductiva en situaciones de refugiados), y convinieron en un conjunto de normas mínimas de atención.

El UNFPA ha reunido materiales necesarios en situaciones de emergencia y ha preparado botiquines de salud reproductiva, integrados por 12 componentes, inclusive suministros para el parto aséptico y en condiciones de seguridad, el tratamiento de complicaciones obstétricas, la prevención y el tratamiento de las ITS, inclusive el VIH/SIDA, y la planificación de la familia. A partir de 1996, los organismos, las organizaciones y los gobiernos han pedido y utilizado los botiquines en más de 50 países y territorios.

LOS DERECHOS SE APLICAN A LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA A MEDIDA QUE SE INTENSIFICAN LAS NECESIDADES. Las mujeres en edad de procrear constituyen un 25% de las decenas de millones de refugiados y personas internamente desplazadas a causa de guerras, hambre, persecución o desastres naturales. De esas mujeres, una de cada cinco probablemente esté embarazada. El descuido de la salud reproductiva en situaciones de emergencia tiene graves consecuencias, entre ellas embarazos no deseados,

SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS DESPLAZADAS

Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a grandes riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.11

defunciones de madres y lactantes susceptibles de prevención y propagación de las ITS, incluido el VIH/SIDA.

La CIPD afirmó que el derecho a la salud reproductiva se aplica a todas las personas y en todo momento. Los programas de salud reproductiva eficaces salvaguardan los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, el derecho a decidir libremente el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a la información y la educación y el derecho a la protección contra la violencia sexual y la coacción.

Maternidad sin riesgo

Incluso en las mejores circunstancias, el embarazo y el parto pueden entrañar peligros para la mujer. Los conflictos y los desastres naturales entrañan riesgos aún mayores para la mujer debido a la repentina pérdida de atención médica, agravada en muchos casos por situaciones de trauma, malnutrición, enfermedad o violencia.

Cuando en diciembre de 2003, un intenso terremoto afectó la localidad de Bam (República Islámica del Irán), más del 85% de la infraestructura de la zona afectada y más de la mitad de su personal de atención de la salud se perdieron en menos de un minuto. El trauma de la catástrofe redundó en que muchas embarazadas tuvieran alumbramientos prematuros o abortos espontáneos.

Recientemente, cuando las hostilidades en el Sudán obligaron a más de 100.000 refugiados a trasladarse al Chad, las embarazadas se vieron forzadas a dar a luz al costado de las carreteras y en medio del desierto. La falta de todos los artículos, hasta los más básicos para un parto sin contaminación y en condiciones de seguridad—jabón, una hojita de afeitar esterilizada para cortar el cordón umbilical y una lámina de plástico para acostarse en el suelo—condenó a muchas mujeres a infecciones mortales que dejaron huérfanos y en situación de riesgo a sus hijos².

Un estudio realizado en 2002 tras la guerra en el Afganistán, comprobó que las complicaciones del embarazo y el parto eran la principal causa de defunción entre las mujeres en edad de procrear. Sólo un 7% de las mujeres afganas que fallecieron en el parto habían recibido atención de personal de salud capacitado.

Al igual que lo que ocurre en ámbitos más estables, casi todas las mujeres que presentan complicaciones del embarazo pueden ser salvadas de la muerte y la discapacidad si reciben tratamiento a tiempo. En las primeras 72 horas de producirse el terremoto en Bam, el UNFPA ayudó al Ministerio de Salud y Educación Médica del Irán a adquirir suministros de modo que las embarazadas pudieran dar a luz sin riesgo en el hogar y también ayudó a establecer instalaciones temporales para la atención obstétrica de emergencia. En el Chad y en otros lugares donde hay poblaciones de refugiados, el UNFPA colabora con aliados locales para dispensar apoyo prenatal

33

LOS EFECTOS DE LOS CONFLICTOS SOBRE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

Además de los efectos generales de la violencia y la falta de servicios de salud:

- Las mujeres son particularmente vulnerables a las carencias de vitaminas y de hierro, especialmente a la anemia, que puede ser mortal para las embarazadas y sus hijitos.
- Las mujeres sufren diversos problemas de salud reproductiva, desde la carencia de suministros sanitarios para la menstruación, hasta las complicaciones del embarazo que ponen en peligro sus vidas.
- El estrés y las perturbaciones causados por la guerra suelen aumentar la violencia sexual y por motivos de género.
- Las mujeres son principalmente responsables de atender a las personas vulnerables a la guerra: niños, enfermos y ancianos.
- La vulnerabilidad de la mujer se agrava por la pérdida de hombres y adolescentes varones, las perturbaciones en la estructura social y otros factores propios de los conflictos.

y crear un sistema de remisión de pacientes para la atención de emergencias obstétricas. Durante la etapa aguda de la crisis en el Afganistán, el UNFPA acudió con suministros y equipo de emergencia y también contribuyó posteriormente al desarrollo a más largo plazo, rehabilitando un hospital de maternidad y capacitando a agentes de salud, entre otras actividades.

Una reciente evaluación mundial efectuada por el Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre salud genésica en situaciones de emergencia comprobó que actualmente, los lugares donde hay poblaciones de refugiados ofrecen al menos alguna combinación de atención prenatal, asistencia al parto, tratamiento de las emergencias obstétricas y atención del recién nacido y de la parturienta en el puerperio. Se comprobó que los índices de mortalidad materna en los campamentos de refugiados de Kenya, el Pakistán y la República Unida de Tanzania eran inferiores a los índices generales, tanto en el país de asilo como en los países de procedencia de los refugiados. Si bien algunos componentes de los servicios de salud materna—particularmente, la atención obstétrica de emergencia—siguen requiriendo un fortalecimiento mucho mayor, después de 1994 hubo un buen comienzo.

Planificación de la familia

Se suele considerar que la planificación de la familia es una preocupación secundaria en situaciones de emergencia o posteriores a los conflictos. Pero en un país desgarrado por la guerra, como Angola o Sierra Leona, donde no se dispone de adecuada atención prenatal, del parto ni de emergencias

obstétricas, una de cada nueve mujeres perderá la vida como resultado del embarazo o el parto a lo largo de su lapso vital. Para las mujeres en situaciones de crisis, un embarazo no planificado puede ser causa de muerte.

El descuido de las necesidades de planificación de la familia puede tener otras graves consecuencias, entre ellas abortos realizados en malas condiciones, resultantes de embarazos no deseados, embarazos muy próximos entre sí, embarazos peligrosos en mujeres demasiado jóvenes o demasiado viejas, y transmisión de las ITS, inclusive VIH/SIDA.

Mantener un continuo suministro de anticonceptivos puede ser un problema de gran magnitud en una emergencia. Es posible que los caminos estén obstruidos e impidan el transporte, que las redes de distribución se desintegren y que queden destruidos los establecimientos de salud. Cuando grandes cantidades de personas se desplazan hacia un nuevo lugar, los suministros existentes probablemente serán muy insuficientes para satisfacer la demanda.

Aun cuando en esas situaciones hay muchas mujeres que optan por quedar embarazadas, también hay grandes cantidades que preferirían no enfrentar las dificultades del embarazo, el parto o la crianza de un recién nacido en un campamento de personas desplazadas, pero estas mujeres no tienen opción debido a que carecen de acceso a condones u otros métodos anticonceptivos.

Aun cuando se disponga de servicios y suministros, hay varios factores que pueden obstar a su utilización. En una evaluación efectuada en 2001 por la Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados se comprobó que muchos refugiados angoleños en Zambia titubeaban en utilizar métodos de planificación de la familia, pese a que estaban disponibles. Se detectaron las siguientes barreras: resistencia de los esposos; creencias religiosas y comunitarias de que las mujeres deben tener tantos hijos como sea posible; ausencia de programas de distribución con base comunitaria; y dificultades de las mujeres para persuadir a sus compañeros de que usen condones. A fin de promover la aceptación de los métodos de planificación de la familia, la Comisión recomendó emprender una campaña de comunicación dirigida a los hombres, y también recomendó una capacitación continua de los jóvenes que educan a otros jóvenes y de los trabajadores de la comunidad³.

En situaciones de emergencia en todo el mundo, el UNFPA ha aportado gratuitamente condones como primera medida hacia la restauración de los servicios de planificación de la familia. Cuando la situación de la seguridad lo permite, el Fondo realiza diagnósticos rápidos de necesidades en materia de planificación de la familia y con frecuencia está en condiciones de proporcionar pertinente información de antecedentes sobre la población, inclusive sus preferencias en métodos de planificación de la familia. Al preparar progra-

mas a mediano y más largo plazo, el UNFPA y sus copartícipes tratan de involucrar a mujeres, hombres y adolescentes de las poblaciones afectadas, para contribuir a que se dispensen servicios de planificación de la familia apropiados, sensibles a los factores culturales y eficaces.

Violencia sexual y por motivos de género

Durante siglos, se ha cometido violación durante los conflictos armados, y a menudo se la ha empleado sistemáticamente para humillar o dominar al “enemigo”, o perturbar sus vínculos sociales.

En varios conflictos ocurridos después de la CIPD, entre ellos los de Bosnia, Rwanda y Kosovo, se ha hecho objeto a las poblaciones de deliberada violencia sexual, lo que fue cuestionado por los movimientos en pro de los derechos humanos y de la mujer y por la prensa internacional.

Se ha prestado menos atención a las mujeres y las niñas que, durante su huida del conflicto y en ámbitos de refugiados, pueden verse obligadas a ofrecer relaciones sexuales a cambio de alimentos, albergue y protección. Igualmente, entre las poblaciones desplazadas aumentan apreciablemente la violencia doméstica y la violación conyugal, dado que muchos hombres que han perdido su empleo, su condición social y su estabilidad se desquitan de sus frustraciones atacando a sus compañeras.

Los efectos de la violencia, especialmente la violación, pueden ser devastadores. Entre las consecuencias físicas cabe mencionar lesiones, embarazos no deseados, disfunción sexual y VIH/SIDA. Las sobrevivientes de la violación tal vez sean excluidas de la vida en familia y sometidas a aislamiento social. Entre los daños a la salud mental cabe mencionar ansiedad, trastornos de estrés postraumático, depresión y suicidio. Muchas sobrevivientes no denuncian que han sido objeto de violación y otras tal vez se sientan impotentes para hacerlo.

Hasta hace poco, hubo pocos intentos de prevenir la violencia sexual y por motivo de género en épocas de conflictos o desplazamientos. Pero varias iniciativas en beneficio de las poblaciones afectadas por conflictos han demostrado que esa violencia puede prevenirse por los siguientes medios:

- Crear conciencia acerca de la violencia sexual y condenarla por ser una conculcación de los derechos humanos y una amenaza a la salud pública;
- Apoyar las campañas de educación e información;
- Promover las medidas de seguridad para las mujeres en campamentos de desplazados, inclusive suficiente alumbrado, patrullas de seguridad, ubicación segura de servicios e instalaciones y garantía de que puedan acarrear

agua, combustible, forraje y otros suministros sin tener que aventurarse demasiado lejos;

- Promover la aprobación y la aplicación de leyes y políticas contra la violencia sexual y por motivos de género e impartir capacitación a agentes de policía y jueces;
- Involucrar a los hombres a fin de promover el cambio en los comportamientos.

El UNFPA apoya dichos esfuerzos, así como la provisión de tratamiento y asesoramiento psicosocial para crear un sentimiento de seguridad y proporcionar oportunidades de hablar acerca de las experiencias de violencia, condiciones todas ellas de importancia vital para la recuperación. El asesoramiento psicosocial y la educación pueden ayudar a los miembros de las familias y las comunidades a aceptar y apoyar a las mujeres que han sido objeto de violación. La capacitación sobre la manera de ayudar a las víctimas de violencia sexual puede mejorar la sensibilidad en la respuesta de los agentes de salud. El tratamiento médico y psicológico abarca la anticoncepción de emergencia, el asesoramiento psicosocial y los servicios de salud reproductiva.

VIH/SIDA y otras ITS

Todas las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, proliferan en condiciones de crisis, en las cuales hay un limitado acceso a los medios de prevención, tratamiento y atención.

Otras circunstancias que acrecientan el riesgo de exposición a las ITS son:

- Grandes desplazamientos de personas;
- Ruptura de relaciones estables y desintegración de la comunidad y la vida en familia;
- Perturbación de las normas sociales que rigen el comportamiento sexual;
- Comienzo precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia;
- Coacción sobre las mujeres y los adolescentes, niñas y varones, para que proporcionen relaciones sexuales a cambio de alimentos, albergue, dinero o protección;
- Mezcla de poblaciones con otras donde son altas las tasas de infección con el VIH;
- Mayor riesgo de violencia sexual, incluida la violación.

La violación perpetrada por hombres infectados expone directamente a las mujeres al VIH; las resultantes abrasiones o desgarramientos de tejidos vaginales pueden aumentar muy pronunciadamente el riesgo de infección.

En algunos conflictos, la infección planificada y deliberada de las mujeres con el VIH ha sido un instrumento de lucha étnica. Una asociación de viudas a causa del genocidio en Rwanda comprobó que dos terceras partes de sus asociadas que habían sido víctimas de violación por militantes del grupo hutu estaban infectadas con el VIH.

Si bien escasean los datos sobre la prevalencia del VIH en ámbitos de refugiados, se piensa que las poblaciones desplazadas corren mayor riesgo de contraer el virus durante el desplazamiento y después de este⁴.

Las medidas relativas a las ITS y el VIH/SIDA en ámbitos de refugiados, una vez que se ha estabilizado la situación, son las mismas que para poblaciones ya asentadas: información y educación, promoción y distribución de condones, utilización de modelos sindrómicos de casos para el tratamiento de las ITS, asesoramiento psicosocial voluntario, detección voluntaria del VIH, precauciones para garantizar que el suministro de sangre no esté contaminado y prevención de la transmisión de la madre al hijo.

Pero en situaciones posteriores a conflictos, como en Liberia y Sierra Leona, donde tras años de guerra y desplazamientos continuos se ha creado una situación en que la creciente prevalencia del VIH/SIDA plantea una amenaza de gran magnitud a la reconciliación y reconstrucción posterior al conflicto, el UNFPA y sus aliados han elaborado un enfoque más integral (véase el recuadro 28, página 71).

Salud reproductiva de los adolescentes

Los jóvenes separados de sus familias y comunidades son especialmente vulnerables a la explotación sexual y tienen mayores probabilidades de entablar comportamientos sexuales riesgosos. Los adolescentes afectados por la guerra tal vez estén profundamente afectados por la desintegración de los sistemas sociales y culturales, la pérdida de acceso a los servicios de educación y salud, la perturbación en su escuela y sus amigos, su exposición a la violencia y la pérdida de miembros de sus familias.

En Colombia, la violencia y el desplazamiento han ido acompañados de un pronunciado aumento en el número de embarazos de adolescentes y el de abortos realizados en malas condiciones. Un estudio comprobó que las adolescentes desplazadas tenían probabilidades tres veces superiores a las de las demás niñas de quedar embarazadas antes de cumplir 15 años⁵. En Liberia, donde es común el embarazo en niñas de sólo 11 ó 12 años, en 2002 un representante de la OMS estimó que hasta un 80% de las adolescentes desplazadas habían sido sometidas a un aborto inducido antes de cumplir 15 años⁶.

Si bien en el último decenio ha mejorado la cobertura de servicios de salud reproductiva para los refugiados internacionales, no ha sido tan positivo el adelanto en cuanto a proporcionar servicios a las personas internamente desplazadas dentro de un mismo país, cuya cantidad, a escala mundial, es dos veces superior a la de los refugiados.

En Angola, hay centenares de miles de personas que siguen desplazadas después de casi tres decenios de guerra. Debido a la grave falta de servicios básicos para la maternidad sin riesgo, se ha registrado uno de los más altos índices del mundo en la mortalidad derivada de la maternidad. No es probable que la situación pueda mejorar si no se efectúa un masivo esfuerzo a largo plazo, inclusive la reconstrucción y el reequipamiento de los establecimientos de salud, la capacitación de profesionales de la salud y el establecimiento de servicios básicos de remisión y transporte de pacientes a establecimientos de mayor capacidad cuando hay complicaciones que requieren atención obstétrica de emergencia.

Las personas internamente desplazadas en Liberia también han carecido de servicios, incluso servicios mínimos de salud, durante más de un decenio.

Las personas internamente desplazadas presentan un reto especial para los profesionales de la asistencia humanitaria, particularmente en lo concerniente a la provisión de servicios de salud reproductiva. Es frecuente que las autoridades nacionales posterguen a los desplazados y que, en algunos casos, los hagan objeto de hostilidad. En el último decenio, algunos organismos, entre ellos el ACNUR y el UNFPA, han ampliado sus mandatos para incluir a las personas internamente desplazadas y han logrado algunos adelantos en cuanto a vincular a esas personas con los sistemas nacionales de salud; pero hay millones de personas que siguen siendo inaccesibles a esas organizaciones.

En los países donde hay personas desplazadas, los gobiernos deben esforzarse más por reconocer los derechos de dichas personas, y además es preciso que los países donantes aumenten sus contribuciones financieras y su presión política para garantizar que no se haga caso omiso de los derechos de esas personas.

El embarazo precoz puede tener graves implicaciones para la salud y el bienestar de las niñas, cuyos cuerpos no se han desarrollado lo suficiente para soportar el embarazo y el parto. Las probabilidades de morir en el embarazo y el parto son cinco veces superiores para niñas de entre 10 y 14 años que para mujeres de entre 20 y 24 años. Los abortos realizados en malas condiciones también crean enormes riesgos de salud⁷. Asimismo, en muchas situaciones de conflicto, las jóvenes adolescentes son extremadamente vulnerables al VIH y otras ITS.

Una de las maneras más eficaces de proteger la salud de las adolescentes afectadas por desastres es velar por que tengan acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto; esto incluye la provisión de información y servicios acogedores para los jóvenes, así como asesora-

miento psicosocial, que puede ser especialmente importante para las víctimas de violencia sexual.

El UNFPA, con el apoyo de Bélgica, está colaborando con aliados locales para ampliar los servicios y el apoyo a los jóvenes internamente desplazados en Burundi, Colombia, Liberia, la República Democrática del Congo, Rwanda, Sierra Leona y el Territorio Palestino Ocupado.

Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, el UNFPA y una ONG local han establecido centros para jóvenes desplazados que viven fuera de campamentos o en grandes ciudades. Los centros ofrecen servicios de salud reproductiva, inclusive asesoramiento psicosocial voluntario y detección voluntaria de las ITS. En virtud del proyecto también se ha impartido capacitación a diez ONG para que proporcionen servicios de salud reproductiva e información al respecto a los adolescentes. A medida que aumenta la demanda de esos servicios, se necesitarán mayores recursos, más financiación y nuevas alianzas.

Adelantos y déficit

Si bien a partir de 1994 aumentaron los recursos internacionales destinados a las necesidades de salud reproductiva en situaciones de emergencia, el número de personas necesitadas de esos servicios ha aumentado más aceleradamente que la asistencia que se les presta. En el último decenio, más de la mitad de los países de África al Sur del Sahara han sido afectados por crisis, o bien directamente, como Rwanda o Liberia, o bien indirectamente, como la República Unida de Tanzania y Guinea. Esos países están sobrecargados con grandes cantidades de refugiados procedentes de países vecinos.

Si no se atiende a las necesidades de salud reproductiva de las poblaciones afectadas por crisis, especialmente en la era del SIDA, esto podría tener trágicas consecuencias, no sólo para cada hombre, cada mujer y cada niño; también podría socavar la estabilidad de todo un país y sus perspectivas de reconciliación, reconstrucción y desarrollo después de los conflictos.

En una nueva evaluación mundial efectuada por el Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre salud genésica en situaciones de emergencia se indica que actualmente, los recientes adelantos están amenazados por el estancamiento o la declinación de los recursos que aportan los donantes, situación que se agrava dada la oposición política de la administración de los Estados Unidos a algunos aspectos de la salud reproductiva. El aumento de la promoción y la financiación tiene importancia más crítica que nunca antes, pues en muchos casos la inestabilidad geopolítica y la creciente vulnerabilidad a los desastres naturales amenazan con acrecentar en los próximos años el número de personas necesitadas.



11 Prioridades para la acción

Cuando en 1994, los gobiernos de todo el mundo aprobaron el Programa de Acción de la CIPD, reconocieron que efectuar inversiones en las personas, ampliar sus oportunidades y posibilitar que plasmen su potencial como seres humanos es la clave del crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible.

El éxito en las medidas para aplicar el Programa de El Cairo y combatir la pobreza depende de que se cuente con suficiente financiación y eficaces alianzas.

En este capítulo se considera el papel de las alianzas en la promoción de una mayor salud reproductiva y de las acciones para alcanzar los objetivos de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como los recursos necesarios. A continuación figura un resumen de las prioridades para la acción.

Alianza con la sociedad civil

Las organizaciones no gubernamentales (ONG), componente fundamental de muchos programas en todo el mundo, desempeñaron un papel de importancia crucial en la conformación del consenso de la CIPD y tuvieron una participación sin precedentes en los procesos intergubernamentales. El Programa de Acción tuvo alcances de gran magnitud en sus recomendaciones de promover alianzas con las ONG, otras instituciones de la sociedad civil y entidades del sector privado.

Actualmente, en muchos países, las ONG despliegan actividades para proporcionar servicios de salud reproductiva y promover el Programa de Acción de El Cairo en muchas otras maneras, inclusive las actividades de promoción.

Antes de 1994, las alianzas entre los gobiernos y las ONG abarcaban mayormente asociaciones de planificación de la familia, que habían sido importantes fuentes de servicios de planificación de la familia en muchos países en desarrollo. En el último decenio, esas colaboraciones continuaron y las ONG recibieron con frecuencia recursos externos sustanciales para proporcionar servicios, independientemente de los gobiernos.

Después de la CIPD y del examen de la aplicación de su Programa de Acción en 1999, se han entablado alianzas entre los gobiernos y una amplia gama de organizaciones de la sociedad civil, inclusive asociaciones profesionales, grupos comunitarios y otros.

En la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA en 2003, un 90% de los gobiernos en todas las regiones informaron de que habían entablado activas alianzas a las cuestiones de población y salud reproductiva. Ambas partes han aceptado que las ONG suelen poder llegar a algunos grupos más fácilmente y ejecutar ciertos programas más efectivamente que los gobiernos.

LAS ONG Y LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA.

Algunos gobiernos no ofrecen algunos componentes de los servicios de salud reproductiva debido a limitaciones financieras o a falta de capacidad. En algunos lugares donde es necesario que haya flexibilidad y posibilidades de llegar más rápidamente a los clientes, las ONG están en mejores condiciones que los gobiernos para promover la igualdad de género, abordar la violencia por motivos de género, alentar la responsabilidad masculina, proporcionar servicios de salud reproductiva e información al respecto a los adolescentes, emprender programas de desarrollo de la juventud y llegar a los grupos que corren más alto riesgo de infección con el VIH.

En México, el Gobierno reconoce el papel de las ONG en la preparación de servicios médicos, inclusive el test de Papanicolaou para detectar el cáncer cervical, las consultas ginecológicas, la atención prenatal y el cuidado del neonato.

Con la introducción en el último decenio de la reforma del sector de salud, los Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP) y los enfoques sectoriales, muchos donantes proporcionan ahora contribuciones directamente a los gobiernos. En consecuencia, los gobiernos de países en desarrollo suelen estar ahora en mejores condiciones de cooperar con las ONG, con otros agentes de la sociedad civil y con el sector privado, en maneras que complementen los programas que están realizando.

En Bangladesh, donde las ONG y el sector privado proporcionan la mayor parte de los servicios de salud, el Gobierno ha incluido a las ONG y a las organizaciones de base comunitaria en el Comité Consultivo Nacional para la Participación de los Interesados Directos en el Sector de Salud, Nutrición y Población, a fin de asegurar los servicios centrados en el cliente, la calidad de la atención, la equidad social y de género y la descentralización. El propósito es involucrar a

los aliados en la planificación, así como realizar programas y aplicar políticas.

Por otra parte, algunos países han incluido a las ONG y otras entidades en la formulación de estrategias de reducción de la pobreza y reforma al sector de salud, pero las han excluido de la etapa de ejecución.

Las ONG y otros agentes de la sociedad civil, inclusive las asociaciones profesionales, están asumiendo tareas que tradicionalmente se consideraban o bien de incumbencia exclusiva de los gobiernos, incluso establecer estándares y asegurar la rendición de cuentas, o bien un complemento de las acciones gubernamentales, o bien un medio de subsanar las lagunas en dichas acciones. Las ONG también pueden vigilar el cumplimiento por parte de los gobiernos de los tratados y compromisos sobre derechos humanos asumidos para la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

Las asociaciones profesionales de médicos, enfermeras, parteras y otros agentes de salud tienen papeles fundamentales que desempeñar en la fijación de estándares, inclusive las normas éticas, y en proporcionar una continua educación médica y capacitación a sus miembros en las aptitudes necesarias para velar por la salud reproductiva y sexual y los derechos reproductivos y sexuales, y asegurar la atención de calidad. Algunas ONG internacionales, como el *Commonwealth Medical Trust*, han realizado actividades con este propósito.

SECTOR PRIVADO. En el pasado decenio un nuevo adelanto ha sido la alianza entre las ONG y las entidades del sector privado en la promoción de la salud reproductiva, dado que cada parte ha llegado a reconocer las ventajas comparativas de la otra. Las compañías privadas proporcionan oportunidades para la comercialización social de condones y otros productos de salud reproductiva por conducto de supermercados, tiendas y farmacias. Algunos empleadores privados reconocen ahora los beneficios de promover la salud sexual y reproductiva entre sus empleados y en las comunidades donde realizan operaciones.

PARLAMENTARIOS. Los representantes electos desempeñan importantes papeles en la fijación de prioridades, la asignación de recursos y la definición de responsabilidades institucionales con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. En varios países, los grupos de parlamentarios han trabajado para promover la aplicación del Programa de Acción de la CIPD y el logro de una financiación suficiente con estos fines.

El primero de esos grupos, la Federación de Parlamentarios Japoneses para la Población, ha sido durante tres decenios un líder en el movimiento mundial de parlamentarios. En el Reino Unido, el *All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health* ha inspirado a grupos

nacionales de parlamentarios en otros países europeos. En los países en desarrollo, hay grupos como la Asociación de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo, en la India, y el Comité sobre Población y Desarrollo en ambas cámaras del Parlamento de Nigeria.

Hay también redes regionales y mundiales de parlamentarios que realizan tareas de promoción. El Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo, el Foro de Parlamentarios Africanos y Árabes sobre Población y Desarrollo, y el Grupo Interparlamentario sobre Población y Desarrollo, organizaron en 2004 actos para conmemorar el décimo aniversario de la CIPD.

Los días 18 y 19 de octubre de 2004 se celebrará en Estrasburgo (Francia) la segunda Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Aplicación del Programa de Acción de la CIPD (IPCI/ICPD). Esa Conferencia está organizada conjuntamente por el Foro Intereuropeo de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo y el UNFPA, en colaboración con el Consejo de Europa.

En la primera Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, celebrada en 2002 en Ottawa (Canadá), 103 funcionarios electos procedentes de 72 países suscribieron una Declaración de Compromiso¹ en que se indicaban las medidas concretas que se adoptarán para salvaguardar los derechos reproductivos de la mujer, mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación de la familia, reducir la mortalidad materna y prevenir la propagación del VIH/SIDA. Además, prometieron tratar de asignar hasta un 10% de los presupuestos de desarrollo de sus países a programas de población y salud reproductiva.

UNIVERSIDADES. Con frecuencia, los gobiernos recurren a las universidades para que recopilen y analicen datos, así como para la investigación sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en la India 18 centros de investigación sobre población adscriptos a universidades se encargan de investigar las tendencias y la dinámica de la población, los conocimientos y las actitudes de los clientes, las condiciones operacionales y otros aspectos del nexo entre población y desarrollo. En Ghana, el Instituto de Investigaciones Sociales, Estadísticas y Económicas de la Universidad proporciona capacitación en cuestiones de salud reproductiva, género y pobreza y en las relaciones entre población y desarrollo.

COOPERACIÓN SUR/SUR. Otro importante aspecto del énfasis de la CIPD en las alianzas es facilitar el intercambio de conocimientos prácticos y experiencias entre países en desarrollo. El grupo *Partners in Population and Development*, establecido en 1994 con el apoyo del UNFPA, la *Rockefeller*

Foundation y otros donantes, es actualmente una alianza integrada por 20 países en desarrollo (Bangladesh, Benin, China, Colombia, Egipto, Gambia, la India, Indonesia, Jordania, Kenya, Malí, Marruecos, México, Nigeria, Pakistán, Tailandia, Túnez, Uganda, el Yemen y Zimbabwe) que tratan de ampliar y mejorar la colaboración Sur-Sur sobre planificación de la familia y salud reproductiva².

Recursos para la aplicación del Programa de Acción

El Programa de Acción de la CIPD fue el primer documento internacional aprobado por consenso que incluyó estimaciones del costo de poner en práctica determinadas acciones³. Definió un programa básico de acciones prioritarias a emprender en el sistema de atención primaria de la salud, entre ellas:

- Planificación de la familia e infraestructura para la prestación de los servicios;
- Servicios adicionales de salud reproductiva (inclusive atención prenatal y del parto normal en condiciones de seguridad; información, educación y comunicación acerca de la salud reproductiva—inclusive ITS, sexualidad humana, procreación responsable y lucha contra prácticas nocivas como el corte genital femenino—, prevención de la infertilidad; asesoramiento psicosocial y diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual; y remisión a establecimientos de mayor capacidad, educación y asesoramiento cuando hay complicaciones del embarazo y el parto);
- Prevención de las ITS, inclusive el VIH/SIDA;
- Datos, investigaciones y formulación de políticas de población y salud reproductiva.

El costo anual de este conjunto de acciones se estimó en 17.100 millones de dólares anuales en 2000, importe que aumentaría hasta 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015. El consenso a que se llegó fue que los países en desarrollo movilizarían dos terceras partes de los importes necesarios con cargo a los recursos nacionales y que los países donantes aportarían asistencia internacional equivalente a un tercio del importe total.

En el Programa de Acción se señaló que esas estimaciones se revisarían con el transcurso del tiempo⁴, y que se necesitarían recursos adicionales en diferentes niveles de los sistemas de salud y para acciones de apoyo en esferas como la educación, la reducción de las tasas de mortalidad, la ampliación de los medios de acción de la mujer y la participación social.

NUEVAS PROYECCIONES. Después de la CIPD, se generaron otras estimaciones de costos para el programa de desarrollo en general. En 1995, la Iniciativa 20/20 para satisfacer las necesidades de servicios sociales básicos, que hizo suya la Cumbre Mundial de Desarrollo Social, exhortó a los países en desarrollo a dedicar un 20% de sus presupuestos nacionales a la salud, la educación y otros aspectos sociales del desarrollo y también instó a los países donantes a asignar a esas cuestiones un 20% de su asistencia para el desarrollo. Según las estimaciones de la Comisión de Macroeconomía y Salud, las necesidades totales para un conjunto de acciones prioritarias de salud en países de bajos ingresos ascendería a 66.000 millones de dólares por año⁵.

En lo concerniente a la salud reproductiva, en 2001 se presentó al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA una estimación de necesidades de entre 7.000 millones y 10.000 millones de dólares anuales para un conjunto integral de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA. Sobre la base de análisis ulteriores, se incrementaron esas proyecciones⁶. Se estimó que hacia 2005 se necesitarían 9.200 millones de dólares anuales para poner en práctica acciones clave y desarrollar la infraestructura. Los componentes de esas estimaciones relativos a la prevención sólo fueron marginalmente superiores a las estimaciones establecidas en la CIPD⁷.

Actualmente se están preparando nuevas estimaciones de las necesidades para el conjunto total de medidas relativas al VIH/SIDA, de modo que reflejen tanto la continua propagación de la pandemia como la necesidad de contar con fondos adicionales a fin de fortalecer la infraestructura de salud, de modo que pueda prestar los servicios necesarios.

Este ejemplo demuestra la naturaleza dinámica de las proyecciones de recursos, a medida que las prioridades de las intervenciones se ajustan a las condiciones locales y a los costos de ejecución, y que se van comprendiendo mejor las necesidades de los sistemas. Siempre es arduo calcular de antemano los costos de la transición hacia nuevos sistemas de planificación, gestión y prestación de los servicios.

El vínculo entre la prevención del VIH/SIDA y los programas de salud reproductiva es una cuestión prioritaria al formular políticas⁸. Los nuevos programas verticales sobre el VIH/SIDA incurren en costos iniciales para los sistemas de gestión dedicados a esa actividad y otros requisitos institucionales⁹. Si bien es más fácil seguir la pista a las corrientes de recursos para programas verticales especiales (en lugar de tener que desagregar determinados costos de los presupuestos generales del sistema de salud), la programación integrada puede abordar múltiples necesidades y aprovechar los efectos sinérgicos entre diferentes componentes, aprovechando al mismo tiempo las economías de escala¹⁰.

Pese a las dificultades intrínsecas para seguir la pista a las corrientes de recursos, el UNFPA informa periódicamente sobre la financiación de conjuntos de medidas básicas para la población y la salud reproductiva acordadas en la CIPD. En 2003, los donantes aportaron aproximadamente 3.100 millones de dólares, sólo 54% del compromiso que esos donantes habían asumido según el Programa de Acción para el año 2000 y 51% de los importes requeridos para 2005.

Se estimó que en 2003 los gastos nacionales de países en desarrollo para el conjunto de medidas ascenderían a 11.700 millones de dólares; pero una gran proporción de esos desembolsos se efectuaron en unos pocos países de gran magnitud, como el Brasil, China, la India, Indonesia y México. Muchos países—particularmente los más pobres, donde son bajos los gastos per cápita en salud—dependen principalmente de los recursos aportados por donantes para sufragar sus necesidades en materia de planificación de la familia, salud reproductiva, VIH/SIDA, información relativa a la población, e investigación y políticas al respecto".

Las limitaciones al progreso no son sólo financieras. Será necesario intercambiar información y tecnologías, además de otras formas de asistencia técnica, para que los recursos puedan aplicarse de la manera más eficaz.

NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS. No es posible acelerar el progreso y no puede mejorarse la calidad, a menos que los programas puedan contratar, capacitar y retener al personal. Diferentes puestos requieren diferentes aptitudes—capacitación técnica médica, aptitudes para el asesoramiento psicosocial, capacidad para la difusión en la comunidad, aptitudes de supervisión y gestión, etc.—, que con frecuencia escasean. Además, los sueldos en la administración pública suelen ser insuficientes para atraer a los hombres y las mujeres más capaces.

Además, para ampliar la cobertura de los programas también es preciso estar en condiciones de asegurar que se disponga de recursos humanos cuando las necesidades sean mayores, muchas veces en ámbitos remotos o que carecen de equipamiento y servicios. Cada uno de esos problemas de recursos humanos debe abordarse de manera sistemática, por lo general en el marco de una reforma general del sistema.

NECESIDADES DE PRODUCTOS. No es posible lograr nuevos adelantos, a menos que se cuente con los productos esenciales para ejecutar los programas. El UNFPA, en colaboración con otros importantes donantes, ha tratado de asegurar un suministro fiable de medicamentos, equipo y suministros de calidad con destino a servicios de salud reproductiva.

Según se estima, actualmente los donantes aportan mucho menos que la proporción histórica de los costos de productos anticonceptivos: a comienzos del decenio de 1990,

los donantes aportaban un 41% de los importes necesarios para los productos, cuando actualmente aportan la mitad de esa proporción. Debido a este déficit en la financiación, ha sido preciso establecer sistemas para responder a las peticiones de emergencia formuladas por los países a fin de prevenir el agotamiento de las existencias y la escasez.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. El Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, asigna prioridad a los diagnósticos de necesidades de recursos y necesidades de capacidad para alcanzar esos objetivos en los próximos 11 años¹². Las evaluaciones efectuadas por expertos reconocen que, para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es fundamental contar con servicios de salud reproductiva (inclusive los de planificación de la familia, maternidad sin riesgo y prevención de las infecciones de transmisión sexual)¹³.

En consecuencia, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio será necesario efectuar inversiones multisectoriales, inclusive inversiones en cuestiones de población y salud reproductiva.

Es preciso aumentar sustancialmente los recursos (tanto los aportados por donantes como las asignaciones de los presupuestos nacionales) con destino a la ejecución del Programa de Acción de la CIPD y el logro de los Objetivos

35

DINÁMICA DE LA POBLACIÓN Y FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

El Plan Nacional de Desarrollo de Nicaragua (2003) es un buen ejemplo de la manera en que los países pueden integrar la dinámica de población en los procesos nacionales de formulación de políticas y planificación.

El Plan, redactado con la asistencia técnica del UNFPA, indica que el crecimiento de la población y la migración interna y externa tienen importantes implicaciones para la reducción de la pobreza. Exhorta a mejorar los sistemas de recopilación de datos demográficos y creación de empleo y a prestar especial atención a las necesidades de los jóvenes en cuanto a los servicios de salud reproductiva y sexual y la educación al respecto.

El Plan ha influido sobre otros procesos de desarrollo iniciados por el Gobierno o en los cuales ha participado, entre ellos la preparación del Documento de Estrategia para la Reducción de la Pobreza, la formulación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la determinación de las acciones necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los planes nacionales sobre población, juventud y desarrollo. El Plan también ha propiciado un diálogo fructífero entre los encargados nacionales de formular políticas en diversos sectores de desarrollo, y la colaboración local entre diferentes sectores, notablemente en cuanto a proporcionar servicios para los adolescentes.

Prioridades para la acción

El liderazgo político y la financiación suficiente serán factores críticos para alcanzar tanto los objetivos de El Cairo como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre las prioridades para la acción en los próximos diez años figuran las siguientes:

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS

- **Integrar las prioridades de la CIPD en los diálogos sobre políticas de desarrollo**, en esferas como la erradicación de la pobreza, la habilitación de la mujer, las políticas sociales, los derechos humanos, la sostenibilidad del medio ambiente y las políticas macroeconómicas, y en los enfoques sectoriales, los PRSP y otros marcos y procesos de programación.
- **Ampliar el enfoque de políticas y programas de modo de satisfacer las necesidades de las poblaciones más pobres** y velar por que la aplicación del Programa de Acción de la CIPD tenga una orientación favorable a los pobres. Asignar prioridad a aumentar la educación y acrecentar las aptitudes de los pobres, inclusive aptitudes para la vida, y proporcionar servicios a las comunidades rurales y urbanas que carecen de ellos.
- Incorporar la **participación de la sociedad civil** como aspecto regular en las prácticas nacionales, regionales y de institucionales locales.
- **Reformar leyes, políticas e instituciones a fin de ampliar las opciones de mujeres y hombres**. Combatir la violencia por motivos de género y las prácticas tradicionales nocivas; ampliar el acceso de las mujeres a los recursos, inclusive tierra y crédito; aumentar la participación de las mujeres en la adopción de decisiones; y subsanar la desigualdad en las familias, los lugares de trabajo y las comunidades.
- **Vincular las acciones y sistemas nacionales de fomento de la capacidad** a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y vigilar los adelantos hacia las metas necesarias para aplicar el Programa de Acción de la CIPD, a fin de maximizar los efectos sinérgicos y la eficacia de los programas.

POBLACIÓN Y DESARROLLO

- **Incluir la dinámica de población en los procesos de planificación nacional** y los diálogos de política. A medida que tamaño, composición y densidad de la población van cambiando, es necesario que los planificadores estén en condiciones de pronosticar y satisfacer las necesidades en materia de infraestructura y servicios.
- **Responder a la rápida urbanización**, inclusive la que ocurre en los países menos adelantados. Ampliar la atención primaria de la salud—inclusive los servicios de salud reproductiva—y otros servicios sociales en las comunidades pobres y en la periferia de las ciudades. Aumentar la descentralización de la adopción de decisiones, impartiendo capacitación en el plano local en materia de fijación de prioridades, presupuestación, y prestación y monitoreo de los servicios.
- **Prestar mayor atención al desarrollo rural con el propósito de:** abordar las deficiencias en los servicios de salud, la educación y el empleo; eliminar la degradación del medio ambiente; frenar la emigración de personas dotadas de aptitudes y educación; reducir los efectos del VIH/SIDA; y afianzar la seguridad humana.

SALUD REPRODUCTIVA

- **Centrar más atención y recursos en la prestación de servicios integrales y de alta calidad de salud reproductiva.**
- Asignar prioridad a la salud reproductiva y la planificación de la familia con el **propósito de fortalecer y reformar los sistemas de salud** y también en los enfoques sectoriales, los PRSP y las estrategias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **Fortalecer la capacidad** a todos los niveles para la prestación de servicios de salud reproductiva, asegurar una financiación sostenible y una adecuada dotación de personal, mejorar la calidad de los servicios y aumentar su utilización.

- **Asegurar la sostenibilidad y la seguridad de las cadenas** de suministros, de modo que estén disponibles todos los equipos y suministros requeridos para prestar servicios integrales de salud reproductiva, inclusive los anticonceptivos.
- **Orientar la capacidad y los recursos hacia las intervenciones de probada eficacia**, incluidos nuevos enfoques para reducir la mortalidad derivada de la maternidad y asegurar la salud reproductiva de los adolescentes.
- Mejorar la **calidad de la atención** provista, sobre la base de la experiencia del pasado decenio;
- **Establecer eficaces mecanismos de monitoreo y evaluación** para abordar las limitaciones en la aplicación de programas nacionales y determinar su grado de éxito.
- **Fortalecer los sistemas de recopilación, análisis, difusión y utilización** de datos, proporcionando apoyo institucional y programas de capacitación.

SALUD MATERNA

- **Aumentar la escala y acrecentar sustancialmente el acceso de la mujer a las intervenciones de probada eficacia para prevenir las defunciones maternas:** atención del parto por personal capacitado y acceso a la atención obstétrica de emergencia.
- **Fortalecer los servicios de planificación de la familia** para que las mujeres puedan aplazar, espaciar y limitar los embarazos.
- **Aumentar la utilización de los servicios de maternidad sin riesgo**, en particular por hogares pobres, aumentando la conciencia, abordando las barreras sociales y económicas y mejorando la infraestructura.
- **Eliminar los obstáculos financieros al acceso de la mujer a la atención prenatal, del parto y del posparto**, o bien estableciendo que esa atención es gratuita o bien sufragando el costo mediante sistemas nacionales de seguro.

VIH/SIDA

- **Vincular más eficazmente las intervenciones relativas al VIH/SIDA con otros componentes de la salud reproductiva**, como parte de una respuesta multisectorial a la epidemia.
- **Ampliar el apoyo a los programas de planificación de la familia y salud reproductiva**, importantes puntos de entrada para la prevención del VIH y su tratamiento y atención.
- Intensificar los esfuerzos por **incorporar la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en servicios integrales de salud reproductiva.**
- **Ampliar la escala de programas en curso**, utilizando un enfoque multisectorial.
- **Abordar los factores socioeconómicos que facilitan la infección con el VIH/SIDA**, inclusive las relaciones de género, mediante programas que promuevan cambios en el comportamiento apropiados culturalmente.

SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

- Intensificar las acciones para **llegar a todos los adolescentes necesitados**, inclusive los adolescentes casados y los que no asisten a la escuela.
- **Aumentar la participación de los jóvenes** en el diseño, la aplicación y el monitoreo de los programas, así como en los procesos de formulación de políticas.
- **Ampliar el enfoque integral de la programación y el desarrollo en beneficio de los jóvenes.**
- **Aumentar la escala de las acciones realizadas actualmente.**

RECURSOS

- **Aumentar la asistencia de donantes** destinada a la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.
- **Facilitar el intercambio de información** sobre lo que da resultado de modo que se combinen los fondos y la capacidad administrativa para lograr un máximo efecto.
- **Apoyar a los gobiernos a fin de que adopten decisiones racionales** en una atmósfera de transparencia y rendición de cuentas.

de Desarrollo del Milenio, pero esos recursos deben utilizarse eficazmente. En el cambiante ámbito institucional resultante de la descentralización y la delegación de facultades de decisión en los sectores sociales, esto requerirá el desarrollo de aptitudes y capacidad a nivel nacional y a niveles administrativos más bajos. Muchos países, en particular los más pobres, carecen de suficientes recursos financieros y humanos; es preciso formular planes eficaces para superar esas limitaciones.

En 2002, los donantes reafirmaron su aspiración de proporcionar asistencia internacional con una cuantía de 0,7% de su producto nacional bruto, durante la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey (México). Sólo cinco países donantes han alcanzado ese nivel de apoyo¹⁴.

A fin de conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los objetivos, de importancia crítica, de la CIPD, y lograr reales adelantos en cuanto a reducir los numerosos aspectos de la pobreza humana, los pasados compromisos en pro de la asistencia para el desarrollo deben dejar de ser declaraciones de buenas intenciones y transformarse en activas alianzas y efectivas inversiones.

Conclusión

En 1994, la CIPD otorgó un significado práctico al desarrollo centrado en el ser humano. El Programa de Acción reconoce que para lograr un crecimiento económico sostenido y mitigar la pobreza, es imprescindible efectuar inversiones en los seres humanos y ampliar sus oportunidades y capacidades.

El consenso de El Cairo estimuló una respuesta mundial:

- Facilitó mayores adelantos en la comprensión internacional de la salud y la habilitación de las mujeres, que se expresaron en 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing;
- Promovió la focalización en las oportunidades individuales y el diálogo sobre desarrollo y lo colocó en el centro de las políticas y estrategias de población;
- Fue un factor catalizador de la ampliación del papel de las organizaciones de la sociedad civil en el diálogo sobre desarrollo;
- Legitimó los acuerdos internacionales sobre necesidades de recursos a fin de alcanzar las metas de desarrollo.

Debido a esos resultados, la CIPD contribuyó a preparar el camino para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En este decenio, se han logrado adelantos en las políticas nacionales, regionales e internacionales, de conformidad con las aspiraciones planteadas en la CIPD. Se ha promovido la salud reproductiva en políticas e instituciones. Se ha reconocido la diversidad de situaciones demográficas en todo el mundo y los países han tratado de formular políticas y programas que respondan a las necesidades percibidas.

Actualmente, se abordan y se adoptan medidas con respecto a temas que anteriormente se dejaban de lado en los debates sobre política, entre ellos, las prácticas tradicionales nocivas, la violencia por motivos de género, la salud reproductiva de los adolescentes, la atención posterior al aborto, las necesidades de salud de refugiados y personas que viven en situaciones de emergencia, la seguridad de suministros de productos de salud reproductiva y planificación de la familia, y el papel de la cultura como vehículo para promover los derechos humanos básicos.

Es mucho lo que ha cambiado en el mundo después de 1994. Se ha transformado pronunciadamente el marco ideológico e institucional para las iniciativas de desarrollo. La descentralización de la adopción de decisiones, los cambiantes equilibrios en las responsabilidades públicas y privadas, los nuevos mecanismos de financiación y las limitaciones presupuestarias, sumados a las acciones de reforma sectorial, los programas verticales para determinadas enfermedades y la mayor prioridad otorgada a la reducción de la pobreza, han transformado los términos del debate y de la adopción de medidas.

No obstante, el enfoque participatorio de las acciones nacionales, centrado en el ser humano, que es el aspecto medular del Programa de Acción de la CIPD, es hoy más pertinente que nunca. En momentos en que el mundo trata de alcanzar los ambiciosos objetivos de la Cumbre del Milenio, siguen teniendo una importancia central el compromiso político y la dedicación de suficientes recursos financieros y humanos a la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

Las acciones para lograr una mejor salud materno-infantil, la igualdad de género, el adelanto educacional, la reducción de la pobreza, la calidad del medio ambiente y las mejores alianzas en pro del desarrollo dependen de movilizar la voluntad política y la financiación necesarias para plasmar en la realidad el consenso de El Cairo. El acceso universal a los servicios de salud reproductiva, a la educación, y a la participación social, tienen importancia vital para la dignidad y la seguridad nacionales y son importantes condiciones del progreso para mitigar la pobreza.

Notas e Indicadores

Notas	94
-------	----

Fuentes para los cuadros	101
--------------------------	-----

Indicadores	
Vigilancia de las metas de la CIPD: Indicadores seleccionados	102
Indicadores demográficos, sociales y económicos	106
Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos	110
Notas de cuadros de indicadores	112
Notas técnicas	113

CAPÍTULO 1

- 1 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA.
- 2 Esta sección se basa en el análisis que figura en: *To Better Communication Project*. 2003. *The Road to Global Reproductive Health: Reproductive Health and Rights on the International Agenda: 1968-2003*. Nueva York: *To Better Communication Project*, coordinado con el grupo de trabajo sobre medios de difusión y promoción de EuroNGOs, patrocinado por el UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/199_filename_eurong.pdf, visitado el 9 de junio de 2004.
- 3 Véase: UNFPA. 1997. "Salud reproductiva y derechos humanos". Capítulo 1 de: *El Estado de la Población Mundial 1997: El derecho a elegir: Derechos reproductivos y salud reproductiva*. Nueva York: UNFPA.
- 4 UNFPA. 2004. Págs. 34 y 35.
- 5 El aborto en malas condiciones se define como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, o bien por parte de personas que carecen de las aptitudes necesarias, o bien en un ámbito que carece de los estándares médicos mínimos, o ambos (sobre la base de WHO. 1994. *Health, Population and Development* [WHO/FHE/94.1]). Documento de posición de la OMS preparado para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Ginebra: OMS.
- 6 OMS, UNICEF y UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: OMS y OMS. 2003. *Reproductive Health. Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1). Ginebra: OMS.
- 7 ONUSIDA. 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report* (UNAIDS/04.16E). Ginebra: ONUSIDA.
- 8 No obstante, el aumento tal vez no sea sostenible y puede representar inversiones en programas de VIH/SIDA en lugar de la adopción de un enfoque integral de la salud reproductiva.

CAPÍTULO 2

- 1 Naciones Unidas, Proyecto del Milenio, 2004. *Task Force 3 Interim Report on Primary Education*, Nueva York: UN Millennium Project. Sitio Web: www.unmillenniumproject.org/documents/tf3genderinterim.pdf, sitio visitado más recientemente el 2 de junio de 2004; y Naciones Unidas, Proyecto del Milenio, 2004. *Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health*. Nueva York: UN Millennium Project. Sitio Web: www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf, sitio visitado más recientemente el 2 de junio de 2004.

- 2 Hakkert, R., y G. Martine. 2003. *Population, Poverty and Inequality: A Latin American Perspective*, capítulo 6 en: *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, editado por el UNFPA. Serie sobre Estrategias de Población y Desarrollo, No. 8. Nueva York: UNFPA.
- 3 Eastwood, R., y M. Lipton. 2001. *Demographic Transition and Poverty: Effects Via Economic Growth, Distribution and Conversion*. Capítulo 9 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley, y S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 4 National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington D.C.: National Academy Press.
- 5 RAND Corporation. 2002. *Banking the 'Demographic Dividend': How Population Dynamics Can Affect Economic Growth*. *Population Matters Policy Brief*, No. RB-5065-WFHF/DLPF/RF. Santa Monica, California: RAND Corporation; Bloom, D. E., D. Canning, y J. Sevilla. 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. RAND Population Matters Monograph Series. Santa Monica, California: RAND Corporation; Paes de Barros, R., y otros. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil", capítulo 11 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley, y S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press; Bloom, D. E., D. Canning, y J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Seltzer, J. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Cassen, R. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey, y Oxford: Transaction Publishers; y Lassonde, L. 1996. *Coping with Population Challenges*. Londres: Earthscan Publications.
- 6 Banco Mundial. Vigilancia Mundial de la Pobreza. Sitio Web: www.worldbank.org/research/povmonitor/index.htm, sitio visitado más recientemente el 18 de mayo de 2004.
- 7 Este párrafo y los siguientes se han basado en gran medida en: UNFPA. 2002. *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*. Nueva York: UNFPA.
- 8 Naciones Unidas. 2003. La epidemia de VIH/SIDA y sus consecuencias sociales y económicas (UN/POP/MORT/2003/12). Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 9 National Research Council. 2001. *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 10 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA.

CAPÍTULO 3

- 1 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 3.14. Nueva York: Departamento de Información y Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 2 Gardner, G., E. Assadourian, y R. Sarin. 2004. "The State of Consumption Today". Capítulo 1 en: *State of the World 2004*, Informe del Worldwatch Institute. 2004. Nueva York: W. W. Norton.
- 3 OMS. 2002. Informe Mundial sobre la Salud 2002: *Reducir los riesgos, promover una vida saludable*, pág. 51. Ginebra: OMS.
- 4 Gardner, Assadourian, y Sarin 2004.
- 5 Knickerbocker, B. 22 de enero de 2004. *If the Poor Get Richer, Does the World See Progress? The Christian Science Monitor*.
- 6 Gardner, Assadourian, y Sarin. 2004.
- 7 Ibídem. Pág. 5.
- 8 MacDonald, M., y D. Nierenberg. 2003. *Linking Population, Women, and Biodiversity*, pág. 42. Capítulo 3 de: *State of the World 2003*, informe del Worldwatch Institute. 2003. Nueva York: W. W. Norton.
- 9 UNFPA. 2001. *El Estado de la Población Mundial 2001: Huellas e hitos: Población y cambio del medio ambiente*, págs. 38 y 39 y las referencias citadas en el informe; y Nierenberg, D. 2002. *Correcting Gender Myopia, Gender Equity, Women's Welfare, and the Environment*. Worldwatch Paper. No. 161. Washington, D.C.: Worldwatch Institute.
- 10 Nierenberg 2002.
- 11 Simpson-Hebert, M. 1995. *Water, Sanitation, and Women's Health: The Health Burden of Carrying Water*. *The Environmental Health Newsletter* 25. Ginebra: OMS. Citado en: *Women, Men, and Environmental Change: The Gender Dimension of Environmental Policies and Programs*, pág. 4, por Justine Sass. 2002. *Emerging Policy Issues in Population, Health, and the Environment Series*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 12 Nierenberg 2002, pág. 45.
- 13 *Women's Environment and Development Organization*. 2003. *Common Ground: Women's Access to Natural Resources and the United Nations Millennium Development*

Goals, pág. 5. Nueva York: Women's Environment and Development Organization.

- 14 MacDonald y Nierenberg 2003, pág. 52 y *Final Conclusions: Meeting of Women Leaders on the Environment: 7-8 March 2002: Helsinki, Finland*. Sitio Web: www.mtnforum.org/resources/library/mwlen02a.htm, sitio visitado más recientemente el 4 de mayo de 2004.

CAPÍTULO 4

- 1 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, capítulo 9, sección B. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 2 Ibídem, párrafos 9.1 y 9.12.
- 3 Este análisis y otros análisis posteriores se basan en la labor de Mark R. Montgomery y colegas, entre ellos: Montgomery, M. R. 2004. *Urbanization, Poverty and Health in the Developing World*. Presentación ante la División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, 8 de abril de 2004; y Montgomery, M., y P. Hewett. 2004. *Urban Poverty and Health in Developing Countries: Household and Neighborhood Effects*. Policy Research Division Working Papers. Número 184. Nueva York: The Population Council.
- 4 Las estimaciones actualizadas proceden de: Naciones Unidas. 2004. "Executive Summary". *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 5 Véase: Dyson, T. 2003. *HIV/AIDS and Urbanization*. Population and Development Review 29(3): págs. 427 a 442.
- 6 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA. Ese informe sobre las medidas recientes guarda coherencia con las constataciones de la División de Población de las Naciones Unidas de que casi las tres cuartas partes de los países en desarrollo han adoptado políticas para reducir las corrientes migratorias hacia las zonas metropolitanas, inclusive las adoptadas anteriormente. (Véase: Naciones Unidas 2004).
- 7 Fuente: Naciones Unidas. 2002. *International Migration Report 2002* (Número de venta E.03.XIII.4). Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 8 Es difícil estimar el número de migrantes, debido a la falta de datos comparables. Si bien muchos países realizan censos periódicos, la difusión de la información así recogida ha sido limitada o lenta, especialmente en los países en desarrollo.

En algunos países, las consideraciones políticas a veces influyen sobre los informes relativos a estadísticas de migración.

- 9 Un migrante a largo plazo es una persona que se desplaza hacia un país distinto del de su residencia habitual durante un período de al menos un año (12 meses), de modo que el país de destino pasa a ser efectivamente su nuevo país de residencia habitual. Desde la perspectiva del país de origen, la persona será un emigrante a largo plazo y desde la perspectiva del país de llegada, la persona será un inmigrante a largo plazo. Un migrante a corto plazo es una persona que se desplaza hacia un país distinto del de su residencia habitual durante un período de al menos tres meses pero inferior a un año (12 meses), excepto en los casos en que el viaje a ese país tiene propósitos de recreación, vacaciones, visitas a amigos y parientes, negocios, tratamiento médico o peregrinaje religioso. A los fines de las estadísticas internacionales sobre migración, el país donde residen habitualmente los migrantes a corto plazo se considera país de destino durante el período en que ellos permanecen en el mismo. (Véase: Naciones Unidas. 1998. *Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1* [ST/ESA/STAT/SER.M/58/Rev.1]. *Statistical Papers*. Series M. No. 58. Rev. 1. Nueva York: División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas). Según el informe presentado el 20 de agosto de 2003 a la Asamblea General por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (Véase: Naciones Unidas. 2003. *Report by the High Commissioner to the General Assembly on Strengthening the Capacity of the Office of the High Commissioner for Refugees to Carry Out Its Mandate* (A/AC.96/980). Nueva York: Naciones Unidas), si bien seguirá distinguiéndose claramente entre migración voluntaria y migración forzada, los problemas de los refugiados y solicitantes de asilo (que son migrantes forzados) deberán ser abordados dentro del marco más amplio de la migración internacional.
- 10 Aunque por lo general se hace mención de "países", en este caso "zonas" se refiere tanto a los países (en lo concerniente a la migración internacional) como a las ciudades y aldeas dentro de un mismo país (en el caso de la migración interna).
- 11 Banco Mundial. 2003. *Global Development Finance 2003: Striving for Stability in Development Finance*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 12 Naciones Unidas 1995, párrafo 10.2.
- 13 *Ibidem*, párrafos 10.3 a 10.8.
- 14 Ogata, S., y A. Sen. 2003. *People on the Move*. Capítulo 3 en *Human Security Now: Commission on Human Security*. Informe final de la Comisión de Seguridad Humana. Nueva York: Comisión de Seguridad Humana.

- 15 En su resolución 54/212 de 22 de diciembre de 1999, la Asamblea General pidió al Secretario General que en su quincuagésimo sexto período de sesiones presentara "un informe que, entre otras cosas, resuma las lecciones aprendidas, así como las mejores prácticas en la gestión y las políticas de migración, sobre la base de las diversas actividades relativas a la migración y el desarrollo internacionales, realizadas a nivel regional e interregional..." (Véase: Naciones Unidas. 2000. Resolución aprobada por la Asamblea General: 54/212: *Migración Internacional y Desarrollo* [A/RES/54/212]. Nueva York: Naciones Unidas).

CAPÍTULO 5

- 1 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (A/S-21/5/Add.1), párrafo 48. Nueva York: Naciones Unidas.
- 2 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA.
- 3 Centre for Development and Population Activities. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington, D.C.: Centre for Development and Population Activities.
- 4 Barnett, B., y otros. 1996. *Case Study of the Women's Center of Jamaica Foundation Programme for Adolescent Mothers*. Research Triangle Park, North Carolina: Women's Studies Project, Family Health International; Gayle, H. 2002. *Jamaican Fathers and their Sons: A Tracer Study of the Baby-fathers and Sons of Female Participants of the Women's Centre Foundation of Jamaica in Westmoreland and St. Catherine, with a Focus on Father-son Relationships and Reproductive Health*. Informe presentado al Youth.now Project. Kingston, Jamaica: University of the West Indies y the Futures Group; y McNeil, pág. 1999. *Women's Centre: Jamaica: Preventing Second Adolescent Pregnancies by Supporting Young Mothers*. FOCUS on Young Adults Project Highlights. Sitio Web: www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/ProjectHighlights/womenscentrejamaica.htm, sitio visitado más recientemente el 6 de mayo de 2004.
- 5 Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). 2002. *Salud y empoderamiento para las mujeres del medio rural y sus familias*. IMIFAP Action-Research Summary. México D.F.: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. Sitio Web: www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen13.pdf, sitio visitado más recientemente el 6 de mayo de 2004; y Pick, S. 2002. "Si yo estoy bien, mi familia también". Ponencia presentada en el PsychoSocial Workshop, Atlanta, Georgia, 7 de mayo de 2002.
- 6 Boland, R. 2004. Base de datos sobre población y legislación. Se puede

proporcionar un compendium especial a solicitud de los interesados.

- 7 UNFPA. 2004, pág. 26.
- 8 *Ibidem*, pág. xiii, Caps. 3, 4 y 9.
- 9 *Ibidem*, pág. xxiii.
- 10 Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. 2004. *Task Force 3 Interim Report on Gender Equality*. Nueva York: Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.
- 11 PNUD. 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look through a Gender Lens*, pág. 22. Nueva York: PNUD.
- 12 Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas 2004.
- 13 Commonwealth Secretariat. 1999-2004. *GMS Series of Reference Manuals on Gender Mainstreaming in Various Sectors and Development Issues for Policy Makers and Other Stakeholders*. Londres: Commonwealth Secretariat. Sitio Web: www.thecommonwealth.org/gender, sitio visitado más recientemente el 21 de junio de 2004.

CAPÍTULO 6

- 1 Singh, S., y otros. 2004. *Salud sexual y reproductiva: Una inversión que vale la pena*. Washington, D.C., y Nueva York: The Alan Guttmacher Institute y UNFPA.
- 2 UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA; y OMS. 2003. *Reproductive Health. Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1). Ginebra: OMS.
- 3 Naciones Unidas. 2004. *Review and Appraisal of the Progress made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/3). Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas.
- 4 En Bangladesh, la prevalencia aumentó en general en 1,8 punto porcentual, pero en tres quintiles—y en mayor medida en el quintil más pobre—hubo disminución en los deseos satisfechos por el uso de métodos modernos.
- 5 Pueden encontrarse detalles sobre los cálculos y un análisis amplio de la fiabilidad, la validez y la implicación del concepto, en: Casterline, J. B., y S. W. Sinding. 2000. *Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy*. *Population and Development Review* 26(4): págs. 691 a 723.
- 6 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo*, volumen. 1: *Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 7.16.
- 7 Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 7 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (A/S-21/5/Add.1), párrafo 58. Nueva York: Naciones Unidas.
- 8 Los datos sobre la fecundidad total y la fecundidad a que se aspira, según las encuestas más recientes, proceden de: *Demographic and Health Surveys* StatCompiler. Sitio Web: www.orcmacro.org, sitio visitado el 8 de marzo de 2004.
- 9 La dinámica de esta relación y los correlativos efectos sobre la medida en que se recurre al aborto se analizan en: Bongaarts, J. 1997. *Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World*. Policy Research Division Working Paper. No. 98. Nueva York: The Population Council; y Bongaarts, J., y C. F. Westoff. 2000. *The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion*. *Studies in Family Planning* 31(3): págs. 193 a 202.
- 10 Singh, S., y otros. 2004.
- 11 Las técnicas anticonceptivas modernas abarcan la anticoncepción quirúrgica masculina y femenina, los anticonceptivos orales, los implantes e inyecciones y los métodos de barrera (condones masculinos y femeninos y diafragmas). Los métodos tradicionales abarcan abstinencia periódica, retiro y amenorrea del período de lactancia (amamantamiento prolongado).
- 12 Agregando esos métodos tradicionales a los cálculos de necesidades insatisfechas de métodos modernos, un 63% de las mujeres y las parejas de países de África al Sur del Sahara tienen deseos insatisfechos en cuanto a limitar y espaciar los alumbramientos.
- 13 Esto puede incluir escasez de apoyo y de suministros en lo concerniente a métodos temporales para el espaciamiento de los nacimientos y la necesidad de abordar la sensibilidad cultural (por ejemplo, cuando los efectos secundarios son el sangrado o las pérdidas de sangre, pero hay tabúes con respecto a la sangre).
- 14 Rudy, S., y otros. 2003. *Improving Client-Provider Interaction*. *Population Reports*. Series Q. No. 1. Baltimore, Maryland: The INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Sitio Web: <http://www.infoforhealth.org/pr/q01/q01.pdf>, sitio visitado más recientemente el 27 de abril de 2004.
- 15 Véase un análisis de los servicios acogedores para la juventud en: UNFPA. 2003. *El Estado de la Población Mundial 2003: Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York: UNFPA.

- 16 Cálculo sobre la base de datos proporcionados por John Ross de la Encuesta del Programa para Fortalecer la Planificación de la Familia, 1999 (véase: Ross, J. y J. Stover. 2000. *Effort Indices for National Family Planning Programs: 1999 Cycle. Measure Evaluation Working Paper. No. WP-00-20*. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center, University of North Carolina. Véase también: Ross, J., J. Stover y A. Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, Cap. 5. Glastonbury, Connecticut: The Futures Group International). Esta encuesta se ha realizado periódicamente a partir de 1982. Se ha previsto una actualización para fines de 2004. Se dispone de menos datos sobre mujeres solteras que carecen de acceso a los anticonceptivos, pero se sabe que agregarían cantidades apreciables a esa estimación.
- 17 Bongaarts, J., y S. C. Watkins (1996). *Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions. Population and Development Review* 22(4): págs. 639 a 682; y Merrick, T. W. 2002. *Population and Poverty: New Views on an Old Controversy. International Family Planning Perspectives* 28(1): págs. 41 a 46.
- 18 Merrick 2002.
- 19 El término se utiliza aquí para denotar a quienes usan un método cuando desean evitar un embarazo. Las definiciones más completas (véase: Sinding y Casterline, 2000; Jain, A. K. 2001. *Family Planning Programs: Quality of Care*. En: *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, editada por N. J. Smelser y P. B. Baltes. 2001. Amsterdam: Elsevier; y RamaRao, S., y R. Mohanam. 2003. *The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects. Studies in Family Planning* 34(4): págs. 227 a 248) toman en cuenta si los usuarios tienen o no acceso a una gama de opciones y si han seleccionado un método apropiado a sus deseos. Una importante contribución histórica centrada en la satisfacción de las intenciones puede encontrarse en: Jain, A., y J. Bruce. 1994. *A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs*, págs. 192 a 208 en: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, editado por G. Sen, A. Germain, y L. Chen. 1994. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- 20 Merrick, T. 2004. *Maternal-Newborn Health and Poverty*. Proyecto de informe. Washington, D.C.: Banco Mundial. Citado en: UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: UNFPA.
- 21 UNFPA. 2004a.
- 22 OMS. 1998. *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (WHO/FRH/FPP/98/19). Ginebra: Family Planning and Population, Reproductive Health Technical Support, Family and Reproductive Health, OMS.
- 23 OMS. Sin fecha. *Sexually Transmitted Infections: A Persistent Public Health Burden*. Ginebra: Department of Reproductive Health and Research, OMS.
- 24 OMS 2003.
- 25 OMS. Sin fecha.
- 26 UNFPA. 2004b. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*, pág. 16. Nueva York: Subdivisión de Salud Reproductiva, División de Apoyo Técnico, UNFPA, pág. 16.
- 27 Naciones Unidas. 1995, párrafo 7.32.
- 28 OMS. Sin fecha.
- 29 Coggins, C., y A. Heimbürger. 2002. *Sexual Risk, Sexually Transmitted Infections, and Contraceptive Options: Empowering Women in Mexico with Information and Choice*. Págs. 274 a 275 en: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, editado por N. Haberland y D. Measham. 2002. Nueva York: The Population Council.
- 30 OMS. Sin fecha.
- 31 OMS. 2003.
- 32 UNFPA 2004b, págs. 25 y 26.
- 33 *Ibidem*, págs. 26 y 27.
- 34 UNFPA 2004a, pág. 37.
- 35 *Ibidem*.
- 36 Banco Mundial. 2004. *Informe sobre Desarrollo Mundial 2004*, págs. 1 a 5. Nueva York: Oxford University Press.
- 37 Bruce, J. 1990. *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in Family Planning* 21(2): págs. 61 a 91.
- 38 Huevo, C., y S. Diaz. 1993. *Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs. Advances in Contraception* 9(2): págs. 129 a 139.
- 39 John Snow, Inc. 2000. *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Service Delivery: Context and Case Studies*. Arlington, Virginia: Family Planning Expansion and Technical Support (SEATS II) Project, John Snow, Inc.; Lynam, P., 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; y Hardee, K., y B. Gould. 1993. *A Process for Service Quality Improvement in Family Planning. International Family Planning Perspectives* 19(4): págs. 147 a 152.
- 40 Hardee, K. De próxima publicación. *The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala*. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group and the POLICY Project.
- 41 Mensch, B., M. Arends-Kuenning, y A. Jain. 1996. *The Impact of the Quality of Family Planning Services on Contraceptive Use in Peru. Studies in Family Planning* 27(2): págs. 59 a 75.
- 42 Mroz, T. A., y otros. 1999. *Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania. Demography* 36(1): págs. 23 a 40.
- 43 Pariani, S., D. M. Heer, y M. D. Van Arsdol, Jr. 1991. *Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use: Evidence from East Java. Studies in Family Planning* 22(6): págs. 384 a 390.
- 44 Cotton, N., y otros. 1992. *Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia. International Family Planning Perspectives* 18(4): págs. 145 a 149.
- 45 Se definió la calidad de la atención como la existente cuando por lo general o siempre el trabajador sobre el terreno responde a las preguntas de la cliente, aprecia su necesidad de mantener el carácter privado, aparece como fiable para ayudar a resolver problemas, manifiesta su simpatía por las necesidades de la cliente, proporciona suficiente información, dedicando diez minutos o más a la cliente durante la visita más reciente, y proporciona una gama de métodos.
- 46 Koenig, M. 2003. *The Impact of Quality of Care On Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh*. Baltimore, Maryland: Department of Population and Family Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University.
- 47 Rudy, S., y otros. 2003.
- 48 John Snow, Inc. 2000; Nguyen, M. T., y otros. 1998. *Improving Quality and Use of Family Planning in Three Sites in Vietnam*. Ponencia presentada por la American Public Health Association Annual Meeting, Washington, D.C., 15 a 19 de noviembre de 1998; Bradley, J., y otros. 1998. *Quality of Care in Family Planning Services: An Assessment of Change in Tanzania 1995/6 to 1996/7*. Nueva York: AVSC International. Todos citados en: RamaRao, S., y R. Mohanam. 2003. *The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects. Studies in Family Planning* 34(4): págs. 227 a 248.
- 49 RamaRao y Mohanam 2003.
- 50 Schuler, S. R., L. M. Bates, y M. D. K. Islam. 2002. *Paying for Reproductive Health Services in Bangladesh: Intersections between Cost, Quality and Culture. Health Policy and Planning* 17(3): págs. 273 a 280.
- 51 UNFPA. 2004c. *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2002*. Proyecto de informe. Nueva York: UNFPA.
- 52 El costo medio por usuario de los anticonceptivos se ha calculado en 1,52 dólar por año. Se supone que la falta de disponibilidad de anticonceptivos tiene efectos adversos sobre la salud reproductiva de la mujer, aun cuando se dispusiera de otros servicios de salud reproductiva. Al estimar las consecuencias, hemos utilizado las fórmulas empleadas en: UNFPA. 1997. *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls up to the Year 2000: Report of the Executive Director* (DP/FPA/1997/12). Nueva York: UNFPA.
- 53 UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*, capítulo 1. Nueva York: UNFPA.
- 54 Véase: UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: A Global Call to Action*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, sitio visitado más recientemente el 17 de junio de 2004.
- 55 OMS y UNFPA. 2002. *Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services*. Proyecto de informe. Ginebra y Nueva York: OMS y UNFPA.
- 56 Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York.
- 57 Malhotra, A., y R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 58 Greene, M. E., y A. E. Biddlecom. 2000. *Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles. Population and Development Review* 26(1): págs. 81 a 115.
- 59 Ezech, A. C., M. Seroussi, y H. Raggars. 1996. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences. Demographic and Health Surveys Comparative Studies*. No. 18. Calverton, Maryland: Macro International.
- 60 Entre las investigaciones sobre este tema cabe mencionar: Mason, K. O., y A. M. Taj. 1987. *Differences Between Women's and Men's Reproductive Goals in Developing Countries. Population and Development Review* 13(4): págs. 611 a 638; y Coombs, L. C., y M. C. Chang. 1981. *Do Husbands and Wives Agree?: Fertility Attitudes and Later Behaviour. Population and Environment* 4(2): págs. 109 a 127.

- 61 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- 62 *Ibíd.*
- 63 Pueden encontrarse ejemplos en programas e investigaciones en América Latina (Loaiza, E. 1998. "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience." Ponencia preparada para el seminario, "Men, Family Formation and Reproduction", organizado por Committee on Gender and Population of the International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP] y Centro de Estudios de Población [CENEP], Buenos Aires, Argentina, 13-15 May 1998. Liege, Belgium: IUSSP) and in Ghana (Lampthey, P. et al. 1978. "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana." *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226.).
- 64 Basu, A. M. 1996. "Women's Education, Marriage And Fertility: Do Men Really Not Matter?" Population and Development Program Working Paper Series. No. 96.03. Ithaca, New York: Cornell University; Hull, T. H. 1999. "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?" Ponencia presentada en Psychosocial Workshop, Nueva York, Nueva York, 23 y 24 de marzo de 1999; y Hawkes, S. 1998. "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh." *Sexual Health Exchange* 3: págs. 14 y 15.
- 65 White, V., M. Greene, y E. Murphy. 2003. "Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms." Washington, D.C.: The Synergy Project. Available at www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf, sitio visitado el 5 de marzo de 2004.
- 66 Rivers, K., y P. Aggleton. 2001. *Working with Young Men to Promote Sexual and Reproductive Health*. London: Safe Passages to Adulthood, University of London.
- 67 Brady, M., y A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: The Population Council.
- 68 Véase: Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS) web site: www.ecos.org.br/, sitio visitado el 3 de marzo de 2004.
- 2 OMS, UNICEF, y UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra: OMS.
- 3 Safe Motherhood Initiative. 2003. Sitio Web: <http://www.safemotherhood.org>, visitado el 22 de febrero de 2004. El amplio tramo de 30 a 50 refleja las dificultades en definir y medir la morbilidad materna. Los registros insuficientes, las clasificaciones erróneas y la falta de reconocimiento de trastornos médicos se deben por lo general a factores sociales y culturales, a la naturaleza de esos trastornos y a los recursos disponibles para diagnosticarlos.
- 4 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 8.22. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 5 Freedman, L., y otros. 2004. *Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health*, pág. 54. Nueva York: Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.
- 6 Liljestrand, J. 2000. *Strategies to Reduce Maternal Mortality Worldwide. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12(6): págs. 513 a 517.
- 7 Starrs, A. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*, pág. 9. Nueva York York: *Family Care International*.
- 8 Liljestrand 2000.
- 9 UNFPA, 2004a. *Saving Mothers' Lives: the Challenge Continues*. Folleto. Nueva York: UNFPA.
- 10 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1)*, párrafos 62(a) y 62(b). Nueva York: Naciones Unidas.
- 11 Naciones Unidas. 2004. *Examen y evaluación del progreso logrado para alcanzar las metas y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2004/3)*. 2004. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Económico y Social, Naciones Unidas.
- 12 OMS. 2003. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th rev. Ginebra: OMS.
- 13 Maine, D., y T. McGinn. 1999. *Maternal Mortality and Morbidity*. Capítulo 31 en: *Women and Health*, editado por M. Goldman y M. Hatch. 1999. San Diego, California: Academic Press.
- 14 OMS, UNICEF, y UNFPA 2003.
- 15 Graham, W., y otros. 2004. *The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty. The Lancet* 363(9402): págs. 23 a 27.
- 16 Kunst, A. E., y T. Houweling, A *Global Picture of Poor-rich Differences in the Utilisation of Delivery Care*. Págs. 297 a 315 en: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, por V. De Brouwere y W.Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Amberes: ITG Press.
- 17 OMS. 2004. Comunicación personal sobre publicaciones de próxima aparición.
- 18 Maine y McGinn 1999.
- 19 Fortney, J., y J. Smith, J. 1996. *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. Research Triangle Park, North Carolina: Maternal and Neonatal Health Center, Family Health International.
- 20 Donnay, F., y L. Weil. 2004. *Obstetric Fistula: The International Response. The Lancet* 363(9402): págs. 71 y 72.
- 21 Gay, J., y otros. 2003. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 1: Safe Motherhood*. Washington, D.C.: The POLICY Project.
- 22 *Saving Mother's Lives: What Works: Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood*. 2002. Washington, D.C.: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India.
- 23 Global Health Council. 2002. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, D.C.: Global Health Council.
- 24 OMS, UNICEF, y UNFPA 2003.
- 25 *Ibíd.*
- 26 Fortney, J., y J. Smith. 1999. *Measuring Maternal Morbidity*. Págs. 43 a 50 in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, edited by M. Berer and T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 27 UNFPA. 2004b. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, pág. 46. Nueva York: UNFPA.
- 28 Pathmanathan, I., y otros. 2003. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Human Development Network. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington D.C.: Banco Mundial.
- 29 *Ibíd.*
- 30 UNFPA 2004b, pág. 45.
- 31 Materiales proporcionados por la División de América Latina y el Caribe, UNFPA.
- 32 OMS y UNICEF. 2003. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Ginebra y Nueva York: OMS y UNICEF.
- 33 Liljestrand, J. 1999. *Commentary: Reducing Perinatal and Maternal Mortality in the World: The Major Challenges. British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106(9): págs. 877 a 880.
- 34 UNFPA 2004b, pág. 46.
- 35 Graham, W., J. S. Bell, y H. W. Bullough. 2001. *Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?* Págs. 97 a 129 en: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, por V. De Brouwere and W.Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Amberes: ITG Press.
- 36 La obtención de pruebas que fundamenten el efecto de la atención del parto por personal capacitado se complica debido a las diferentes definiciones que utilizan distintos países en la capacitación de parteras y la reglamentación de su ejercicio profesional.
- 37 OMS, UNFPA, UNICEF, y Banco Mundial. 1999. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Ginebra: OMS.
- 38 Cunningham, F. G., y otros. 1993. *Williams Obstetrics*, 19th Edition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange. Citado en: *Background Paper of the Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health*, por L. Freedman, y otros. 2003. Nueva York: Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.
- 39 Graham. Bell, y Bullough 2001.
- 40 UNFPA 2004b, pág. 45.
- 41 UNICEF, OMS, y UNFPA. 1997. *Guidelines for Monitoring and Availability and Use of Obstetric Services*. Nueva York: UNICEF.
- 42 Averting Maternal Death and Disability (AMDD), AMDD Notebook, No. 8, octubre de 2003, pág. 7, Nueva York: AMDD, Mailman School of Public Health, Columbia University.
- 43 UNFPA 2004b, pág. 46.
- 44 UNFPA 2004a.
- 45 Cholil, A., M. B. Iskandar, y R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonesia: The State Ministry for the Role of Women and the Ford Foundation.
- 46 Lalonde, A. B., y otros. 2003. "Averting Maternal Death and Disability: The FIGO Save the Mothers Initiative: The Uganda-Canada Collaboration." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80(2): págs. 204 a 212.

CAPÍTULO 7

- 1 Save the Children. 2001. *Behind Every Healthy Child is a Healthy Mother*. Report of the Symposium on the Linkages Between Maternal Health, Family Planning, and Child Survival. Washington, D.C., 24 de julio de 2001. Sitio Web: www.savethechildren.org/publications/reproductive_health.pdf, sitio visitado má recientemente el 7 de mayo de 2004.

- 47 OMS. 2003b.
- 48 UNICEF, OMS y UNPFA 1997.
- 49 Naciones Unidas 1995, párrafo 8.25.
- 50 Véase: Hardee, K., y otros. De próxima publicación. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 2: Postabortion Care*. Washington, D.C., y Baltimore, Maryland: POLICY Project, the Futures Group; FRONTIERS Program, el Population Council; y INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 51 Appendix E: *Postabortion Care in Kenya: Case Study*. pág. 12 en: *Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program*, por L Cobb, y otros. 2001. Washington, D.C.: Poptech.
- 52 Postabortion Care Consortium Community Task Force. 2002. *Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model. PAC in Action*, No. 2. Special Supplement.
- 53 Billings, D., J. Fuentes Velásquez, y R. Pérez-Cuevas. 2003. *Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City*. *International Family Planning Perspectives* 29(3): págs. 112 a 120; Johnson, B., y otros. 2002. *Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception*. *Studies in Family Planning* 33(2): págs. 195 a 202; Medina, R., y otros. 2001. *Expansion of Postpartum/Postabortion Contraception in Honduras*. FRONTIERS Program Final Report. Washington, D.C.: The Population Council; y Lema, V., y V. Mpanga. 2000. *Post-abortion Contraceptive Acceptability in Blantyre, Malawi*. *East African Medical Journal* 77(9): págs. 488 a 493.
- 54 Huntington, D., y L. Nawar. 2003. *Moving from Research to Program: The Egyptian Postabortion Care Initiative*. *International Family Planning Perspectives* 29(3): págs. 121 a 125.
- 55 Megied, A., y A. Hassan. 2003. "Descentralización de la atención posterior al aborto hacia hospitales de distrito y centros de salud rurales". Ponencia presentada en el 17 Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO). Santiago, Chile, 2 a 7 de noviembre de 2003.
- 56 Htay, T. T., J. Sauvarin, y S. Khan. 2003. *Integration of Post-Abortion Care: The Role of Township Medical Officers and Midwives in Mynamar*. *Reproductive Health Matters* 11(21): págs. 27 a 36.
- 57 Gebreselassie, H., y T. Fetters. 2002. *Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Ethiopia*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.
- 58 Solo, J., y otros. 1998. *Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best*. Operations Research Technical Assistance Africa Project II. Paper Presented at the Global Meeting, Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research. Nueva York: The Population Council.
- 59 The Population Council. 2000. *Meeting Women's Health Care Needs After Abortion*. Frontiers in Reproductive Health Program Brief. No. 1. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health, The Population Council.
- 60 Settergren, S., y otros. 1999. *Community Perspectives on Unsafe Abortion and Postabortion Care: Bulawayo and Hwange Districts, Zimbabwe*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International.
- 61 Véase: Gay, J., y otros., 2003.
- 62 Castro, R., y otros. 2000. *A Study of Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach*. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(6): págs. 679 a 690.
- 63 Seoane, G., V. Kaune, y V. Cordova. 1996. *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*. La Paz, Bolivia: MotherCare Bolivia, John Snow, Inc., y Marketing S.R.C.
- 64 Kempe, E., y otros. 1994. *The Quality of Maternal and Neonatal Services in Yemen: Seen Through Women's Eyes*. Stockholm: Save the Children Sweden.
- 65 UNFPA 2004b, pág. 46.
- 66 JHPIEGO, Save the Children, y Family Care International. 2003. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies*. Baltimore, Maryland: Maternal and Neonatal Health Project, JHPIEGO; y Gay, J., y otros. 2003.
- 67 Mercer, J. 2000. *Family-Centered Maternity Care in Moldova*. En: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, editado por S. Jessop y otros. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 68 Glatleider, P., P. Paluzzi, y C. Conroy. 2000. *Changing the Way Maternity Care Is Delivered in the Ukraine*. En: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, editado por S. Jessop y otros. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 69 MotherCare/SEATS. 2000. *MotherCare/SEATS, JSI Collaborative Project in Novosibirsk and Primorsky Krai, Russia*. En: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, editado por S. Jessop y otros. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 70 Campero, L., y otros. 1998. *Alone I Wouldn't Have Known What To Do: A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico*. *Social Science and Medicine* 47(3): págs. 395 a 403; y Langer, A., y otros. 1993. *The Latin American Trial of Psychosocial Support During Pregnancy: A Social Intervention Evaluated Through an Experimental Design*. *Social Science and Medicine* 36(4): págs. 495 a 507.
- 71 Carter, M. W. 2002. *Because He Loves Me': Husbands' Involvement in Maternal Health in Rural Guatemala*. *Culture, Health, and Sexuality* 4(3): págs. 259 a 279
- 72 Abdel-Tawab, N., y otros. 2002. *Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?* Págs. 186 a 204 en: *Responding to Cairo. Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, editado por N. Haberland y D. Measham. 2002. Nueva York: The Population Council.
- 73 *Program for Appropriate Technology in Health*. 2002. *Men and Reproductive Health Programme Examples: India: Nandesari*. Reproductive Health Outlook. Sitio Web: www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm#india-nandesari, sitio visitado más recientemente el 3 de mayo de 2004; y Raju, S., y A. Leonard. 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, págs. 46, 47 y 52. New Delhi: South and East Asia Regional Office, The Population Council.
- 74 UNFPA. 2003. *Mortalidad materna, actualización 2002: Enfoque en la atención obstétrica de emergencia*, págs. 17 a 34. Nueva York: UNFPA.
- 75 UNFPA, 2004a.
- 76 UNFPA 2004b, pág. 46; y UNFPA 2004a.

CAPÍTULO 8

- 1 ONUSIDA. 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report (UNAIDS/04.16E)*. Ginebra: ONUSIDA.
- 2 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 8.28. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 3 *Ibidem*. Párrafo 8.29.
- 4 *Ibidem*. Párrafo 7.28.
- 5 Askew, I., y M. Berer. 2003. *The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to Fight Against HIV/AIDS: A Review*. *Reproductive Health Matters* 11(22): págs. 51 a 73.
- 6 Berkley, S., P. Piot, y A. Whiteside. 2003. *Scenarios: The Global Health Crisis*, pág. 1. Produced for the World Economic Forum Annual, Davos, Suiza, 23 a 28 de enero de 2003.
- 7 Bell, C., S. Devarajan, y H. Gersbach. 2003. *The Long-run Economic Cost of AIDS: Theory and an Application to South Africa*. Policy Research Working Paper. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 8 Global HIV Prevention Working Group. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Sitio Web: <http://www.kff.org/hiv/aids/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14225>, sitio visitado más recientemente el 30 de junio de 2004.
- 9 *Ibidem*.
- 10 Askew y Berer 2003, pág. 57.
- 11 Véase el número especial de junio de 2002 sobre integración: *International Family Planning Perspectives* 28(2).
- 12 Richey, L. A. 2003. *HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions*, pág. 31. *Reproductive Health Matters* 11(22): págs. 30 a 35.
- 13 Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del hemisferio occidental. 2000. *Opening Windows to Gender: A Case Study of a Major International Population Agency*. IPPF/WHR Working Paper. No. 1. Londres: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region; Becker, J., y E. Leitman. 1997. *Introducing Sexuality within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean*. *Quality/Calidad/Qualité*. No. 8. Nueva York: The Population Council; y Hardee, K. 2004. *The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala*. Proyecto de documento. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group y POLICY Project, Futures Group.
- 14 Banda, H. N., S. Bradley, y K. Hardee. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients and HIV-Positive Women*. Final report. Washington, D.C.: POLICY Project, Futures Group, y Support for Analysis and Research (SARA) Project; y Gichuhi, W., y S. Bradley. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women*. Informe final. Washington, D.C.: The Futures Group, POLICY Project and SARA Project, Academy for Educational Development.
- 15 Rothenberg, R. B., y otros. 2000. *The Effect of Treating Sexually Transmitted Diseases on the Transmission of HIV in Dually Infected Persons: A Clinic-based Estimate: Ad Hoc STD/HIV Transmission Group*. *Sexually Transmitted Diseases* 27(7): págs. 411 a 416. Citado en: Askew y Berer 2003.
- 16 Grosskurth, H., y otros. 1995. *Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania*:

- Randomised Controlled Trial. *The Lancet*. 346(8974): págs. 530 a 536.
- 17 Sloan, N. L., y otros. 2000. Screening and Syndromic Approaches to Identify Gonorrhea and Chlamydial Infection Among Women. *Studies in Family Planning* 31(1): págs. 55 a 68.
 - 18 Lush, L., G. Walt, y J. Ogden. 2003. Transferring Policies for Treating Sexually Transmitted Infections: What's Wrong with Global Guidelines? *Health Policy and Planning* 18(1): págs. 18 a 30.
 - 19 Askew y Berer 2003, págs. 53 y 54.
 - 20 Gray, R. H. 2003. Guest Commentary: Contraception and HIV Acquisition in Rakai, Uganda. *The Pop Reporter* 3(7). Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
 - 21 Chaya, N., K-H. Amen, y M. Fox. 2002. Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS: The PAI Report Card 2002. Washington, D.C.: Population Action International.
 - 22 OMS. 2002. WHO Information Update regarding Reuse of the Female Condom. Ginebra: OMS. Sitio Web: www.who.int/reproductive-health/rtis/reuse.en.html, visitado el 20 de febrero de 2004.
 - 23 Rivers, K., y otros. 1998. Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom. *Critical Public Health* 8(4): págs. 273 a 290. Citado en: *Programming for the Female Condom: Why is the Jury Still Out*, por T. Hatzell. 2001. Presentation at the Forum, Technical Update on the Female Condom, Washington, D.C., 18 de diciembre de 2001.
 - 24 Finger, W. R. 2000. Zimbabwe Project Promotes Female Condom Use. *Network* 20(2):pág. 20.
 - 25 Camlin, C., y C. Chimwete. 2003. Does Knowing Someone with AIDS Affect Condom Use: An Analysis from South Africa. *AIDS Education and Prevention* 15(3): págs. 231 a 244.
 - 26 Brady, M. 2003. Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women," pág. 137. *Reproductive Health Matters* 11(22): págs. 134 a 141.
 - 27 La Iniciativa de Microbicidas. 2002. *Mobilization for Microbicides: The Decision Decade*. Nueva York: The Rockefeller Foundation. Citado en: Chaya, Amen, y Fox 2002.
 - 28 Federación Internacional de Planificación de la Familia, Oficina regional del Asia meridional y UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. Londres y Nueva York: International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office y UNFPA.
 - 29 *The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children: 3-5 May 2004*. Ginebra: OMS.
 - 30 OMS y ONUSIDA. 2003. *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy*. Ginebra: OMS y ONUSIDA.
 - 31 *Ibíd.*, pág. 31.
 - 32 Banda, Bradley, y Hardee 2004.
 - 33 Pisani, E., y otros. 2003. *Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure*. *British Medical Journal* 326(7403):págs. 1384 a 1387.
 - 34 Banda, Bradley, y Hardee 2004.
 - 35 Askew y Berer 2003, pág. 55.
 - 36 Oficina de Salud, Ministerio de Salud y Prevención, Gobierno del Senegal. 2002. *Mapping Integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS Services in Senegal's Kaolack Region*, pág. 40. Arlington, Virginia: Advance Africa.
 - 37 Hardee, K., y J. Smith. 2000. *Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform*. POLICY Occasional Paper. No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International.
 - 38 Berer, M. 2003. *HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related*, pág. 9. *Reproductive Health Matters* 11(22): págs. 6 a 11.
 - 39 Scillia, A. Septiembre y octubre de 2001. *Senegal: Ray of Hope as Transmission Rates Slow*. *The Courier ACP-EU*, págs. 16 y 17; Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, Naciones Unidas. Sin fecha. Senegal: Country Profile. *IRIN PlusNews*. Sitio Web: www.irinnews.org/AIDS/senegal.asp, visitado el 23 de febrero de 2004.
 - 40 Chase, M. 25 de febrero de 2004. *Saying No to 'Sugar Daddies': Can a Financial Prophylactic Shield Girls From Liaisons That Spread AIDS in Africa?* *The Wall Street Journal*, págs. B1 y B2.
 - 41 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, pág. 128. Nueva York: UNFPA.
 - 42 *Ibíd.* Pág. 130.
- ## CAPÍTULO 9
- 1 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo*, volumen 1: *Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 7.4.4. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
 - 2 *Ibíd.*, párrafos 7.45 a 7.48.
 - 3 Price, N. 2003. *Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD: The Contribution of UNFPA and IPPF: Synthesis Report*. Unpublished report. Londres; Söborg, Denmark; y Heidelberg: Options, Euro Health Group, Universidad de Heidelberg.
 - 4 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1)*, párrafo 70. Nueva York: Naciones Unidas.
 - 5 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, pág. 60. Nueva York: UNFPA.
 - 6 UNFPA. 9 de mayo de 2003. *UNFPA Global Population Policy Update*. Issue 3. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. 21 de abril de 2003. *UNFPA Global Population Policy Update*, Issue 1. Nueva York: UNFPA.
 - 7 UNFPA. 5 de abril de 2004. *UNFPA Global Population Policy Update*, Issue 5. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. 18 de julio de 2004. *UNFPA Global Population Policy Update*. Issue 6. Nueva York: UNFPA.
 - 8 UNFPA. 2003a. *UNFPA and Young People: Imagine*. Nueva York: UNFPA.
 - 9 *Ibíd.*
 - 10 UNFPA. 2003b. *Fast Facts on Adolescents and Youth*. Sitio Web: www.unfpa.org/adolescents/facts.htm, sitio visitado más recientemente el 16 de febrero de 2004.
 - 11 Naciones Unidas. 2004. Examen y evaluación del progreso logrado en el logro de las metas y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2004/3). Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Económico y Social, Naciones Unidas.
 - 12 Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
 - 13 Naciones Unidas 2004.
 - 14 UNESCO. (2002). *EFA Global Monitoring Report: Education for All: Is the World on Track?* Paris: UNESCO. Sitio Web: www.unesco.org, sitio visitado más recientemente el 2 de febrero de 2004.
 - 15 Naciones Unidas 2004.
 - 16 Naciones Unidas 1995, párrafo 7.46.
 - 17 Curtain, R. 2003. *The Case for Investing More in Young People as an Integral part of a Poverty Eradication Strategy*. Unpublished paper. Melbourne: Curtain Consulting.
 - 18 A Mother's Promise. Sin fecha. *Keeping Young People Healthy*. Hoja de datos. Washington, D.C.: A Mother's Promise. Sitio Web: www.ppfa.org/promise/learn_more.asp, sitio visitado más recientemente el 13 de mayor de 2004.
 - 19 UNFPA. 2003. *El Estado de la Población Mundial 2003: Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York: UNFPA.
 - 20 UNFPA 2003a.
 - 21 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florencia (Italia): UNICEF. Innocenti Research Centre. Sitio Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf, sitio visitado más recientemente el 29 de junio de 2004.
 - 22 *Ibíd.*
 - 23 Naciones Unidas 2004.
 - 24 Naciones Unidas. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas.
 - 25 UNFPA 2003a.
 - 26 Haberland, N., y D. Measham (editores). 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. Nueva York: The Population Council.
 - 27 UNFPA 2003a.
 - 28 Comunicado de prensa del UNFPA, 20 de abril de 2004. *Youth Leaders Advise UNFPA on their Generation's Rights and Needs*. Nueva York: UNFPA.
 - 29 Price, N., 2004.
- ## CAPÍTULO 10
- 1 OMS, UNFPA y ACNUR. 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Ginebra: ACNUR.
 - 2 Después de la muerte de una madre, las probabilidades de que los hijos sobrevivientes mueran al cabo de dos años son entre tres y diez veces superiores a las de los niños que viven con su padre y su madre. Véase: UNICEF. 2001. *El Estado Mundial de la Infancia 2001: Primera infancia*. Nueva York: UNICEF.
 - 3 Krause, S., y otros. 2001. *Assessment of Reproductive Health for Refugees in Zambia*. Nueva York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
 - 4 ONUSIDA y OMS. 2003. *AIDS Epidemic Update: December 2003*. Ginebra: ONUSIDA
 - 5 PROFAMILIA. 2001. "Salud sexual y reproductiva en condiciones de carencia de servicios: Encuesta sobre la situación

de las mujeres desplazadas en Colombia". Bogotá, Colombia: PROFAMILIA.

- 6 Rehn, E., y E. Johnson Sirleaf. 2002. *Women War, and Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-building: Progress of the World's Women 2002*, vol.2. UNIFEM: Nueva York.

- 7 UNFPA. 2001. Juego de documentos informativos sobre población 2001, pág. 17. Nueva York: UNFPA.

CAPÍTULO 11

- 1 La Declaración de Compromiso puede encontrarse en: <http://www.unfpa.org/ipci/index.htm>.
- 2 Véase el sitio Web: <http://www.south-south-ppd.org/>, sitio visitado el 4 de junio de 2004.
- 3 El Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo incluyó cálculos nominales de costos, pero los gobiernos no estuvieron de acuerdo y los datos se presentaron con carácter provisional.
- 4 Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994, párrafos 13.14 a 13.16. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 5 En esta estimación no se tuvieron debidamente en cuenta los costos de suministros para servicios de planificación de la familia (y algunos otros servicios de salud reproductiva) ni los costos de entrega de tales suministros. Dichos costos y otros componentes de la infraestructura de salud reproductiva se incluyeron en un total resultante de la agregación de costos de infraestructura para la prestación de servicios.
- 6 El informe sobre la metodología puede encontrarse en: Schwartlander, Stover J., Walker N., Gutierrez JP, McGreevey W, Opuni M, Forsythe S, Kumaranayake L, Watts C, Bertozzi S. y otros. 2001. *Resource Needs for HIV/AIDS*. *Science* 292:526. Págs. 2434 a 2436; véase también: Stover J. y otros. 2002. *Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?* *The Lancet*. Volumen 360 (9326): págs. 73 a 77.
- 7 La estimación de los componentes de medios de difusión de masas, programas de educación y provisión adicional de condones para la prevención del VIH/SIDA en la CIPD ascendió a 1.700 millones de dólares, importe superior en unos 200 millones de dólares a las proyecciones de 1994.
- 8 En mayo de 2004, el UNFPA acogió una consulta técnica sobre la integración de

los programas de salud reproductiva y los relativos al VIH/SIDA. El informe sobre la reunión y la documentación de antecedentes estará disponible en el sitio Web: www.unfpa.org.

- 9 Los nuevos programas verticales también pueden desviar recursos y personal capacitado de acciones existentes para los sistemas de salud. Pueden encontrarse fácilmente pruebas anecdóticas acerca de los efectos negativos de las grandes corrientes de recursos hacia el VIH/SIDA. Varios estudios a fondo sobre las políticas y los efectos programáticos están en sus etapas iniciales.
- 10 La creciente utilización de financiación sectorial y programación integrada dificulta seguir la pista a las corrientes de recursos con destino a determinadas actividades. La estimación de la proporción destinada a determinados elementos en una asignación de propósitos múltiples tiene dificultades intrínsecas. Las pruebas demuestran que el apoyo a la planificación de la familia constituye una proporción cada vez menor del total de las asignaciones. (Véase Naciones Unidas. 2004. *Flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: a 10-year review; Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/4). Nueva York: Naciones Unidas.
- 11 También es preciso interpretar con precauciones el alto nivel de gastos nacionales, incluso en los países que informan al respecto. Las estimaciones sobre prestación de servicios incluidas en el Programa de Acción se efectuaron para intervenciones en servicios de atención primaria de la salud y, en lo concerniente al VIH/SIDA, sólo para actividades de prevención escogidas. Los informes sobre gastos nacionales utilizan las categorías funcionales generales del costo de conjunto de servicios básicos, pero con frecuencia no se incluye la provisión de servicios de más alto nivel (inclusive la atención hospitalaria y la atención a menor nivel prestada en esos establecimientos donde los servicios son aún más costosos). A partir de 1999, los informes tanto de donantes como nacionales sobre financiación con destino al VIH/SIDA no se restringen exclusivamente a las actividades de prevención especificadas en la CIPD.
- 12 Proyecto bajo la dirección de Jeffrey Sachs, Asesor Especial del Secretario General, y del Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Mark Malloch Brown, con el apoyo de Equipos de Tareas integrados por expertos internacionales. Todos ellos están analizando las intervenciones prioritarias para acelerar el progreso y tratar de asegurar que en los países en desarrollo las estrategias para la reducción de la pobreza asignen prioridad a la conquista de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Pueden obtenerse detalles en: www.unmillenniumproject.org.

- 13 Los informes provisionales de los Equipos de tareas sobre mortalidad maternoinfantil y sobre educación primaria e igualdad de género, hacen suyo el acceso universal a los servicios de salud reproductiva (objetivo de la CIPD) como condición fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (puede tener acceso en el sitio Web del proyecto, véase la nota precedente).
- 14 Unos pocos países, principalmente los países nórdicos, han llegado a este nivel de apoyo. En cambio, los Estados Unidos son, entre los principales países donantes, el país que aporta una menor proporción de su PIB.

Fuentes para los recuadros

CAPÍTULO 1

- 1 UNFPA. 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. Nueva York: UNFPA.
- 2 Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 2003. *The Impact of AIDS (ESA/P/WP.185)*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.

CAPÍTULO 2

- 3 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo*, volumen. 1: *Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/5-21/5/Add.1)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 4 OMS y Banco Mundial. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. Estudio sobre las voces de los pobres. Ginebra: OMS; Gwatkin, D., y otros. 2003. *Initial Country-level Information about Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, 2ª edición. Washington, D.C.: Banco Mundial; UNFPA. 2002. *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*. Nueva York: UNFPA; y Naciones Unidas. 2004. *Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Económico y Social, Naciones Unidas.

CAPÍTULO 3

- 5 French, H. 2001. *Greening Globalization. Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): pág. 25; French, H. 2004. *Linking Globalization, Consumption, and Governance*, pág. 145. Capítulo 7 de: *State of the World 2004*, Worldwatch Institute. 2004. Nueva York: W.W. Norton; FAO. 2003a. *Estado de los Bosques Mundiales*, pág. 1. Roma: FAO; FAO. 2004. *Fisheries Commodities Production and Trade 1976-2000*. Base electrónica de datos. Sitio Web: www.fao.org/fi/statist/fisofit/FISHPLUS.asp, sitio visitado más recientemente el 24 de febrero de 2004; y FAO. 2003b. *World Agriculture: Towards 2015/2030*, pág. 197. Roma: FAO; Myers, R., y B. Worm. 2003. *Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities*. *Nature* 423: págs. 280 a 283; Revkin, A. 15 de mayo de 2003. *Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent*, Study Says. *The New York Times*, pág. A16; y SeaWeb. 2003. *Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean*. Comunicado de prensa. Washington, D.C.: SeaWeb; Myers, R., y B. Worm. 2003. *Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent*, Study Says. *The New York Times*, pág. A16; y SeaWeb. 2003. *Cover Study of Nature Provides*

Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean. Comunicado de prensa. Washington, D.C.: SeaWeb; y Engelman, R., y otros. 2000. *People in the Balance: Population and Natural Resources at the Turn of the Millennium*. Washington, D.C.: Population Action International; y Gardner, G., E. Assadourian, y R. Sarin. 2004. *The State of Consumption Today*, pág. 17. Cap. 1 de: *State of the World 2004*, Worldwatch Institute. 2004. Nueva York: W. W. Norton.

- 6 Bradsher, K. 18 de noviembre de 2003. *China Set to Act on Fuel Economy*. *The New York Times*, pág. A1; y French, H. 2001. *Greening Globalization*. *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): pág. 25.

CAPÍTULO 4

- 8 Balk, D., y otros. 2004. *Methodologies to Improve Global Population Estimates in Urban and Rural Areas*. Ponencia presentada en la reunión anual de *Population Association of America*, Boston, Massachusetts, 2 de abril de 2004. Se puede consultar una sinopsis amplia en el sitio Web: <http://paa2004.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=41835>, sitio visitado más recientemente el 19 de mayo de 2004; Balk, D., y otros. 2003. *Spatial Analysis of Childhood Mortality in West Africa*. DHS Geographic Series 1. Calverton, Maryland: ORC Macro y Center for International Earth Science Information Network (CIESIN), Columbia University; y Hugo, G., A. Champion, y A. Lattes. 2003. *Toward a New Conceptualization of Settlements for Demography, Population and Development Review* 29(2): págs. 277 a 297.

CAPÍTULO 5

- 9 UNFPA y Asociación Italiana para la Mujer y el Desarrollo (AIDOS). Sin fecha. *Final Summary Report: The UNFPA Conference on Gender-Based Violence*, Roma, Italia, 15 a 19 de septiembre de 2003. Nueva York: División de Apoyo Técnico, UNFPA; y Donnay, F. Jefa, Subdivisión de Salud Reproductiva, División de Apoyo Técnico, UNFPA. 2003. Comunicación personal.
- 10 OMS. 2003. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*. Ginebra: Departamento de Asuntos de Género y Salud de la Mujer, OMS.
- 11 Grown, C., G. R. Gupta, y Z. Khan. 2003. *Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality: Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women*. Nueva York: Proyecto del Milenio, Naciones Unidas; y McPhedran, M., y otros. 2000. *The First CEDAW Impact Study: Final Report*. Toronto: Centre for Feminist Research, York University, y International Women's Rights Project.

CAPÍTULO 6

- 12 OMS. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB113/15 Add.1)*. Ginebra: OMS.
- 13 Singh, S., y otros. 2004. *Salud sexual y reproductiva: una inversión que vale la pena*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute y UNFPA.

- 14 Datos proporcionados por la Oficina de Planificación Estratégica del UNFPA, sobre la base de las respuestas a la encuesta anual sobre el Marco de Financiación Multianual (MYFF).
- 15 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 School of Public Health, Population Information Program
- 16 POLICY Project. 2000. *Health Reform, Decentralization and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group. Véase también: UNFPA. 1999. Alianzas y ampliación de los medios de acción. Capítulo 4 en: UNFPA. 1999. *El Estado de la Población Mundial 1999: 6 mil millones: Es hora de optar*. Nueva York: UNFPA y las referencias citadas en el informe; y Huezco, C. 2003. *Strengthening the Quality of Reproductive Health Care: IPPF's Quality Improvement Programme*. *IPPF Medical Bulletin* 37(5): págs. 1 a 3.
- 17 Jain, A., y otros. 2002. "Learning About Clients' Needs: Family Planning Field Workers in the Philippines". Capítulo 4 de: *Responding to Cairo. Case Studies in Changing Practices in Reproductive Health and Family Planning*, editado por N. Haberland. 2002. Nueva York: The Population Council.
- 18 UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, sitio visitado más recientemente el 17 de junio de 2004.

CAPÍTULO 7

- 19 UNFPA y EngenderHealth. 2003. *Obstetric Fistula: Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*. Nueva York: UNFPA y EngenderHealth. Sitio Web: www.unfpa.org/fistula/docs/fistula-needs-assessment.pdf, sitio visitado más recientemente el 27 de mayo de 2004.
- 20 Freedman, L., y otros. 2004. *Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health*. Nueva York: Proyecto del Milenio, Naciones Unidas; and Wardlaw, T., y D. Maine. 1999. *Process Indicators for Maternal Mortality Programs*. En: *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, editado por M. Berer y T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, Reino Unido: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 21 UNFPA. 5 de febrero de 2004. *The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal*. Crónica periodística. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=389&Language=1, sitio visitado más recientemente el 17 de junio de 2004.
- 22 Santillán, D., y M. E. Figueroa. 2001. *Implementing a Client Feedback System to Improve NGO Healthcare Services in Peru*. QA Operations Research Results Series. No. 2(2). Bethesda, MD: Quality Assurance Project, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- 23 UNFPA. 2004. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Brochure. Nueva York: UNFPA.

CAPÍTULO 8

- 24 ONUSIDA, UNFPA, y UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the*

- Crisis: A Joint Report by UNAIDS, UNFPA and UNIFEM*. Ginebra y Nueva York: ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM. Véase también el sitio Web: <http://womenandaids.unaids.org/default.html>, sitio visitado más recientemente el 17 de junio de 2004.
- 25 The Population Council y UNFPA. 2002. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Setting*, pág. 18. Nueva York: The Population Council y UNFPA.
 - 26 Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing into Reproductive Health Services. Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. Nueva York: UNFPA y Londres: International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office.
 - 27 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *A, B and C in Uganda: Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline: Executive Summary*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
 - 28 Feldman, R., y C. Maposhere. 2003. *Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from 'Positive Women: Voices and Choices' in Zimbabwe*. *Reproductive Health Matters* 11(22): págs. 162 a 173.
- ## CAPÍTULO 9
- 29 UNFPA. 19 de abril de 2004. *Multi-Media Centre Provides Hands on Training for Youth in Benin*. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=444&Language=1, sitio visitado más recientemente el 17 de junio de 2004.
 - 30 UNFPA. 4 de junio de 2004. *Global Health Council Child Marriage: Advancing the Global Agenda*. Declaración de Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva, UNFPA. Nueva York: UNFPA; UNFPA. 4 de junio de 2004. No se presta atención a nivel internacional al casamiento de las adolescentes, según el UNFPA. Comunicado de prensa. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. 2004. *Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents*. Videofilm producido para el UNFPA por Spark Media. Nueva York: UNFPA.
 - 31 African Youth Alliance. 2003. *Reseñas de países 2003: Botswana, Ghana, la República Unida de Tanzania y Uganda*. Nueva York: African Youth Alliance.
 - 32 UNFPA, OMS, y UNICEF. 2003. *Adolescents: Profiles in Empowerment*. Nueva York: UNICEF.
- ## CAPÍTULO 10
- 33 UNFPA. 2001. *The Impact of Conflict on Women and Girls*. Nueva York: UNFPA.
 - 34 Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia. De próxima publicación: *Reproductive Health in Refugee and IDP Situations: Evaluation Report*. Ginebra: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Settings.
- ## CAPÍTULO 11
- 35 UNFPA. 2004. El caso de Nicaragua: 1998-2003. Presentación en PowerPoint durante la Reunión Regional de Planificación, División de América Latina y el Caribe, UNFPA, Nueva York, Nueva York, 19 a 24 de enero de 2004.

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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Total mundial	56	63,3 / 67,6						50	61	54	
Regiones más desarrolladas (*)	8	72,1 / 79,4						27	69	55	
Regiones menos desarrolladas (+)	61	61,7 / 65,1						53	59	54	
Países menos adelantados (‡)	97	48,8 / 50,5						124			
ÁFRICA (1)	89	47,9 / 50,0						107	27	20	
ÁFRICA ORIENTAL	97	42,4 / 43,8						117	22	17	
Burundi	107	40,4 / 41,4	1.000	80 / 62	68 / 59	12 / 9	42 / 56	50	16	10	5,2 / 6,8
Eritrea	73	51,2 / 54,2	630	67 / 54		33 / 22		115	8	5	2,3 / 3,0
Etiopía	100	44,6 / 46,3	850	75 / 53	63 / 59	23 / 15	51 / 66	100	8	6	3,8 / 5,0
Kenya	69	43,5 / 45,6	1.000	97 / 95		34 / 30	10 / 21	78	39	32	4,6 / 8,9
Madagascar	91	52,5 / 54,8	550	106 / 102	33 / 34			137	19	12	1,4 / 1,9
Malawi	115	37,3 / 37,7	1.800	149 / 143	61 / 47	39 / 29	24 / 51	163	31	26	12,4 / 16,0
Mauricio (2)	16	68,4 / 75,8	24	106 / 106	99 / 99	81 / 78	12 / 19	33	75	49	
Mozambique	122	36,6 / 39,6	1.000	110 / 87	56 / 47	16 / 10	38 / 69	105	6	5	10,6 / 13,8
Rwanda	112	38,8 / 39,7	1.400	118 / 116	39 / 41	15 / 14	25 / 37	50	13	4	4,4 / 5,7
Somalia	118	46,4 / 49,5	1.100					213			
Tanzania, República Unida de	100	42,5 / 44,1	1.500	70 / 69	76 / 80		15 / 31	120	25	17	7,6 / 9,9
Uganda	86	45,4 / 46,9	880	139 / 134		19 / 15	21 / 41	211	23	18	3,7 / 4,9
Zambia	105	32,7 / 32,1	750	81 / 76	79 / 75	27 / 21	14 / 26	145	34	23	14,1 / 18,9
Zimbabwe	58	33,7 / 32,6	1.100	100 / 98		45 / 40	6 / 14	92	54	50	21,0 / 28,4
ÁFRICA CENTRAL (3)	116	41,6 / 43,8						200	23	5	
Angola	140	38,8 / 41,5	1.700			21 / 17		229	6	5	3,4 / 4,4
Camerún	88	45,1 / 47,4	730	115 / 99		36 / 29	23 / 40	121	19	7	6,0 / 7,9
Chad	115	43,7 / 45,7	1.100	90 / 57	58 / 48	17 / 5	46 / 63	195	8	2	4,2 / 5,4
Congo, Rep. Democrática del (4)	120	40,8 / 42,8	990					230	31	4	3,7 / 4,8
Congo, República del	84	46,6 / 49,7	510	88 / 83		37 / 27	11 / 23	146			4,3 / 5,6
Gabón	57	55,8 / 57,5	420	135 / 134				113	33	12	7,1 / 9,1
República Centroafricana	100	38,5 / 40,6	1.100	79 / 53			35 / 67	132	28	7	11,9 / 15,1
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Argelia	44	68,1 / 71,3	140	112 / 104	95 / 97	69 / 74	22 / 40	16	64	50	0,1 / <0,1
Egipto	41	66,7 / 71,0	84	100 / 94	99 / 99	91 / 85	33 / 56	47	56	54	0,1 / <0,1
Jamahiriya Árabe Libia	21	70,8 / 75,4	97	114 / 114		102 / 108	8 / 29	7	40	26	
Marruecos	42	66,8 / 70,5	220	113 / 101	84 / 83	45 / 36	37 / 62	25	50	42	
Sudán	77	54,1 / 57,1	590	63 / 54		34 / 30	29 / 51	55	8	7	1,9 / 2,6
Túnez	23	70,8 / 74,9	120	114 / 109	95 / 96	78 / 81	17 / 37	7	60	51	<0,1 / <0,1
ÁFRICA MERIDIONAL	52	43,9 / 49,1						66	53	51	
Botswana	57	38,9 / 40,5	100	103 / 103	87 / 92	70 / 75	24 / 18	91	40	39	31,7 / 43,1
Lesotho	92	32,3 / 37,7	550	123 / 125	60 / 74	30 / 38	26 / 10	53	30	30	25,4 / 32,4
Namibia	60	42,9 / 45,6	300	106 / 106	94 / 94	57 / 65	16 / 17	78	29	26	18,4 / 24,2
Sudáfrica	48	45,1 / 50,7	230	107 / 103	65 / 64	83 / 90	13 / 15	66	56	55	18,1 / 23,5
Swazilandia	78	33,3 / 35,4	370	103 / 98	69 / 79	45 / 45	18 / 20	45	28	26	35,7 / 41,7
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Benin	93	48,4 / 53,0	850	122 / 86	89 / 78	35 / 16	45 / 74	107	19	7	1,7 / 2,1
Burkina Faso	93	45,2 / 46,2	1.000	51 / 36	68 / 71	12 / 8	82 / 92	136	12	5	3,6 / 4,8
Côte d'Ivoire	101	40,8 / 41,2	690	92 / 68				116	15	7	6,0 / 8,1
Gambia	81	52,7 / 55,5	540	82 / 75		40 / 28		125	10	9	1,0 / 1,3

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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Ghana	58	56,5 / 59,3	540	85 / 78	67 / 65	41 / 34	18 / 34	76	22	13	2,6 / 3,5
Guinea	102	48,8 / 49,5	740	88 / 66	90 / 77			163	6	4	2,7 / 3,7
Guinea-Bissau	120	43,8 / 46,9	1.100					197	8	4	
Liberia	147	40,7 / 42,2	760				28 / 61	227	6	6	5,1 / 6,7
Malí	119	48,0 / 49,1	1.200	65 / 49	88 / 79		73 / 88	191	8	6	1,6 / 2,2
Mauritania	97	50,9 / 54,1	1.000	88 / 85	54 / 56	25 / 19	49 / 69	104	8	5	0,6 / 0,7
Níger	126	45,9 / 46,5	1.600	47 / 32	73 / 68	8 / 5	75 / 91	233	14	4	1,0 / 1,4
Nigeria	79	51,1 / 51,8	800	107 / 86			26 / 41	103	15	9	4,6 / 6,2
Senegal	61	50,8 / 55,1	690	79 / 72	70 / 65	22 / 15	51 / 70	86	13	8	0,7 / 0,9
Sierra Leona	177	33,1 / 35,5	2.000	93 / 65		31 / 22		212	4	4	
Togo	81	48,2 / 51,1	570	136 / 112	88 / 80		26 / 55	81	26	9	3,6 / 4,7
ASIA	53	65,5 / 69,0						35	64	58	
ASIA ORIENTAL (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
China	37	68,9 / 73,3	56	114 / 114			5 / 13	5	84	83	0,2 / 0,1
Corea, Rep. Popular Dem. de	45	60,5 / 66,0	67					2	62	53	
Corea, República de	5	71,8 / 79,3	20	102 / 102	100 / 100	91 / 91		3	81	67	0,1 / <0,1
Hong Kong, R.A.E. de China (8)	4	77,3 / 82,8		108 / 108		78 / 78		6	86	80	0,1 / 0,1
Japón	3	77,9 / 85,1	10 ⁹	101 / 101		102 / 103		4	56	51	<0,1 / <0,1
Mongolia	58	61,9 / 65,9	110	97 / 100	87 / 90	69 / 83	2 / 3	54	67	54	<0,1 / <0,1
ASIA SUDORIENTAL	41	64,4 / 69,1						42	57	49	
Camboya	73	55,2 / 59,5	450	130 / 116	71 / 70	27 / 16	19 / 41	60	24	19	3,7 / 1,6
Filipinas	29	68,0 / 72,0	200	113 / 111	76 / 83	78 / 86	7 / 7	38	47	28	<0,1 / <0,1
Indonesia	42	64,8 / 68,8	230	112 / 110	87 / 92	58 / 58	8 / 17	55	57	55	0,2 / <0,1
Lao, Rep. Dem. Popular	88	53,3 / 55,8	650	123 / 106	62 / 63	47 / 34	23 / 45	91	32	29	0,1 / <0,1
Malasia	10	70,8 / 75,7	41	95 / 95	98 / 96	66 / 73	8 / 15	18	55	30	0,7 / 0,1
Myanmar	83	54,6 / 60,2	360	90 / 90	59 / 61	41 / 38	11 / 19	24	33	28	1,6 / 0,7
Singapur	3	75,9 / 80,3	30				3 / 11	6	62	53	0,4 / 0,1
Tailandia	20	65,3 / 73,5	44	100 / 96		85 / 81	5 / 9	49	72	70	2,0 / 1,1
Viet Nam	34	66,9 / 71,6	130	107 / 100	90 / 88	72 / 67	6 / 13	21	78	57	0,7 / 0,3
ASIA CENTROMERIDIONAL	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Afganistán	162	43,0 / 43,3	1.900	44 / -		24 / -		111	5	4	
Bangladesh	64	61,0 / 61,8	380	97 / 98	63 / 68	45 / 49	50 / 69	117	54	43	
Bhután	54	62,0 / 64,5	420		89 / 93			54	19	19	
India	64	63,2 / 64,6	540	107 / 90	59 / 59	56 / 40		45	48	43	
Irán, Rep. Islámica del	33	68,9 / 71,9	76	94 / 90	94 / 94	79 / 75	17 / 30	33	73	56	0,1 / <0,1
Nepal	71	60,1 / 59,6	740	130 / 113	75 / 81	50 / 37	38 / 74	117	39	35	0,1 / <0,1
Pakistán	87	61,2 / 60,9	500	84 / 62		29 / 19	47 / 71	50	28	20	0,2 / <0,1
Sri Lanka	20	69,9 / 75,9	92	111 / 110			5 / 10	22	66	44	0,0 / <0,1
ASIA OCCIDENTAL	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Arabia Saudita	21	71,1 / 73,7	23	68 / 66	94 / 94	73 / 65	16 / 31	38	32	29	
Emiratos Árabes Unidos	14	73,3 / 77,4	54	94 / 90	97 / 98	77 / 82	24 / 19	51	28	24	
Iraq	83	59,2 / 62,3	250					38	14	10	
Israel	6	77,1 / 81,0	17	114 / 113	100 / 99	95 / 94	3 / 7	17	68	52	
Jordania	24	69,7 / 72,5	41	98 / 99		85 / 87	5 / 14	27	56	39	
Kuwait	11	74,9 / 79,0	5	95 / 94	99 / 98	83 / 88	15 / 19	31	50	41	
Líbano	17	71,9 / 75,1	150	105 / 101	92 / 96	74 / 81		25	61	37	0,2 / 0,0

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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Omán	20	71,0 / 74,4	87	84 / 82	96 / 96	79 / 78	18 / 35	66	24	18	0,2 / 0,1
República Árabe Siria	22	70,6 / 73,1	160	115 / 108	93 / 92	47 / 42	9 / 26	34	36	28	<0,1 / <0,1
Territorio Palestino Ocupado	21	70,8 / 74,0	100	104 / 105	97 / 98	82 / 88		94			
Turquía (10)	40	68,0 / 73,2	70	98 / 91		86 / 66	6 / 22	43	64	38	
Yemen	71	58,9 / 61,1	570	97 / 64	82 / 94	65 / 27	31 / 71	111	21	10	
ESTADOS ÁRABES (11)	53	63,9 / 67,1	252	96 / 88	93 / 94	68 / 62	26 / 48	48	40	34	0,43 / 0,55
EUROPA	9	70,1 / 78,2						20	67	49	
EUROPA ORIENTAL	14	64,0 / 74,4						29	61	36	
Bulgaria	15	67,4 / 74,6	32	103 / 100	95 / 95	94 / 91	1 / 2	41	42	25	
Eslovaquia	8	69,8 / 77,6	3	102 / 101	98 / 99	89 / 90	0 / 0	24	74	41	
Hungría	9	67,7 / 76,0	16	102 / 100	98 / 99	103 / 104		21	77	68	
Polonia	9	69,8 / 78,0	13	100 / 99	99 / 98	105 / 101		16	49	19	
República Checa	6	72,1 / 78,7	9	104 / 103	96 / 97	95 / 97		17	72	63	0,1 / <0,1
Rumania	20	67,0 / 74,2	49	100 / 98	94 / 95	82 / 83	2 / 4	37	64	30	
EUROPA SEPTENTRIONAL (12)	5	74,9 / 80,5						17	79	75	
Dinamarca	5	74,2 / 79,1	5	102 / 102	100 / 100			7	78	72	0,3 / 0,1
Estonia	9	66,5 / 76,8	63	105 / 101	100 / 99	109 / 111	0 / 0	26	70	56	1,4 / 0,7
Finlandia	4	74,4 / 81,5	6	102 / 101	100 / 100	120 / 133		8	77	75	0,1 / <0,1
Irlanda	6	74,4 / 79,6	5	104 / 104	98 / 99	100 / 109		15			0,2 / 0,1
Letonia	14	65,6 / 76,2	42	99 / 98	98 / 98	92 / 93	0 / 0	24	48	39	0,8 / 0,4
Lituania	9	67,5 / 77,6	13	105 / 104	100 / 98	99 / 98	0 / 0	26	47	31	0,1 / 0,0
Noruega	5	76,0 / 81,9	16	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,1 / 0,0
Reino Unido	5	75,7 / 80,7	13	101 / 101		146 / 170		20	84	81	0,2 / 0,0
Suecia	3	77,6 / 82,6	2	109 / 112		132 / 160		7	78	72	0,1 / 0,0
EUROPA MERIDIONAL (13)	7	74,6 / 81,0						11	67	46	
Albania	25	70,9 / 76,7	55	107 / 107	86 / 94	77 / 80	1 / 2	16	58	15	
Bosnia y Herzegovina	14	71,3 / 76,7	31				2 / 9	23	48	16	
Croacia	8	70,3 / 78,1	8	96 / 95	100 / 100	88 / 89	1 / 3	19			
Eslovenia	6	72,6 / 79,8	17	101 / 100		105 / 107	0 / 0	8	74	59	
España	5	75,9 / 82,8	4	108 / 106		112 / 119		6	81	67	1,0 / 0,3
Grecia	6	75,7 / 80,9	9	97 / 96		95 / 97		10			0,3 / 0,1
Italia	5	75,5 / 81,9	5	101 / 100	96 / 97	97 / 95		6	60	39	0,7 / 0,3
Macedonia, ex Rep. Yugoslava de	16	71,4 / 75,8	23	99 / 99	96 / 97	86 / 83		34			
Portugal	6	72,6 / 79,6	5	122 / 120		111 / 117		17	66	33	0,7 / 0,2
Serbia y Montenegro	13	70,9 / 75,6	11	99 / 99		88 / 89		26	58	33	0,3 / 0,1
EUROPA OCCIDENTAL (14)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Alemania	5	75,2 / 81,2	8	101 / 100	99 / 100	100 / 99		11	75	72	0,2 / 0,0
Austria	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103	93 / 95	100 / 97		12	51	47	0,4 / 0,1
Bélgica	4	75,7 / 81,9	10	106 / 105		146 / 163		9	78	74	0,3 / 0,1
Francia	5	75,2 / 82,8	17	106 / 104		107 / 108		9	75	69	0,6 / 0,2
Países Bajos	5	75,6 / 81,0	16	109 / 107	100 / 100	126 / 122		5	79	76	0,4 / 0,1
Suiza	5	75,9 / 82,3	7	108 / 107	100 / 99	103 / 96		5	82	78	0,5 / 0,2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	32	67,1 / 73,9						72	71	62	
CARIBE (15)	35	64,9 / 69,0						71	61	57	
Cuba	7	74,8 / 78,7	33	102 / 98	95 / 96	90 / 89	3 / 3	65	73	72	0,1 / <0,1
Haití	63	49,0 / 50,0	680				46 / 50	64	27	21	4,8 / 6,4

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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Jamaica	20	73,7 / 77,8	87	101 / 100	88 / 93	82 / 85	16 / 9	79	66	63	1,2 / 1,2
Puerto Rico	10	71,2 / 80,1	25				6 / 6	63	78	68	
República Dominicana	36	64,4 / 69,2	150	125 / 127	54 / 80	60 / 75	16 / 16	93	65	63	2,5 / 0,9
Trinidad y Tabago	14	68,4 / 74,4	160	106 / 104	97 / 100	69 / 73	1 / 2	36	38	33	3,2 / 3,2
CENTROAMÉRICA	30	69,5 / 75,4						76	64	55	
Costa Rica	10	75,8 / 80,6	43	108 / 108	93 / 95	66 / 68	4 / 4	78	75	65	0,8 / 0,4
El Salvador	26	67,7 / 73,7	150	114 / 109	65 / 70	56 / 56	18 / 23	87	60	54	0,9 / 0,5
Guatemala	41	63,0 / 68,9	240	107 / 99	57 / 54	34 / 32	23 / 38	111	38	31	1,3 / 1,0
Honduras	32	66,5 / 71,4	110	105 / 107			20 / 20	103	62	51	1,7 / 2,0
México	28	70,4 / 76,4	83	111 / 110	90 / 91	73 / 78	7 / 11	64	67	58	0,3 / 0,2
Nicaragua	36	67,2 / 71,9	230	104 / 105	51 / 58	52 / 61	23 / 23	135	69	66	0,3 / 0,1
Panamá	21	72,3 / 77,4	160	112 / 108	88 / 89	67 / 72	7 / 8	89	58	54	1,1 / 0,8
AMÉRICA DEL SUR (16)	32	66,5 / 73,9						71	74	65	
Argentina	20	70,6 / 77,7	82	120 / 119	91 / 95	97 / 103	3 / 3	61			1,1 / 0,3
Bolivia	56	61,8 / 66,0	420	114 / 113	79 / 77	86 / 83	7 / 19	81	53	27	0,1 / 0,1
Brasil	38	64,0 / 72,6	260	153 / 144	76 / 84	102 / 113	14 / 13	73	77	70	0,8 / 0,5
Chile	12	73,0 / 79,0	31	101 / 99	100 / 100	88 / 90	4 / 4	44			0,4 / 0,2
Colombia	26	69,2 / 75,3	130	110 / 109	59 / 63	62 / 69	8 / 8	80	77	64	1,0 / 0,5
Ecuador	41	68,3 / 73,5	130	117 / 117	77 / 79	59 / 59	8 / 10	66	66	50	0,4 / 0,2
Paraguay	37	68,6 / 73,1	170	114 / 110	76 / 78	63 / 64	7 / 10	75	57	48	0,7 / 0,3
Perú	33	67,3 / 72,4	410	120 / 120	86 / 86	92 / 86	9 / 20	55	69	50	0,7 / 0,4
Uruguay	13	71,6 / 78,9	27	109 / 107	87 / 90	95 / 108	3 / 2	70			0,4 / 0,2
Venezuela	19	70,9 / 76,7	96	107 / 105	92 / 100	64 / 74	6 / 7	95			0,9 / 0,5
AMÉRICA DEL NORTE (17)	7	74,5 / 80,1						50	76	71	
Canadá	5	76,7 / 81,9	6	99 / 100		107 / 106		16	75	73	0,5 / 0,2
Estados Unidos de América	7	74,3 / 79,9	17	98 / 99		94 / 92		53	76	71	1,0 / 0,3
OCEANÍA	26	71,8 / 76,6						32	62	57	
AUSTRALIA-NUOVA ZELANDIA	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Australia (18)	6	76,4 / 82,0	8	102 / 102		155 / 153		16	76	72	0,2 / <0,1
Melanesia (19)	53	59,3 / 61,7						63			
Nueva Zelanda	6	75,8 / 80,7	7	99 / 99		109 / 118		27	75	72	0,1 / <0,1
Papua Nueva Guinea	62	56,8 / 58,7	300	77 / 78	61 / 58	25 / 20		67	26	20	0,8 / 0,4
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN (20)											
Armenia	17	69,0 / 75,6	55	97 / 95		84 / 89	0 / 1	34	61	22	0,1 / 0,1
Azerbaiyán	29	68,7 / 75,5	94	93 / 92	96 / 99	81 / 79		36	55	12	
Belarús	11	64,9 / 75,3	35	111 / 109		82 / 86	0 / 0	27	50	42	
Federación de Rusia	16	60,8 / 73,1	67	114 / 113		92 / 92	0 / 1	30			1,5 / 0,8
Georgia	18	69,5 / 77,6	32	92 / 92	94 / 94	76 / 82		33	41	20	0,3 / 0,1
Kazajistán	52	60,9 / 71,9	210	100 / 99	95 / 95	90 / 88	0 / 1	45	66	53	0,2 / 0,1
Kirguistán	37	64,8 / 72,3	110	102 / 99	91 / 91	86 / 87		33	60	49	0,1 / <0,1
Moldova, República de	18	65,5 / 72,2	36	86 / 85	90 / 91	71 / 73	0 / 1	43	62	43	
Tayikistán	50	66,2 / 71,4	100	109 / 104	93 / 100	90 / 74	0 / 1	25	34	27	
Turkmenistán	49	63,9 / 70,4	31				1 / 2	17	62	53	
Ucrania	14	64,7 / 74,7	35	91 / 90	30 / 30	97 / 97	0 / 0	38	68	38	1,8 / 0,9
Uzbekistán	37	66,8 / 72,5	24	103 / 102		100 / 97	0 / 1	54	67	63	0,1 / 0,1

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2004)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000- 2005) (%)	% pobla- ción urbana (2003)	Tasa creci- miento urbano (2000- 2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000- 2005)	% partos atendi- dos personal capaci- tado	INB per cápita PPAS (2002)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públi- cos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Total mundial	6.377,6	8.918,7	1,2	48	2,1		2,69					(2.521.000)	81 / 81		
Regiones más desarrolladas (*)	1.206,1	1.219,7	0,2	75	0,5		1,56						10 / 9		
Regiones menos desarrolladas (+)	5.171,5	7.699,1	1,5	42	2,8		2,92						89 / 89		
Países menos adelantados (‡)	735,6	1.674,5	2,4	27	4,3		5,13						165 / 156		
ÁFRICA (1)	869,2	1.803,3	2,2	39	3,6		4,91					605.466 ²¹	154 / 143		
ÁFRICA ORIENTAL	276,2	614,5	2,2	26	4,3		5,61						171 / 156		
Burundi	7,1	19,5	3,1	10	6,5	4,6	6,80	25	610	11,6	2,1	2.255	198 / 178		78
Eritrea	4,3	10,5	3,7	20	5,8	5,9	5,43	28	950		3,7	6.774	108 / 104		46
Etiopía	72,4	171,0	2,5	16	4,1	4,8	6,14	6	720		1,4	43.125	181 / 165	291	24
Kenya	32,4	44,0	1,5	39	4,4	4,5	4,00	41	990	0,9	1,7	38.134	125 / 110	500	57
Madagascar	17,9	46,3	2,8	27	3,6	3,4	5,70	46	720	10,7	1,2	10.208	150 / 144		47
Malawi	12,3	25,9	2,0	16	4,6	3,8	6,10	56	570		2,7	22.230	192 / 181		57
Mauricio (2)	1,2	1,5	1,0	43	1,5	1,3	1,95	99	10.530	9,0	2,0	193	21 / 15		100
Mozambique	19,2	31,3	1,8	36	5,1	3,3	5,63	44			4,0	29.800	223 / 207	425	57
Rwanda	8,5	17,0	2,2	18	11,6	5,6	5,74	31	1.210	6,9	3,1	14.044	189 / 168		41
Somalia	10,3	39,7	4,2	35	5,7	6,0	7,25	34			1,2		203 / 187		
Tanzania, República Unida de	37,7	69,1	1,9	35	4,9	5,6	5,11	36	550		2,0	31.019	170 / 153	404	68
Uganda	26,7	103,2	3,2	12	3,9	2,6	7,10	39	1.320		3,4	42.399	154 / 139		52
Zambia	10,9	18,5	1,2	36	1,9	1,4	5,64	43	770		3,0	29.312	194 / 177	638	64
Zimbabwe	12,9	12,7	0,5	35	1,8	2,4	3,90	73	2.120	16,2	2,8	17.364	118 / 109	769	83
ÁFRICA CENTRAL (3)	103,4	266,3	2,7	37	4,1		6,28						218 / 196		
Angola	14,1	43,1	3,2	36	5,4	2,8	7,20	45	1.730		2,8	8.057	259 / 234	663	38
Camerún	16,3	24,9	1,8	51	3,4	1,1	4,61	60	1.640	8,5	1,2	3.343	155 / 142	417	58
Chad	8,9	25,4	3,0	25	4,6	1,7	6,65	16	1.000	9,5	2,0	2.675	209 / 192		27
Congo, Rep. Democrática del (4)	54,4	151,6	2,9	32	4,4	4,0	6,70	61	580		1,5	8.783	230 / 208	300	45
Congo, República del	3,8	10,6	2,6	54	3,4	6,4	6,29		700	0,4	1,4	928	137 / 113	262	51
Gabón	1,4	2,5	1,8	84	2,7	0,9	3,99	86	5.320	4,7	1,7	3.069	97 / 87	1.322	86
República Centroafricana	3,9	6,6	1,3	43	2,5	1,3	4,92	44	1.190		2,3	982	189 / 157		70
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	187,0	306,0	1,9	50	2,7		3,21					79.135 ²²	70 / 61		
Argelia	32,3	48,7	1,7	59	2,6	0,9	2,80	92	5.330		3,1	3.492	52 / 45	955	89
Egipto	73,4	127,4	2,0	42	2,1	7,5	3,29	61	3.710		1,9	58.689	52 / 44	737	97
Jamahiriya Árabe Libia	5,7	9,2	1,9	86	2,3	0,1	3,02	94			1,6	0	23 / 23	2.994	72
Marruecos	31,1	47,1	1,6	58	2,8	1,1	2,75	40	3.690	17,9	2,0	9.699	58 / 46	377	80
Sudán	34,3	60,1	2,2	39	4,6	1,2	4,39		1.690		0,6	5.261	131 / 123	421	75
Túnez	9,9	12,9	1,1	64	1,6	0,5	2,01	90	6.280	15,8	4,9	1.069	29 / 24	852	80
ÁFRICA MERIDIONAL	51,9	46,6	0,6	54	1,5		2,79						93 / 83		
Botswana	1,8	1,4	0,9	52	1,8	2,1	3,70	94	7.770	6,0	4,4	2.692	108 / 100		95
Lesotho	1,8	1,4	0,1	18	0,9	2,1	3,84	60	2.710	21,4	4,3	967	158 / 146		78
Namibia	2,0	2,7	1,4	32	3,0	1,1	4,56	78	6.650	22,1	4,7	4.080	113 / 102	596	77
Sudáfrica	45,2	40,2	0,6	57	1,4	0,4	2,61	84	9.870	14,3	3,6	29.267	85 / 75	2.404	86
Swazilandia	1,1	0,9	0,8	24	1,4	1,9	4,54	70	4.530	10,4	2,3	635	155 / 138		
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	250,6	569,9	2,6	42	4,2		5,56						153 / 148		
Benin	6,9	15,6	2,6	45	4,4	1,5	5,66	66	1.020	10,1	2,1	7.766	166 / 146	318	63
Burkina Faso	13,4	42,4	3,0	18	5,0	2,8	6,68	31	1.010		1,5	6.691	165 / 155		42
Côte d'Ivoire	16,9	27,6	1,6	45	2,6	1,0	4,73	63	1.430	14,9	1,0	4.014	182 / 164	402	81
Gambia	1,5	2,9	2,7	26	2,6	4,2	4,70	55	1.680		3,2	690	140 / 128		62

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2004)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPAS (2002)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Ghana	21,4	39,5	2,2	45	3,2	1,9	4,11	44	2.000		2,8	21.753	99 / 88	410	73
Guinea	8,6	19,6	1,6	35	3,8	4,5	5,82	35	1.990	9,2	1,9	6.176	175 / 176		48
Guinea-Bissau	1,5	4,7	2,9	34	5,4	2,1	7,10	35	750		3,2	562	221 / 198		56
Liberia	3,5	9,8	4,0	47	5,3	3,5	6,80	51			3,3	1.626	238 / 221		
Malí	13,4	46,0	3,0	32	5,2	2,1	7,00	41	840	14,4	1,7	14.171	184 / 178		65
Mauritania	3,0	7,5	3,0	62	5,1	2,9	5,79	57	1.740	14,0	2,6	2.061	163 / 150		37
Níger	12,4	53,0	3,6	22	6,1	2,2	8,00	16	770	16,8	1,4	3.979	207 / 213		59
Nigeria	127,1	258,5	2,5	47	4,4	1,2	5,42	35	780		0,8	35.933	133 / 133	735	62
Senegal	10,3	21,6	2,4	50	3,9	2,8	4,97	58	1.510	13,8	2,8	17.082	116 / 108	325	78
Sierra Leona	5,2	10,3	3,8	39	5,6	5,0	6,50	42	490		2,6	889	321 / 293		57
Togo	5,0	10,0	2,3	35	4,0	1,1	5,33	49	1.430	11,0	1,5	2.695	145 / 128	305	54
ASIA	3.870,5	5.222,1	1,3	39	2,7		2,55					396.994	68 / 73		
ASIA ORIENTAL (7)	1.522,0	1.590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
China	1.313,3	1.395,2	0,7	39	3,2	5,5	1,83	76	4.390	6,6	2,0	22.176	39 / 47	896	75
Corea, Rep. Popular Dem. De	22,8	25,0	0,5	61	1,0	2,4	2,02	97			1,9	1.198	61 / 55	914	100
Corea, República de	48,0	46,4	0,6	80	0,9	2,1	1,41	100	16.480	18,4	2,6	0	8 / 6	4.114	92
Hong Kong, R.A.E. de China (9)	7,1	9,4	1,1	100	1,1		1,00		26.810				5 / 5	2.421	
Japón	127,8	109,7	0,1	65	0,3	1,0	1,32	100	26.070	21,4	6,2	(115.346) ²³	5 / 4	4.099	
Mongolia	2,6	3,8	1,3	57	1,4	0,5	2,42	97	1.650		4,6	3.989	88 / 83		60
ASIA SUDORIENTAL	550,7	767,2	1,4	42	3,3		2,55						61 / 49		
Camboya	14,5	29,6	2,4	19	5,5	2,5	4,77	32	1.590	7,4	1,7	24.787	115 / 99		30
Filipinas	81,4	127,0	1,8	61	3,1	2,8	3,18	58	4.280	11,8	1,5	46.523	40 / 30	538	86
Indonesias	222,6	293,8	1,3	46	3,9	2,8	2,35	66	2.990	3,7	0,6	34.244	59 / 46	729	78
Lao, Rep. Dem. Popular	5,8	11,4	2,3	21	4,6	4,3	4,78	19	1.610	9,1	1,7	2.244	144 / 137		37
Malasia	24,9	39,6	1,9	64	3,0	0,5	2,90	97	8.280	17,0	2,0	156	15 / 11	2.168	
Myanmar	50,1	64,5	1,3	29	3,1	3,2	2,86	56		5,8	0,4	4.688	137 / 118	252	72
Singapur	4,3	4,5	1,7	100	1,7	5,9	1,36	100	23.090		1,3	0	4 / 4	7.058	100
Tailandia	63,5	77,1	1,0	32	1,9	1,6	1,93	99	6.680	15,9	2,1	2.466	31 / 19	1.235	84
Viet Nam	82,5	117,7	1,3	26	3,2	6,3	2,30	85	2.240		1,5	16.392	52 / 37	495	77
ASIA CENTROMERIDIONAL	1.588,8	2.463,9	1,7	30	2,5		3,25						89 / 98		
Afganistán	24,9	69,5	3,9	23	6,0	1,8	6,80	12			2,7	1.491	278 / 283		13
Bangladesh	149,7	254,6	2,0	24	3,5	9,1	3,46	12	1.720	8,3	1,5	75.909	85 / 90	153	97
Bhután	2,3	5,3	3,0	9	6,3	12,1	5,02	24			3,6	632	82 / 78		62
India	1.081,2	1.531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	43	2.570	13,7	0,9	57.199	78 / 90	515	84
Irán, Rep. Islámica del	69,8	105,5	1,2	67	2,3	1,1	2,33	90	6.340	11,6	2,7	2.276	39 / 39	1.860	92
Nepal	25,7	50,8	2,2	15	5,2	7,0	4,26	11	1.350	12,5	1,5	19.820	91 / 106	357	88
Pakistán	157,3	348,7	2,4	34	3,4	3,3	5,08	20	1.940		1,0	13.415	121 / 135	456	90
Sri Lanka	19,2	21,2	0,8	21	0,7	4,5	2,01	97	3.390	10,0	1,8	2.074	30 / 16	423	77
ASIA OCCIDENTAL	208,9	400,8	2,1	65	2,4		3,45					30.221 ²²	60 / 53		
Arabia Saudita	24,9	54,7	2,9	88	3,4	0,6	4,53	91		34,9	3,4	4	26 / 23	5.195	95
Emiratos Árabes Unidos	3,1	4,1	1,9	85	2,1	0,6	2,82	96		9,2	2,6	0	17 / 14	10.860	
Iraq	25,9	57,9	2,7	67	2,4	0,4	4,77	72			1,0	268	112 / 103	1.202	85
Israel	6,6	10,0	2,0	92	2,1	0,4	2,70			21,0	6,0	0	9 / 9	3.291	
Jordania	5,6	10,2	2,7	79	2,8	1,4	3,57	100	4.070	16,0	4,5	14.233	28 / 26	1.017	96
Kuwait	2,6	4,9	3,5	96	3,5	1,7	2,66	98			3,5	0	13 / 13	7.195	
Líbano	3,7	4,9	1,6	88	1,9	0,4	2,18	89	4.470	8,3	2,2	1.885	22 / 17	1.239	100

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2004)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPAS (2002)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Omán	2,9	6,8	2,9	78	3,6	12,0	4,96	95	12.910	12,6	2,4	77	26 / 20	4.029	39
República Árabe Siria	18,2	34,2	2,4	50	2,5	0,9	3,32		3.250	12,8	1,7	3.063	28 / 25	841	80
Territorio Palestino Ocupado	3,7	11,1	3,6	71	4,1		5,57	97				2.385	27 / 21		86
Turquía (10)	72,3	97,8	1,4	66	2,2	0,8	2,43	81	6.120	11,6	4,4	2.650	56 / 43	1.057	82
Yemen	20,7	84,4	3,5	26	4,8	5,8	7,01	22	750		1,5	5.647	100 / 95	197	69
ESTADOS ÁRABES (11)	314,2	631,2	2,3	55	2,9	1,1	3,81	67	3.547	23,9	2,7	109.243	77 / 70	1.400	85
EUROPA	725,6	631,9	-0,1	73	0,1		1,38						12 / 10		
EUROPA ORIENTAL	298,8	221,7	-0,5	68	-0,4		1,18					35.259 ^{22, 24}	20 / 16		
Bulgaria	7,8	5,3	-0,8	70	-0,3	0,1	1,10		6.840	14,8	3,9	155	21 / 17	2.428	100
Eslovaquia	5,4	4,9	0,1	57	0,5	0,3	1,28		12.190	11,4	5,1	17	10 / 10	3.480	100
Hungría	9,8	7,6	-0,5	65	0,1	0,2	1,20		12.810	19,2	5,1	0	12 / 10	2.487	99
Polonia	38,6	33,0	-0,1	62	0,0	0,5	1,26		10.130	28,8	4,6	109	11 / 10	2.344	
República Checa	10,2	8,6	-0,1	74	0,0	0,2	1,16	99	14.500	13,0	6,7	197	6 / 6	4.049	
Rumania	22,3	18,1	-0,2	55	-0,2	0,3	1,32	98	6.290		5,2	4.414	28 / 22	1.644	58
EUROPA SEPTENTRIONAL (12)	95,0	100,1	0,2	83	0,4		1,61						7 / 6		
Dinamarca	5,4	5,3	0,2	85	0,3	0,1	1,77		29.450	23,4	7,0	(48.852)	7 / 6	3.692	100
Estonia	1,3	0,7	-1,1	69	-1,0	0,2	1,22		11.120	23,6	4,3	50	13 / 9	3.444	
Finlandia	5,2	4,9	0,2	61	0,1	0,1	1,73		25.440		5,3	(23.730)	5 / 4	6.518	100
Irlanda	4,0	5,0	1,1	60	1,5	0,4	1,90	100	28.040		4,9	(6.255)	7 / 7	3.876	
Letonia	2,3	1,3	-0,9	66	-1,2	0,1	1,10	100	8.940	23,1	3,4	93	19 / 16	1.822	
Lituania	3,4	2,5	-0,6	67	-0,7	0,2	1,25		9.880		4,2	85	13 / 10	2.304	
Noruega	4,6	4,9	0,4	79	1,6	0,3	1,80		35.840	26,8	6,8	(42.960)	6 / 5	5.896	100
Reino Unido	59,4	66,2	0,3	89	0,4	0,2	1,60	99	25.870	13,6	6,3	(80.971)	7 / 6	3.982	100
Suecia	8,9	8,7	0,1	83	0,1	0,1	1,64		25.080	24,3	7,4	(56.270)	5 / 4	5.740	100
EUROPA MERIDIONAL (13)	146,4	125,6	0,1	66	0,3		1,32						10 / 9		
Albania	3,2	3,7	0,7	44	2,1	2,1	2,28	99	4.040		2,4	1.928	37 / 31	548	97
Bosnia y Herzegovina	4,2	3,6	1,1	44	2,2	0,2	1,30	100	5.800		2,8	175	17 / 14	1.074	
Croacia	4,4	3,6	-0,2	59	0,5	0,2	1,65	100	9.760		7,3	0	10 / 8	1.771	
Eslovenia	2,0	1,6	-0,1	51	-0,1	0,2	1,14		17.690		6,3	0	8 / 7	3.459	100
España	41,1	37,3	0,2	77	0,3	0,2	1,15		20.460		5,4	(14.380)	7 / 6	3.127	
Grecia	11,0	9,8	0,1	61	0,6	0,4	1,27		18.240		5,2		8 / 7	2.710	
Italia	57,3	44,9	-0,1	67	0,0	0,3	1,23		25.320		6,3	(25.038)	7 / 6	2.981	
Macedonia, ex Rep. Yugoslavia de	2,1	2,2	0,5	60	0,6	0,4	1,90	97	6.210	16,6	5,8		19 / 18		
Portugal	10,1	9,0	0,1	55	1,1	0,5	1,45	100	17.350		6,3	(689)	9 / 8	2.435	
Serbia y Montenegro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,5	1,65	99			6,5	1.780	17 / 14	1.508	98
EUROPA OCCIDENTAL (14)	185,3	184,5	0,2	81	0,5		1,58						6 / 6		
Alemania	82,5	79,1	0,1	88	0,3	0,2	1,35		26.220		8,1	(108.660) ²⁵	6 / 6	4.264	
Austria	8,1	7,4	0,0	66	0,0	0,3	1,28		28.240		5,5	(979)	6 / 5	3.825	100
Bélgica	10,3	10,2	0,2	97	0,2		1,66		27.350		6,4	(19.066)	6 / 6	5.735	
Francia	60,4	64,2	0,5	76	0,7	0,1	1,89		26.180		7,3	(8.242)	6 / 6	4.487	
Países Bajos	16,2	17,0	0,5	66	1,3	0,6	1,72	100	27.470		5,7	(132.032)	7 / 6	4.814	100
Suiza	7,2	5,8	0,0	68	-0,1	1,0	1,41		31.250	22,8	6,4	(23.534)	7 / 5	3.875	100
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	550,8	767,7	1,4	77	1,9		2,53					188.603	45 / 36		
CARIBE (15)	39,0	45,8	0,9	64	1,3		2,39						62 / 53		
Cuba	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		32,7	6,2	1.469	12 / 8	1.216	91
Haití	8,4	12,4	1,3	38	3,0	4,6	3,98	24	1.580		2,7	16.621	119 / 104	257	46

	Población, total (millones) (2004)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPAS (2002)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Jamaica	2,7	3,7	0,9	52	1,0	1,9	2,36	95	3.550	15,7	2,9	3.534	28 / 21	1.545	92
Puerto Rico	3,9	3,7	0,5	97	1,1	1,3	1,89					0	14 / 11		
República Dominicana	8,9	11,9	1,5	59	2,1	0,9	2,71	98	5.870	6,6	2,2	8.135	58 / 48	921	86
Trinidad y Tabago	1,3	1,2	0,3	75	0,9	0,9	1,55	96	8.680	14,2	1,7	530	21 / 16	6.708	90
CENTROAMÉRICA	144,6	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Costa Rica	4,3	6,5	1,9	61	2,8	1,6	2,28	98	8.260	14,6	4,9	344	14 / 11	899	95
El Salvador	6,6	9,8	1,6	60	2,1	2,2	2,88	90	4.570		3,7	7.760	38 / 31	677	77
Guatemala	12,7	26,2	2,6	46	3,4	3,0	4,41	41	3.880	7,7	2,3	12.474	58 / 51	626	92
Honduras	7,1	12,6	2,3	46	3,3	1,6	3,72	56	2.450		3,2	13.853	53 / 43	488	88
México	104,9	140,2	1,5	76	1,8	0,8	2,50	86	8.540	11,8	2,7	9.849	37 / 31	1.532	88
Nicaragua	5,6	10,9	2,4	57	3,1	0,5	3,75	67		20,5	3,8	16.685	50 / 40	536	77
Panamá	3,2	5,1	1,8	57	2,4	1,0	2,70	90	5.870	10,5	4,8	474	31 / 23	1.098	90
AMÉRICA DEL SUR (16)	367,2	510,1	1,4	81	2,0		2,45						45 / 35		
Argentina	38,9	52,8	1,2	90	1,4	0,1	2,44	98	9.930	12,4	5,1	865	26 / 21	1.537	
Bolivia	9,0	15,7	1,9	63	2,7	1,2	3,82	69	2.300	12,0	3,5	25.576	77 / 67	496	83
Brasil	180,7	233,1	1,2	83	2,0	0,4	2,21	88	7.250	10,7	3,2	7.545	52 / 39	1.074	87
Chile	16,0	21,8	1,2	87	1,6	1,0	2,35	100	9.180	14,3	3,1	112	15 / 12	1.545	93
Colombia	44,9	67,5	1,6	77	2,2	2,0	2,62	86	5.870	16,4	3,6	1.427	35 / 30	680	91
Ecuador	13,2	18,7	1,5	62	2,3	1,1	2,76	69	3.222		2,3	9.697	60 / 49	692	85
Paraguay	6,0	12,1	2,4	57	3,5	0,7	3,84	71	4.450	12,9	3,0	3.761	51 / 39	697	78
Perú	27,6	41,1	1,5	74	2,0	1,9	2,86	59	4.800	7,5	2,6	23.635	57 / 47	460	80
Uruguay	3,4	4,1	0,7	93	0,9	0,3	2,30	100	12.010	7,2	5,1	193	18 / 13	809	98
Venezuela	26,2	41,7	1,9	88	2,1	0,7	2,72	94	5.080		3,7	879	25 / 20	2.227	83
AMÉRICA DEL NORTE (17)	328,9	447,9	1,0	80	1,4		2,05						8 / 8		
Canadá	31,7	39,1	0,8	80	1,2	0,0	1,48	98	28.070		6,8	(12.689)	7 / 6	7.985	100
Estados Unidos de América	297,0	408,7	1,0	80	1,4	0,0	2,11	99	35.060	18,0	6,2	(951.012)	8 / 9	7.996	100
OCEANÍA	32,6	45,8	1,2	73	1,4		2,34						34 / 35		
AUSTRALIA-NUOVA ZELANDIA	23,8	30,1	0,9	91	1,3		1,75						8 / 6		
Australia (18)	19,9	25,6	1,0	92	1,4	0,0	1,70	100	26.960	16,0	6,2	(13.088)	8 / 6	5.956	100
Melanesia (19)	7,6	14,0	2,1	20	2,5		3,91						70 / 75		
Nueva Zelanda	3,9	4,5	0,8	86	0,8	0,1	2,01	100	20.020	19,6	6,4	(2.150)	8 / 6	4.714	
Papua Nueva Guinea	5,8	11,1	2,2	13	2,3	4,9	4,09	53	2.080	12,4	3,9	6.157	81 / 88		42
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN (20)															
Armenia	3,1	2,3	-0,5	64	-0,8	0,7	1,15	97	3.060		3,2	3.721	22 / 17	744	
Azerbaiyán	8,4	10,9	0,9	50	0,6	1,1	2,10	84	2.920		0,7	1.887	41 / 38	1.428	78
Belarús	9,9	7,5	-0,5	71	0,1	0,2	1,20	100	5.330		4,8	148	17 / 12	2.449	100
Federación de Rusia	142,4	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	7.820		3,7	12.226	23 / 18	4.293	99
Georgia	5,1	3,5	-0,9	52	-1,4	1,0	1,40	96	2.210		1,4	2.991	25 / 18	462	79
Kazajistán	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	5.480		1,9	6.169	68 / 48	2.705	91
Kirguistán	5,2	7,2	1,4	34	1,0	0,9	2,64	98	1.520		1,9	2.593	50 / 42	451	77
Moldova, República de	4,3	3,6	-0,1	46	0,1	0,4	1,40	99	1.560		2,8	768	26 / 21	735	92
Tayikistán	6,3	9,6	0,9	25	-0,4	1,9	3,06	71	900		1,0	805	78 / 67	487	60
Turkmenistán	4,9	7,5	1,5	45	2,0	0,9	2,70	97	4.570		3,0	1.027	74 / 61	3.244	
Ucrania	48,2	31,7	-0,8	67	-0,7	0,2	1,15	100	4.650		2,9	4.658	20 / 15	2.884	98
Uzbekistán	26,5	37,8	1,5	37	1,0	1,4	2,44	96	1.590		2,7	4.624	56 / 48	2.029	85

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Antillas Neerlandesas	13	73,3 / 79,2	20	104 / 104	69 / 77	44			
Bahamas	18	63,9 / 70,3	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3,0 / 3,0
Bahrein	14	72,5 / 75,9	28	98 / 98	91 / 99	18	62	31	0,1 / 0,2
Barbados	11	74,5 / 79,5	95	108 / 108	103 / 103	43	55	53	2,0 / 1,0
Belice	31	69,9 / 73,0	140	119 / 116	68 / 74	86	47	42	3,0 / 1,8
Brunei Darussalam	6	74,2 / 78,9	37	107 / 106	85 / 91	26			<0,1 / <0,1
Cabo Verde	30	67,0 / 72,8	150	125 / 120	64 / 67	82	53	46	
Chipre	8	76,0 / 80,5	47	97 / 97	93 / 94	10			
Comoras	67	59,4 / 62,2	480	98 / 81	30 / 25	59	26	19	
Djibouti	102	44,7 / 46,8	730	46 / 35	24 / 15	64			0,3 / 0,3
Fiji	18	68,1 / 71,5	75	109 / 109	78 / 83	54			0,2 / <0,1
Guadalupe	7	74,8 / 81,7	5			19			
Guam	10	72,4 / 77,0	12			70			
Guinea Ecuatorial	101	47,8 / 50,5	880	132 / 120	38 / 22	192			
Guyana	51	60,1 / 66,3	170			67	37	36	2,2 / 2,8
Islandia	3	77,6 / 81,9	0	101 / 101	104 / 111	19			0,2 / 0,2
Islas Salomón	21	67,9 / 70,7	130			52			
Luxemburgo	5	75,1 / 81,4	28	101 / 100	93 / 99	9			
Maldivas	38	67,8 / 67,0	110	125 / 124	64 / 68	53			
Malta	7	75,9 / 80,7	21	106 / 106	91 / 89	12			
Martinica	7	75,8 / 82,3	4			30			
Micronesia (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Nueva Caledonia	7	72,5 / 77,7	10			31			
Polinesia (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Polinesia Francesa	9	70,7 / 75,8	20			45			
Qatar	12	70,5 / 75,4	7	108 / 104	88 / 93	20	43	32	
Reunión	8	71,2 / 79,3	41			32	67	62	
Samoa	26	66,9 / 73,4	130	104 / 101	71 / 79	44			
Suriname	26	68,5 / 73,7	110	127 / 125	62 / 86	42	42	41	2,2 / 1,1
Timor-Leste, Rep. Dem.	124	48,7 / 50,4	660			27			
Vanuatu	29	67,5 / 70,5	130	112 / 111	28 / 29	52			

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

Indicadores demográficos sociales y económicos

	Población, total (miles) (2004)	Población, proyección (miles) (2050)	% población urbana (2003)	Tasa de crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fecundidad total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPAS (2002)	Mortalidad menores 5 años M/F
Antillas Neerlandesas	223	249	69,7	1,1	0,1	2,05			17 / 11
Bahamas	317	395	89,5	1,5	0,9	2,29			27 / 21
Bahrein	739	1.270	90,0	2,3	1,2	2,66	98		20 / 16
Barbados	271	258	51,7	1,5	0,6	1,50	91		13 / 11
Belice	261	421	48,3	2,3	0,7	3,15	83	5.340	43 / 42
Brunei Darussalam	366	685	76,2	3,2	0,3	2,48	99		8 / 6
Cabo Verde	473	812	55,9	3,5	2,4	3,30	89	4.720	45 / 26
Chipre	808	892	69,2	1,0	0,6	1,90	100	18.040	8 / 8
Comoras	790	1.816	35,0	4,6	4,0	4,90	62	1.640	96 / 87
Djibouti	712	1.395	83,7	2,1		5,70		2.070	185 / 168
Fiji	847	969	51,7	2,5	1,1	2,88	100	5.310	21 / 23
Guadalupe	443	467	99,7	0,9	0,5	2,10			11 / 8
Guam	165	248	93,7	1,7		2,88			13 / 10
Guinea Ecuatorial	507	1.177	48,1	4,7	1,4	5,89	65	5.590	181 / 164
Guyana	767	507	37,6	1,4	0,3	2,31	86	3.780	81 / 60
Islandia	292	330	92,8	0,9	3,3	1,95		28.590	5 / 4
Islas Salomón	491	1.071	16,5	4,5	4,4	4,42	85	1.520	31 / 30
Luxemburgo	459	716	91,9	1,6		1,73		51.060	7 / 7
Maldivas	328	819	28,8	4,5	8,7	5,33	70		41 / 56
Malta	396	402	91,7	0,7	0,6	1,77			9 / 8
Martinica	395	413	95,7	0,8	0,7	1,90			9 / 8
Micronesia (26)	535	863	69,1	2,6		3,40			26 / 25
Nueva Caledonia	233	382	61,2	2,2		2,45			9 / 10
Polinesia (27)	643	912	43,6	1,7		3,16			26 / 26
Polinesia Francesa	248	355	52,1	1,2		2,44			11 / 11
Qatar	619	874	92,0	1,7	0,3	3,22	98		17 / 13
Reunión	767	1.014	91,5	2,0	0,6	2,30			11 / 9
Samoa	180	254	22,3	1,3		4,12	100	5.350	34 / 29
Suriname	439	459	76,1	1,6	1,2	2,45	85		35 / 23
Timor-Leste, Rep. Dem.	820	1.433	7,6	4,8	7,2	3,85	24		186 / 179
Vanuatu	217	435	22,8	4,1		4,13	89	2.770	32 / 39

Notas de cuadros de indicadores

Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan la expresión de opiniones por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con respecto a la situación jurídica o legal de ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de sus fronteras o bordes.

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 y el Caribe, 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) Anteriormente Zaire.
- (5) Incluso Sahara Occidental.
- (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha.
- (7) Incluso Macao.
- (8) El 1º de julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- (9) Este dato se incluye en la agregación de las regiones más desarrolladas, pero no en la estimación para la región geográfica.
- (10) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país se incluye en Europa.
- (11) Comprende Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Comoras, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Mauritania, Omán, Qatar, Siria, Somalia, Sudán, Territorio Palestino Ocupado, Túnez y Yemen. La División de Población de las Naciones Unidas proporcionó los agregados regionales de los datos demográficos. Los agregados para otros indicadores son promedios ponderados calculados sobre la base de los países donde se dispone de datos.
- (12) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
- (13) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.
- (14) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (15) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas.
- (16) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (17) Incluso Bermudas, Groenlandia y Saint Pierre y Miquelon.
- (18) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- (19) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (20) Los Estados sucesores 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. El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (21) El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (22) Esas subregiones corresponden a la Región de los Estados Árabes y Europa, establecida por el UNFPA.
- (23) Estimaciones basadas en informes de años anteriores. Se prevé la futura actualización de estos datos.
- (24) El total para Europa oriental incluye algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
- (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, Kiribati y Nauru.
- (27) Comprende Isla Johnston, Islas Cook, Islas Midway, Islas Wallis y Futuna, Pitcairn, Samoa, Samoa Americana, Tokelau, Tonga y Tuvalu.

En los cuadros estadísticos de esta edición del informe *El 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) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación, acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia) y prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes. También se han introducido varios cambios en otros indicadores, como se explica más adelante. A medida que las acciones posteriores a la CIPD y a la Cumbre del Milenio vayan estimulando el establecimiento de mejores sistemas de monitoreo, en futuros informes se presentarán periódicamente distintas modificaciones de los procesos, a medida que se disponga de ellas. El mejor monitoreo 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 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 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. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Planillas proporcionadas por la División de Población de las 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 del país) y a lo largo de todo el período de vida. Las estimaciones son para el período 2000-2005.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad: Fuente: OMS, UNICEF y UNFPA, 2003. *Maternal Mortality in 2003: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra: OMS. Este indicador refleja el número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, resultantes de trastornos relativos al embarazo, el parto y 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 respectivos países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en las cifras publicadas, utilizando fórmulas 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, son objeto de constante revisión por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, otros organismos y varias instituciones académicas y se modifican cuando es necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad. Debido a los cambios en la metodología, es posible que estimaciones de cifras anteriores a 1995 no sean estrictamente comparables a las presentes estimaciones.

INDICADORES DE EDUCACIÓN

Tasas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas (cifras brutas). Tasas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas (cifras brutas): Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, marzo de 2004. Los datos correspondientes a países miembros de la OCDE son provisionales. (Véanse los detalles en: www1.oecd.org/els/education/ei/eag/wei.htm, sitio visitado el 1° de junio de 2004). Los datos de población provienen de: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision*. 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. Los datos corresponden al año lectivo 2001/2002; y cuando no se dispone de datos más recientes, al año 2000/2001.

Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres: Fuente: Con respecto a las tasas de matriculación (cifras brutas) véase *supra* la fuente; los datos sobre analfabetismo se calcularon a partir de los datos sobre alfabetización. Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la medida 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 los niveles educacionales alcanzados en el pasado. Los mencionados indicadores de educación se han actualizado utilizando estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas que figuran en *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Los datos sobre educación son las estimaciones anuales más recientes para el período 2000-2004.

Porcentaje de alumnos que llegan al quinto grado de la escuela primaria: Fuente: Se indica la fuente *supra*, en el párrafo sobre Tasas de matriculación (cifras brutas). Los datos son los más recientes de que se dispone para los años lectivos comenzados en 1999, 2000 ó 2001. Hay 23 países que proporcionaron datos hasta el cuarto grado (véase la fuente originaria).

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad:

Fuente: Planillas de la División de Población de las Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Debido a 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 cumplir 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 mortinatalidad y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador.

Prevalencia del uso de anticonceptivos: Fuente: Planilla, “Percent Currently Using Contraception among Married or In-union Women Reproductive Age”, provista por la División de Población de las Naciones Unidas, utilizando la base de datos sobre el uso de anticonceptivos de la División de Población, Secretaría 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 o bien cualquier método anticonceptivo, o bien métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos suministrados abarcan la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones (preservativos) y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a la variación en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. A diferencia de los criterios utilizados en años anteriores, todos los datos por países y regionales se refieren a mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Se mencionan los datos de las más recientes encuestas disponibles, entre 1980 y 2002.

Tasa de prevalencia del VIH, M/F, 15 a 49 años. Fuente: UNAIDS. 2004. Ginebra: ONUSIDA. Los datos se basan en informes de los sistemas de vigilancia y en estimaciones realizadas aplicando modelos. Los datos presentados para varones y mujeres de 15 a 49 años de edad son, respectivamente, estimaciones puntuales para cada país. El año de referencia es 2003. Las diferencias entre varones y mujeres reflejan diferentes grados de vulnerabilidad fisiológica y social a la enfermedad, así como la diferencia de edades en la pareja sexual.

Indicadores demográficos, sociales y económicos

Población total en 2003, Proyecciones de población para 2050, Tasa media anual de crecimiento demográfico en el lapso 2000-2005:

Fuente: Planillas proporcionadas por la División de Población de las 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, tasas de crecimiento urbano:

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas, disponible en CD-ROM (Pop/DP/WUP/Rev.2003) y División de Población de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (documento ESA/P/WP.190). 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 en dichas zonas urbanas, según las proyecciones.

Población agrícola por hectárea de tierra cultivable y cultivada permanentemente: Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), (Datos de la División de Estadística, FAO), utilizando datos de población agrícola basados en datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. 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 de uso del suelo. Los datos corresponden al año 2001.

Tasa de fecundidad total (período 2000-2005): Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si diera a luz de conformidad 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.

Partos atendidos por personal capacitado: Fuente: Planilla proporcionada por el UNICEF, con datos procedentes de *El Estado Mundial de la Infancia 2004* y las actualizaciones a febrero de 2004 de la vigilancia del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No se dispone de datos para los países más desarrollados. 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 correspondientes a países más desarrollados reflejan sus más altos niveles de atención del parto por personal capacitado. Debido a la hipótesis de cobertura total, tal vez no se reflejen cabalmente en las estadísticas oficiales los déficit en los datos (y en la cobertura) de las poblaciones marginadas, ni los efectos de las demoras que obedecen a factores aleatorios o a las condiciones del transporte. Los datos son las estimaciones más recientes de que se dispone, posteriores a 1994.

Ingreso nacional bruto per cápita: Fuente: Las cifras más recientes, correspondientes a 2001 o 2002, fueron proporcionadas por:

Banco Mundial. *World Development Indicators Online* Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). Washington, D.C. Banco Mundial. Este indicador (anteriormente, producto nacional bruto [PNB] per cápita), mide el total de bienes y servicios de uso final producidos 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 (PIB) 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 no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la fluctuación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo de las monedas, mediante ajustes de paridades de poder adquisitivo (PPA) para obtener el “PNB real”. Algunas cifras de PPA se calcularon utilizando modelos de regresión; otras se extrapolaron de los más recientes datos básicos de referencia del Programa de Comparaciones Internacionales; los detalles figuran en la fuente originaria.

Gastos del gobierno central en educación y salud: Fuente: Datos más recientes en los últimos seis años. Banco Mundial. *World Development Indicators Online* Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). 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 dentro de un mismo sector, por ejemplo, en educación primaria o servicios de salud, en relación con otros niveles, 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. Las estimaciones indicadas se presentan como partes proporcionales del PIB per cápita (para educación) o PIB total (para salud). Asimismo, se sugiere un alto grado de precaución al efectuar comparaciones entre distintos países, debido a las variaciones en los costos de los insumos en diferentes lugares y distintos sectores.

Asistencia externa para actividades de población: Fuente: UNFPA. 2003. *Financial Resource Flows for Population Activities in 2001*. Nueva York: UNFPA. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 2001. 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. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (que no se indican de otro modo en el cuadro). Después de publicar este informe se dispondrá de datos para 2002.

Mortalidad de niños menores de cinco años: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, tabulación especial basada en: Naciones Unidas: 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. 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 expresan distintas causas y frecuencias de mortalidad en esas edades. 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 2000-2005.

Consumo de energía per cápita: Fuente: Banco Mundial. 2003. *World Development Indicators Online*. Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). 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 (inclusive la disminución o el aumento del derroche en el consumo). Los datos corresponden a 2001.

Acceso a agua potable: Fuente: UNICEF. 2003. *El Estado Mundial de la Infancia 2004: Las niñas, la educación y el desarrollo*. Nueva York: UNICEF: cuadro 3: Salud. Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a una *fuentes mejorada de agua potable que proporciona un suministro suficiente de agua apta para el consumo, a una distancia razonable del domicilio del usuario*. Los conceptos en bastardillas corresponden a definiciones a escala de país. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos son estimaciones y corresponden al año 2000.

Equipo Editorial

El Estado de la Población Mundial 2004

Editor: William A. Ryan

Investigador Principal y Asesor en políticas: Stan Bernstein

Asistente Editorial: Phyllis Brachman

Colaboradores: David Del Vecchio, Lucille Pilling de Lucena, Patrick Friel, Margaret E. Greene, Karen Hardee, Marianne Haslegrave, Erin Hasselberg, Don Hinrichsen, Mia MacDonald, Alex Marshall, Kourtoum Nacro, Danielle Nierenberg, Rabbi Royan, Gita Sen, Michael Vlassoff

Pasante: Katherine McCarthy

Prensa/Producción: Prographics, Inc., Annapolis, Maryland,
Estados Unidos de América

Fotos: leyendas y autores

Portada

© Ron Giling/Still Pictures

Madres e hijos en Ghana.

Capítulo 1

© Dominic Sansoni/Panos Pictures

Familia rural en la India.

Capítulo 2

© Mark Edwards/Still Pictures

Familia migrante en Filipinas.

Capítulo 3

© Mark Edwards/Still Pictures

*Trabajadores en Wollo (Etiopía) desví-
an un arroyo con fines de riego, como
parte de un proyecto de la organiza-
ción Concern Food for Work.*

Capítulo 4

© Hans Blossey/Still Pictures

*Personas y automóviles colman Nathan
Road. Hong Kong (RAE, China).*

Capítulo 5

© Roger LeMoyne/UNICEF

*Un curso de capacitación para maes-
tros impartido por el Ministerio de
Educación, Kabul (Afganistán).*

Capítulo 6

© Shehzad Noorani/Still Pictures

*Una agente de salud de la comunidad
imparte educación sobre planificación
de la familia a una campesina en
Bangladesh.*

Capítulo 7

© Shehzad Noorani/Still Pictures

Examen prenatal en la India.

Capítulo 8

© Mark Edwards/Still Pictures

*Un trabajador social distribuye
condones (preservativos) entre
prostitutas en Bangkok (Tailandia).*

Capítulo 9

© Jorgen Schytte/Still Pictures

*Madre adolescente con su hijito
en Guatemala.*

Capítulo 10

© Mark Edwards/Still Pictures

Padre con su hijo en la India.

Capítulo 11

© Shehzad Noorani/Still Pictures

Madre con su hijito en Bangladesh.

Página 20

© Mark Edwards/Still Pictures

*Una familia de migrantes trabaja
para convertir sectores de la selva
tropical en tierras para cultivos de
subsistencia en Java (Indonesia).*

Página 59

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

*Una enfermera examina a una emba-
razada en una clínica de Cabo Verde.*

Página 66

© Marie Dorigny

*Una paciente de SIDA atendida en
el Hospital de Bukoba (Tanzanía).*



Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org



Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-722-7
S/8,000/2004 No. de venta S.04.III.H.1

 Impreso en papel reciclado.

