



UNFPA FNUAP
Fonds des Nations Unies
Population Fund pour la population

ESTE TEXTO NO SE HA PREPARADO CON FINES DE
PUBLICACIÓN Y NO DEBE CITARSE

Examen quinquenal del adelanto en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Documento de antecedentes preparado por el
Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)
para el
Foro de La Haya
La Haya, Países Bajos
8 a 12 de febrero de 1999

Nota:

En el texto de este documento, las designaciones “países desarrollados”, “países en desarrollo”, “países (regiones) más adelantados” y “países (regiones) menos adelantados” se han adoptado por razones de simplicidad y no necesariamente entrañan un juicio acerca del grado de adelanto en el proceso de desarrollo a que ha llegado un determinado país o una determinada zona.

ÍNDICE

Páginas

LISTA DE CUADROS v

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS vi

RESUMEN SINÓPTICO 1

CAPÍTULOS

I. INTRODUCCIÓN 4

Antecedentes

Población y situación demográfica a escala mundial

Población y situación demográfica a escala regional

II. CREACIÓN DE UN MEDIO AMBIENTE PROPICIO 11

Formulación o revisión de políticas nacionales de población y desarrollo

Establecimiento de mecanismos institucionales

Fortalecimiento de los programas de información, educación y comunicación

Ejecución de Iniciativas regionales para la promoción de cuestiones de población y desarrollo

Obstáculos

Acción futura necesaria

**III. IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO Y AMPLIACIÓN DE LOS MEDIOS
DE ACCIÓN DE LA MUJER** 26

Incorporación de la perspectiva de género

Cambio del medio ambiente

Fortalecimiento de las instituciones

Promoción del enfoque basado en los derechos

Protección de la niña

Hincapié en la responsabilidad masculina y la alianza con los hombres

Obstáculos

Acción futura necesaria

IV. SALUD REPRODUCTIVA, INCLUIDAS LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA Y LA SALUD SEXUAL, Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	38
Formulación de políticas de salud reproductiva después de El Cairo	
Ejecución de programas de calidad en materia de salud sexual y salud reproductiva	
Mayor acceso a los servicios de salud reproductiva	
Componentes de los servicios de salud reproductiva	
Acción futura necesaria	
V. CONCERTACIÓN DE ALIANZAS	63
Establecimiento de alianzas con el sector no gubernamental	
Creación de un ámbito propicio para las alianzas en la formulación de políticas y la realización y vigilancia de programas	
Fortalecimiento de los recursos humanos y la capacidad institucional de la sociedad civil para una alianza eficaz	
Promoción de alianzas con el sector privado	
Reconocimiento del papel singular de los parlamentarios	
Fortalecimiento de la colaboración entre las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales	
Obstáculos	
Acción futura necesaria	
VI. MOVILIZACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA APLICAR EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CIPD	78
El conjunto de servicios de salud reproductiva y población presupuestado en la CIPD: Respuesta de los donantes	
El conjunto de servicios de salud reproductiva y población presupuestado en la CIPD: Respuesta de los países en desarrollo	
El papel del sector privado	
El papel de las fundaciones privadas y las organizaciones no gubernamentales	
Programas de inversiones por sectores y enfoques sectoriales	
Recursos para las metas generales de la CIPD	
Recientes adelantos en las alianzas para el desarrollo	
Obstáculos	
Acción futura necesaria	
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA	92
NOTAS	93

LISTA DE CUADROS

Cuadro 3.1	Escaños parlamentarios ocupados por mujeres, 1° de enero de 1997	32
Cuadro 6.1	Tendencias en el importe total de la asistencia exterior de población, 1990-1997	79
Cuadro 6.2	Asistencia oficial para el desarrollo aportada por países donantes, 1990-1997	80

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIF	Asociación Internacional de Fomento
AVSC	Association for Voluntary Safe Contraception
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CAC	Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas
CEI	Comunidad de Estados Independientes
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPA	Comisión Económica para África
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPE	Comisión Económica para Europa
CESPAO	Comisión Económica y Social para Asia Occidental
CESPAP	Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DHS	Encuestas Demográficas y de Salud
DIU	dispositivo intrauterino
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IEC	información, educación y comunicación
IOM	Organización Internacional para las Migraciones
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
MIS	servicio/sistema de información de gestión
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental/organizaciones no gubernamentales
OUA	Organización de la Unidad Africana
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PMA	Programa Mundial de Alimentos
POPIN	Red de Información Demográfica
SAT	Servicios de Apoyo Técnico
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMI/PF	salud materno-infantil y planificación de la familia
UNAIDS	Programa Conjunto (de las Naciones Unidas) sobre el VIH/SIDA
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
TFT	tasa de fecundidad total

RESUMEN SINÓPTICO

1. Este informe ha sido preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) como documento de antecedentes para el Foro Internacional que se celebrará en La Haya (Países Bajos) del 8 al 12 de febrero de 1999. En el Foro se examinarán los progresos logrados y los obstáculos con que se ha tropezado durante los primeros 4 a 5 años en la ejecución en curso del Programa de Acción a 20 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que se celebró en El Cairo (Egipto) en 1994. El Programa de Acción de la CIPD, aprobado por 179 países, destaca los vínculos integrales y mutuamente reforzados entre la población y el desarrollo y hace suya una nueva estrategia basada en los derechos y centrada en satisfacer las necesidades de cada mujer y cada hombre, en lugar de alcanzar metas demográficas. Después de la CIPD, se han efectuado varios exámenes pormenorizados de la primera etapa de la puesta en práctica de sus recomendaciones. En este informe se reflejan las comprobaciones de esos exámenes, que abarcaron una serie de mesas redondas y reuniones técnicas organizadas por el FNUAP y celebradas en 1998; consultas organizadas por las comisiones regionales de las Naciones Unidas; y una encuesta mundial realizada por el FNUAP a mediados de 1998, en que se recogió información de 114 países en desarrollo y países con economías en transición, por conducto de las oficinas del FNUAP en esos países, y a la cual también respondieron 18 países donantes.
2. Se han logrado considerables adelantos en la puesta en práctica de los aspectos clave del Programa de Acción de la CIPD, mediante la reformulación de políticas, el rediseño de programas, el afianzamiento de las alianzas y la colaboración, y la asignación de más recursos. En particular, después de 1994 se han logrado alentadores adelantos en la promoción de los derechos reproductivos y la puesta en práctica de servicios de salud reproductiva, de conformidad con lo definido en el Programa de Acción. A mediados de 1998, muchos países habían introducido cambios en las políticas, la legislación y la organización institucional en materia de salud reproductiva y/o derechos reproductivos después de la CIPD. Varios países están ensayando modalidades para integrar diversos servicios de salud reproductiva y otros países están estudiando otros medios de velar por la aplicación de enfoques basados en los derechos.
3. En varios países se están logrando adelantos sectoriales en la formulación de políticas y en otros países se está tratando de mejorar aspectos concretos de las políticas. Las oficinas del FNUAP en 41 países informaron de que, después de la CIPD, dichos países habían introducido en las políticas o la legislación cambios atinentes a la salud reproductiva. Las medidas de importancia crítica adoptadas por los países más adelantados en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD han puesto en vigencia el derecho a disponer de servicios de salud reproductiva directa y fácilmente accesibles como componente general de los servicios de salud a lo largo del ciclo vital, incluida la opción voluntaria en materia de métodos de planificación de la familia.
4. Como uno de sus principios fundamentales, el Programa de Acción de la CIPD hace hincapié en que promover la igualdad y la equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer, eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurar que ésta esté en condiciones de controlar su propia fecundidad son los componentes fundamentales de programas relativos a la población y el desarrollo, de importancia medular para el concepto de desarrollo sostenible. El Programa de Acción plantea como importante objetivo alentar y posibilitar que los hombres asuman responsabilidad por su comportamiento sexual y reproductivo y sus papeles en la sociedad y la familia. Esas metas son importantes condiciones para establecer una sociedad sostenible, justa y desarrollada.

5. La incorporación de una perspectiva de género en los programas de población y desarrollo ha enfrentado considerables obstáculos. Los principales han sido la dificultad de viabilizar conceptos relativos a la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer en diversos contextos sociales, culturales y políticos. Esta limitación ha frenado la integración de esas cuestiones en varios importantes procesos de planificación y programación, debido a la ausencia de consenso sobre el significado de esos conceptos. En muchos países, este problema está estrechamente con la ausencia de datos o estudios de investigación que ayudarían a establecer las claras definiciones operacionales de esos conceptos. Los datos disponibles, en su mayoría, se basan en metodologías cuantitativas y análisis estadísticos de sólo unas pocas variables. Incluso en los países donde se han resuelto los problemas conceptuales, los planes de acción no siempre han ido acompañados de la necesaria asignación de recursos y esto ha limitado el grado en que tales planes pueden ejecutarse eficazmente.

6. El Programa de Acción exhorta a promover una eficaz alianza entre todas las instancias gubernamentales y la gama completa de organizaciones no gubernamentales (ONG) y grupos de comunidades locales en el diseño, la aplicación, la coordinación, la vigilancia y la evaluación de políticas y programas de población. Cuatro años después de El Cairo, los cambiantes paradigmas de desarrollo siguen causando desplazamientos en los papeles del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional. Las alianzas han surgido como factor básico para apoyar y promover el proceso de aplicación del Programa de Acción. Se ha puesto cada vez más en evidencia que los gobiernos no pueden lograr ofrecer por sí mismos los servicios de desarrollo necesarios para satisfacer las necesidades y aspiraciones humanas y sociales básicas de sus ciudadanos. Las ONG fueron auténticas aliadas en la concertación de los acuerdos del Programa de Acción y son ahora aliadas en su puesta en práctica. En muchas partes del mundo se ha comprobado la importancia de los movimientos de mujeres y otros movimientos de masas eficaces y con mayores posibilidades de acción para asegurar el adelanto en la formulación y aplicación de políticas.

7. Si se examina el progreso logrado en los últimos años en cuanto al alcance de la colaboración con la sociedad civil, hay motivos de optimismo. Se han logrado notables adelantos en cuestiones de procedimiento, como cambios positivos en el concepto de participación y los procesos de consulta; reconocimiento de los cambiantes papeles de la sociedad civil; creciente aceptación de enfoques innovadores del desarrollo, incluidas modalidades de descentralización y de base comunitaria; y mejores alianzas entre organizaciones y órganos de las Naciones Unidas. En forma similar, también ha cambiado el contexto del discurso y la acción sustantivos de todos los participantes, pues ha aumentado la conciencia sobre los aspectos sociales del desarrollo y de las cuestiones económicas; y hay creciente reconocimiento de la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos; mayor aceptación de conceptos y programas de salud reproductiva y salud sexual; y conciencia y reconocimiento más hondos de la necesidad de lograr la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer.

8. Por otra parte, en todas las consultas y reuniones técnicas celebradas como parte del proceso de la CIPD+5 se destacó que para poder alcanzar las metas de la CIPD, será menester intensificar las acciones a fin de llegar a la cuantía especificada en el Programa de Acción para la financiación. Muchos países han logrado notables adelantos en cuanto a replantear sus presupuestos nacionales a fin de abordar las metas de la CIPD en cuanto a mejorar la accesibilidad y la calidad de los programas de salud reproductiva, reducir la mortalidad y prestar mayor atención a los sectores sociales conexos. No obstante, las crisis financieras están afectando la capacidad de muchos países, especialmente los países en desarrollo y los países con economías en transición, para mantener el impulso inicial hacia la conquista de aquellas metas. Se exhorta encarecidamente a los países

donantes a que redoblen sus esfuerzos por alcanzar la meta de 5.700 millones de dólares de asistencia internacional hacia el año 2000, como se convino en El Cairo.

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Propósito y marco

9. El presente informe fue preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) como documento de antecedentes para el Foro Internacional que se celebrará en La Haya (Países Bajos) del 8 al 12 de febrero de 1999. En el Foro se determinarán los adelantos logrados y los obstáculos con que se ha tropezado en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994. Se enviará un informe sobre los resultados del Foro a la Comisión de Población y Desarrollo en su período de sesiones de marzo de 1999; dicho informe se tomará en cuenta al preparar el informe sobre la ejecución del Programa de Acción de la CIPD que el Secretario General presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas en el período extraordinario de sesiones, que se celebrará del 30 de junio al 2 de julio de 1999.

10. En el presente informe se toman en cuenta las conclusiones de una serie de exámenes pormenorizados, entre ellos:

- C Una serie de mesas redondas y reuniones técnicas organizadas por el FNUAP en 1998;
- C Consultas organizadas por las comisiones regionales de las Naciones Unidas;
- C Una encuesta mundial sobre el terreno organizada por el FNUAP a mediados de 1998, en que se recogió información de 114 países en desarrollo y países con economías en transición por conducto de las oficinas del FNUAP en esos países y a la que también respondieron 18 países donantes.
- C Infomes sobre el adelanto en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD preparados por los organismos especializados y otros organismos de las Naciones Unidas; y
- C Exámenes, incluidos estudios de casos, realizados por organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas.

11. En el Programa de Acción de la CIPD, aprobado por 179 países, se destacan los vínculos integrales y mutuamente reforzados entre la población y el desarrollo y se aprueba una nueva estrategia basada en los derechos y centrada en satisfacer las necesidades de cada mujer y cada hombre, en lugar de lograr metas demográficas¹. El Programa de Acción de la CIPD plantea varias metas de población y desarrollo con plazos en el tiempo durante un período de 20 años, de 1995 a 2015, entre ellas: provisión de acceso universal a servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia y salud sexual; reducción de la mortalidad de lactantes, niños y madres; y provisión de acceso universal a la educación, especialmente de las niñas. Destaca la ampliación de los medios de acción de la mujer, como un importante fin en sí mismo y, al mismo tiempo, como la clave para mejorar la calidad de la vida de todos.

Organización del informe

12. Tras presentar en este capítulo un panorama general de los principales temas del Programa de Acción de la CIPD y considerar la situación de la población, en el capítulo II se consideran las iniciativas adoptadas por los países después de 1994 en materia de políticas, a fin de crear un entorno propicio a la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. En el capítulo III se trata de la salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual, y de los derechos reproductivos. En el capítulo IV se considera el progreso en materia de igualdad y equidad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer. En el capítulo V se examinan las alianzas entre los gobiernos y las entidades de la sociedad civil y entre los organismos de las Naciones Unidas. En el capítulo VI se examinan las cuestiones relativas a los recursos necesarios para poder poner en práctica el Programa de Acción de la CIPD, incluidas las corrientes de recursos financieros en países en desarrollo y países donantes. En cada capítulo se analizan los adelantos logrados en el logro de las metas y objetivos del Programa de Acción de la CIPD, así como los obstáculos y problemas en cuestiones de población y desarrollo. Cada capítulo concluye con una recomendación sobre la acción futura necesaria a fin de acelerar el adelanto en la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD.

Población y situación demográfica a escala mundial

13. En 1960, la población mundial era de 3.000 millones de personas y la tasa de crecimiento era 2%; en 1980, la población llegaba a 4.400 millones y la tasa de crecimiento era 1,7%. En la actualidad, la población mundial es de 5.900 millones de personas y está aumentando a razón de 1,33% por año. Las favorables tendencias demográficas suscitan la esperanza de una eventual estabilización de la población mundial en una cantidad que el planeta pueda sostener. No obstante, el impulso demográfico seguirá causando un crecimiento de grandes proporciones durante al menos los próximos dos decenios. Según las estimaciones y proyecciones mundiales de población y demografía efectuadas por las Naciones Unidas, la población mundial llegará por primera vez a más de 6.000 millones de personas en 1999. De este total, un 80% residirá en países en desarrollo. Se prevé que la población mundial ha de llegar a entre 7.000 y 7.500 millones hacia el año 2015 y que ha de continuar aumentando hasta al menos mediados del próximo siglo. Si bien la tasa de crecimiento de la población ha disminuido, actualmente la población mundial está aumentando a razón de unos 78 millones de personas por año, en comparación con 63 millones de personas por año en 1960, debido al legado de los altos niveles de fecundidad reinantes en épocas recientes. Aproximadamente el 97% del aumento de la población mundial se está produciendo en las regiones menos adelantadas, cuya población está creciendo a un ritmo de 2,6% anual, y en las regiones menos desarrolladas, en que crece con una tasa de 1,7% anual. La población de los países más desarrollados está aumentando con una tasa de sólo 0,3% anual y en algunos de ellos, la población está disminuyendo.

14. Las pruebas de que se dispone indican que en el decenio de 1990 han continuado las reducciones en la mortalidad de lactantes y niños, de manera ampliamente coherente con las metas de la CIPD. Según las proyecciones, la esperanza media de vida al nacer ha de aumentar entre los períodos 1990-1995 y 1995-2000 en dos años, es decir, desde 64 hasta 66 años. No obstante, las cifras globales ocultan amplias disparidades entre regiones y países. Por ejemplo, en los países más desarrollados, la esperanza media de vida al nacer en el lapso 1995-2000 es 74,5 años, en los países menos desarrollados, 63,6 años y en los países menos adelantados (PMA), sólo 52 años. Además, a escala de país se estima que ha disminuido la esperanza de vida en partes de África al sur del Sahara, donde los efectos de la pandemia causada por el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) ha afectado sustancialmente las tasas de mortalidad, y que lo mismo ha ocurrido en algunos países con economías en transición. La esperanza media de vida al nacer oscila desde 70,6 años para los hombres y 78,4 para las mujeres en las regiones más desarrolladas, hasta 50,9 años para los hombres y 53,0 para las mujeres en las regiones menos

adelantadas.

15. Las mejoras generales en la mortalidad, sumadas a los adelantos en el nivel educacional y la mayor vigencia del derecho a escoger en materia reproductiva, han tenido como resultado que las mujeres contraigan matrimonio a mayor edad y tengan muchos menos hijos que en el pasado. A escala mundial, las mujeres tienen ahora en promedio 2,8 hijos, en comparación con 3,0 hace cinco años. Sin embargo, al igual que lo que ocurre con la mortalidad, las cifras globales ocultan amplias disparidades entre regiones y países. Por ejemplo, el promedio del número de nacidos vivos por mujer en 1995-2000 es 1,6 hijos en los países más desarrollados, 3,1 en los países menos desarrollados y 5,3 en los países menos adelantados (PMA).

16. La estructura de edades de la población mundial está cambiando rápidamente, en particular en los países en desarrollo. A medida que los países siguen reduciendo sus tasas de natalidad, va disminuyendo la proporción relativa de niños y va aumentando la población en edad activa. Los aumentos en la proporción de personas en edad activa proporcionan a los países una excelente oportunidad de aumentar el ahorro y la inversión en bienes de producción, así como de efectuar mayores inversiones de capital humano en educación y salud. Si bien la proporción de niños está disminuyendo, van en aumento las cantidades y las proporciones de personas jóvenes. La generación actual de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad es la mayor jamás registrada, pues está integrada por más de 1.000 millones de personas.

17. En los últimos dos decenios, en todos los países salvo los países menos adelantados (PMA), la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años ha ido aumentando a la misma o mayor velocidad que la tasa de crecimiento del total de la población. En todo el mundo, la tasa de crecimiento de los grupos de 60 y más años de edad es el doble de la tasa global. Por otra parte, incluso más notable es la tasa de crecimiento de la población de 80 y más años de edad que, a escala mundial, es superior a 3%, lo cual refleja la mayor esperanza de vida en las edades más avanzadas. En grandes partes de Europa, América del Norte y el Japón, la proporción de personas de edad avanzada está aumentando más rápidamente que la de ningún otro grupo de edades.

18. Es así como el envejecimiento de la población está transformándose en una característica de las poblaciones de todo el mundo, a medida que van declinando las tasas de fecundidad y va aumentando la esperanza de vida. Los efectos de esta tendencia – que primeramente se puso de manifiesto en las menores proporciones de niños y mayores grupos de adultos en edad activa – se están haciendo sentir rápidamente en otros países, y no sólo en los que tienen una baja tasa de fecundidad establecida. Hacia el año 2015, la consecuencia será que un 13% de la población mundial tendrá 60 y más años de edad. Una importante característica es la mayor velocidad con que este envejecimiento ocurrirá en los países en desarrollo, en comparación con la experiencia anterior de países más desarrollados. Actualmente los países en desarrollo cuentan con un 80% del total de la población mundial, es decir, ya poseen más del 60% de las personas de 60 y más años de edad. Se prevé que hacia el año 2015, esta proporción ha de aumentar hasta casi el 70% de los ancianos. Debido a las más altas tasas de mortalidad masculina, en la ancianidad predominan las mujeres y la discrepancia entre los sexos se hace más aguda al aumentar la edad. Debido a esta tendencia, habrá una mayor proporción de ancianas que pasarán muchos años de sus vidas sin compañeros.

19. Existe una laguna sustancial en los datos y la investigación relativos a las condiciones en que se encuentran las personas ancianas y las relaciones entre los cambios en las estructuras de edades y los problemas actuales y futuros del desarrollo social y económico. Esos datos e investigaciones proporcionan las bases de políticas y programas para abordar las necesidades particulares de los ancianos, entre ellas las relativas a su seguridad

económica y social, especialmente en el caso de las mujeres ancianas y frágiles; a los servicios de atención de la salud costeables, accesibles y apropiados; al creciente reconocimiento de los papeles productivos y útiles que pueden desempeñar los ancianos; y a los sistemas de apoyo que aumenten la capacidad de las familias para atender a sus miembros más ancianos.

20. Los continuos altos niveles de migración interna y urbanización son problemas clave del desarrollo socioeconómico. El desplazamiento sin precedentes de las personas dentro de las fronteras de sus propios países es una de las mayores transformaciones ocurridas en el siglo XX. En la mayoría de los países en desarrollo sigue habiendo grandes desplazamientos de personas desde el campo hacia la ciudad, con espectaculares tasas de urbanización, en virtud de las cuales han aparecido crecientes cantidades de megaciudades que, en muchos casos, han abrumado los recursos sociales y medioambientales y fomentado la proliferación de enormes tugurios periurbanos. Muchas ciudades de países en desarrollo están creciendo a un ritmo muy superior al de las oportunidades económicas que se generan. La aceleración de los desplazamientos hacia los centros urbanos a menudo se debe al crecimiento insostenible de las poblaciones rurales.

21. Las corrientes internacionales de personas que se desplazan entre distintos países es un complejo resultado de las interrelaciones y fuerzas de índole económica, política y cultural. Esos desplazamientos de personas afectan los procesos de desarrollo en los países tanto de origen como de destino y son afectados por dichos procesos. Los desequilibrios económicos internacionales, sumados a la ausencia de paz y seguridad, incluidas la grave conculcación de los derechos humanos exacerbada por los efectos de la pobreza generalizada y la degradación del medio ambiente, han conducido a que haya crecientes cantidades de migrantes internacionales.

22. A partir de la CIPD, la necesidad de abordar los problemas, cuestiones y retos suscitados por diversas formas de migración internacional han movido a los gobiernos a incrementar su cooperación a escala bilateral, subregional y regional. Algunas iniciativas está comenzando a dar frutos. A escala multilateral, hay dos procesos que merecen atención: el iniciado en 1996 en la Conferencia Regional sobre los Problemas de Refugiados, Personas Desplazadas, otras formas de Desplazamiento Involuntario y Repatriados en los Países de la Comunidad de Estados Independientes y Estados Vecinos (y su resultante Programa de Acción); y el Proceso de Puebla, que comenzó en 1996 y abarca consultas entre los países de América del Norte y Centroamérica. Además, la comunidad internacional ha seguido considerando las relaciones recíprocas entre la emigración internacional y el desarrollo. El Simposio Técnico sobre Migración Internacional y Desarrollo, celebrado en La Haya en 1998, con los auspicios del Equipo de Tareas sobre servicios sociales básicos para todos, del Comité Administrativo de Coordinación (CAC) de las Naciones Unidas, sirvió como foro para debatir las diversas maneras en que la migración internacional interactúa con cuestiones de desarrollo y para determinar la eficacia de las políticas al respecto.

Población y situación demográfica a escala regional

23. África tiene una población de casi 780 millones de personas y una tasa de fecundidad total (TFT) de algo más de 5,3, en comparación con las cifras correspondientes a 1960, de 282 millones, y una TFT de 6,7. Actualmente, dado que la región tiene una tasa media anual de crecimiento de 2,6%, su población está aumentando a razón de 17 millones de personas por año y se prevé que hacia el año 2025, ésta ha de llegar a algo más de 1.500 millones. La mortalidad de lactantes es de 86 por cada 1.000 nacidos vivos y la esperanza de vida globales de 52,3 años para los varones y 55,3 años para las mujeres. No obstante, las cifras regionales ocultan grandes variaciones entre los distintos países. Pese a que en los últimos años hubo adelantos en materia

de población y desarrollo – debido primordialmente a que mayor cantidad de países africanos han formulado políticas de población y a que se ha intensificado la colaboración entre gobiernos, ONG, grupos de mujeres y de jóvenes y comunidades locales en actividades relativas a la población – los países africanos, en su mayoría, siguen enfrentando altas tasas de crecimiento de la población, altas tasas de mortalidad y la proliferación del VIH/SIDA. Entre los principales obstáculos para alcanzar las metas del Programa de Acción de la CIPD en la región figuran el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, las insuficientes cantidades de personal capacitado, la insuficiencia de los recursos financieros y la ineficacia de las estrategias de promoción.

24. La población de Asia asciende a casi 3.600 millones de personas y actualmente tiene una tasa media de crecimiento anual de 1,4%. Si se excluye a China, la tasa de crecimiento es 1,6%. Debido a la muy amplia base de población de la región, se produce cada año un pasmoso aumento en términos absolutos: algo más de 50 millones de personas se agregan anualmente a los habitantes de la región. Los países de Asia se caracterizan por la extrema diversidad en las tasas de fecundidad y mortalidad. En algunos países de la región, la fecundidad ha disminuido hasta por debajo de los niveles de reemplazo, mientras que en otros sigue siendo alta. El aumento de la edad de las mujeres al contraer matrimonio, la disminución de la edad de la menarca y la disminución en las diferencias de edades entre cónyuges plantean importantes cuestiones de política relativas a la provisión de servicios de salud reproductiva para adolescentes y jóvenes adultos solteros. Por lo general, se considera que la población es un componente integral de las acciones de planificación de los gobiernos y los países de la región, en su mayoría, están tratando de integrar los factores de población en sus planes de desarrollo. No obstante, la aplicación del Programa de Acción de la CIPD ha tenido resultados desiguales. Entre los principales obstáculos figuran la falta de compromiso político y los limitados recursos humanos y financieros. Además, la crisis financiera y económica de 1997/1998, que afecta a varios países asiáticos, sigue agravando los problemas.

25. Europa tiene una población de sólo poco más de 729 millones de personas y una tasa media de crecimiento de la población igual a cero. Se prevé que hacia el año 2025, la población europea habrá disminuido hasta sólo algo más de 700 millones. La TFR de la región, de 1,5, es la más baja del mundo. La tasa de fecundidad en casi todos los países de la región es inferior al nivel de reemplazo. Dentro de la región, la mortalidad de lactantes es más alta en Europa oriental, con una tasa de 17 por cada 1.000 nacidos vivos, y más baja en Europa septentrional y occidental, con una tasa de 6 por 1.000. La esperanza de vida en Europa es de 68,3 años para los hombres y de 77,0 años para las mujeres.

26. Los países de la ex Unión Soviética con economías en transición están experimentando simultáneamente disminuciones en las tasas de fecundidad y en la esperanza de vida. Entre los factores que contribuyen a esta situación figuran la transformación política y la transición económica por la que están pasando esos países, que hasta la fecha ha estado reduciendo el nivel de vida de grandes segmentos de la población, y ha causado el deterioro de la infraestructura pública y una disminución en la calidad y el alcance de los servicios de atención de la salud. Además, los disturbios civiles y los conflictos armados han contribuido a crisis sanitarias en varios países de la región.

27. La región de América Latina y el Caribe posee una población de casi 500 millones de personas y una tasa media de crecimiento anual de 1,5%. Aun cuando en los últimos tres decenios la característica distintiva de las tendencias demográficas en América Latina y el Caribe ha sido la disminución de las tasas de fecundidad, dentro de la región hay pronunciadas diferencias en las tasas de fecundidad y mortalidad y considerables variaciones dentro de un mismo país. Esto se debe principalmente a la existencia de desigualdades sociales, que se

traducen en altas proporciones de personas que viven en la pobreza, tienen altas tasas de fecundidad y padecen mayores tasas de mortalidad de lactantes y derivadas de la maternidad. La disminución de las tasas de fecundidad ha sido especialmente perceptible en las mujeres mayores de 35 años; la fecundidad de las adolescentes también ha disminuido, pero a un ritmo más lento. La TFT de la región, de casi 2,7, oculta grandes diferencias entre distintos países. Las tasas de mortalidad y la esperanza de vida también acusan diferencias sustanciales en diferentes países de la región. Los países de América Latina y el Caribe han convenido en una estrategia de ofrecer acceso a servicios de alta calidad de maternidad sin riesgos y planificación de la familia, tomando en cuenta la identidad sociocultural de los usuarios y asignando prioridad a los grupos de población más vulnerables. A fin de poner en práctica eficazmente estas estrategias, los países tendrán que abordar limitaciones como la falta de suficientes recursos humanos y financieros y la carencia de experiencia institucional en la prestación de servicios integrados de salud reproductiva en una región donde predominan los programas tradicionales de planificación de la familia y salud materno-infantil. Además, también deberán tomarse en cuenta las barreras socioculturales que obstaculizan la aceptación de servicios de salud reproductiva, en particular las relativas al comportamiento sexual y la regulación de la fecundidad.

28. América del Norte, la región con más alto grado de urbanización, tiene una población de poco más de 304 millones de personas, que, según se prevé, llegará en el año 2025 a 369 millones. La tasa media de crecimiento anual es del 0,8%. La mortalidad de lactantes es de 7 por cada 1.000 nacidos vivos y la esperanza de vida, de 73,6 años para los hombres y 80,3 años para las mujeres. Las bajas tasas de fecundidad y la longevidad han redundado en una gran proporción de personas de 65 y más años de edad.

29. Oceanía, la región más pequeña, tiene una población de un poco menos de 30 millones y una tasa media anual de crecimiento de 1,3%. La TFT para la región es de casi 2,5. La tasa de mortalidad de lactantes varía desde seis por cada 1.000 nacidos vivos en el país donde la mortalidad es más baja hasta 61 por 1.000 en el país donde es más alta.

Capítulo II. CREACIÓN DE UN MEDIO AMBIENTE PROPICIO

30. La CIPD intensificó en gran medida la acción política y la atención pública prestada a las cuestiones de población y profundizó la conciencia acerca de los numerosos vínculos entre las cuestiones de población y las preocupaciones nacionales de índole social, económica y medioambiental. El cambio del paradigma del que se ha hablado a partir de 1994 en los círculos de políticas públicas se refiere a apartarse de la conceptualización y la práctica de formular políticas de población desde las instancias normativas superiores, fijando metas demográficas numéricas, para adoptar un enfoque basado en los derechos, en que el aspecto fundamental es satisfacer las necesidades de la gente en materia de salud reproductiva e involucrar tanto como sea posible a la sociedad en cuanto a determinar esas necesidades y asignarles prioridad. Esta transición conceptual se pone de manifiesto en los planes nacionales de desarrollo, las políticas nacionales de población y los programas de acción que se han formulado o enmendado después de la CIPD.

31. El Programa de Acción de la CIPD planteó los siguientes objetivos y acciones acerca de las cuestiones de población en relación con el desarrollo:

- C Es necesario integrar las cuestiones de población en la formulación, realización, vigilancia y evaluación de todas las políticas y programas relativos al desarrollo sostenible y en la asignación de recursos a todas las escalas y en todas las regiones;
- C Los gobiernos, los organismos internacionales, las ONG y otras partes interesadas deberían efectuar exámenes oportunos y periódicos de sus estrategias de desarrollo, con el propósito de determinar el grado de progreso hacia la integración de las cuestiones de población en los programas de desarrollo y medio ambiente;
- C Los gobiernos deberían establecer los necesarios mecanismos institucionales internos y los ámbitos propicios en todos los planos de la sociedad para asegurar que se aborden correctamente los factores de población dentro de los procesos administrativos y en la adopción de decisiones de los organismos gubernamentales pertinentes encargados de políticas y programas económicos, medioambientales y sociales;
- C Debería fortalecerse el compromiso político en pro de estrategias integradas de población y desarrollo mediante programas de educación e información pública y aumentando la asignación de recursos merced a la cooperación entre gobiernos, ONG y entidades del sector privado, y mejorando la base de conocimientos mediante la realización de investigaciones y de actividades de fomento de la capacidad a escala nacional y local; y
- C A fin de lograr el desarrollo sostenible y una mejor calidad de vida para todas las personas, los gobiernos deberían reducir y eliminar las pautas insostenibles de producción y consumo y promover las políticas demográficas apropiadas².

32. En este capítulo se consideran en primer término los adelantos logrados después de la CIPD en cuanto a integrar las cuestiones de población en estrategias y políticas de desarrollo. Seguidamente, se examinan los obstáculos y los retos con que se tropezó y, finalmente, se ofrecen perspectivas operacionales y técnicas sobre la continuación de la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD.

Formulación o revisión de políticas nacionales de población y desarrollo

33. Una gran cantidad de países han formulado nuevas políticas nacionales de población o nuevas estrategias nacionales de desarrollo social y económico que incorporan cuestiones de población, y en otros casos han enmendado las políticas y las estrategias existentes. Por ejemplo, Namibia promulgó su nueva política nacional de desarrollo sostenible en agosto de 1997. México formuló su Plan Nacional de Desarrollo y su Plan de Población para el período 1995-2000, en que se indica la política explícita de población con carácter de instrumento y referencia fundamental para el desarrollo social y económico del país. De conformidad con los objetivos del Programa de Acción de la CIPD, ese programa destaca los vínculos entre población y desarrollo. Kenya formuló su Política de Población para el Desarrollo Sostenible, sobre la base del Programa de Acción de la CIPD, en reemplazo de la política de población que databa de 1984. La nueva política esboza las metas de desarrollo que orientarán la realización de programas de población hasta el año 2010, incorpora la cuestiones consideradas en el Programa de Acción y destaca nuevos temas de interés, como la distribución de la población y el medio ambiente.

34. Algunos países reflejaron las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD en nuevos planes de acción sobre población y planes de acción sectoriales conexos. En Malí, por ejemplo, el Gobierno preparó el Plan de Acción sobre Población 1995-2000, un plan estratégico centrado en viabilizar la estrategia de población, con el objetivo de aumentar la accesibilidad de los servicios sociales básicos; además, el Gobierno formuló planes de acción respecto del VIH/SIDA, la ampliación de los medios de acción de la mujer, la salud reproductiva de los adolescentes y la reducción de la pobreza, mediante programas que promueven la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población y hacen hincapié en las metas del Programa de Acción. El Senegal aprobó un Plan Nacional acorde con lo establecido en la CIPD. Debido a las conclusiones y recomendaciones de ese plan, el Noveno Plan de Desarrollo (Desarrollo Económico y Social) 1996-2001 considera las cuestiones de población en la formulación de su estrategia de desarrollo. En Bangladesh se constituyó el Comité Nacional para la puesta en práctica del Programa de Acción, integrado por funcionarios gubernamentales encargados de formular políticas y representantes de organismos de las Naciones Unidas, organismos de desarrollo, ONG nacionales e internacionales e investigadores. El Comité preparó el Plan Nacional de Acción y un plan estratégico de planificación de la familia, así como un plan para el sector básico de salud y población. El plan destaca el desarrollo humano y plantea metas concretas de desarrollo relativas a la mortalidad, la educación y la salud, y temas intrínsecos, entre ellos la equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer, y también considera la sustentabilidad financiera, los papeles de las entidades del sector privado y de las ONG, y el examen y la actualización de la política nacional sobre estupefacientes.

Establecimiento de mecanismos institucionales

Examen institucional

35. Los adelantos logrados en materia de políticas de población después de la CIPD a menudo se han reflejado en el establecimiento de un organismo o subcomité ministerial encargado de abordar las cuestiones de población y, en particular, en la integración de estas cuestiones en las estrategias y políticas nacionales de desarrollo. Algunos países, orientándose directamente por el Programa de Acción de la CIPD, establecieron comisiones nacionales a fin de contribuir a formular políticas y realizar en forma integrada las actividades relativas a la población. Esos órganos, por lo general encargados del seguimiento de la aplicación de las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD, a menudo contaron con representantes de ministerios del sector social, así como de entidades de la sociedad civil.

36. Nepal, por ejemplo, inició después de la CIPD una amplia respuesta a las cuestiones y problemas de población. En 1995, el Gobierno estableció por separado el Ministerio de Población y Medio Ambiente, encargado de formular una política apropiada de población, preparar programas adecuados, realizar investigaciones y, en particular, coordinar las actividades de población, planificación de la familia y otras actividades conexas con diversos órganos gubernamentales y ONG. El Gobierno también formuló y aprobó varias políticas y programas de población y salud, acordes con las recomendaciones y objetivos de la CIPD.

37. El Brasil estableció en 1995 la Comisión Nacional de Población y Desarrollo, integrada por representantes de la sociedad civil y los sectores de desarrollo social, así como de varios ministerios. Las instituciones como esta Comisión, que cumplen funciones de coordinación en los planos tanto doméstico como internacional y desempeñan un papel fundamental en la formulación de políticas y programas, están ubicadas estratégicamente para posibilitar una suficiente integración de las cuestiones de población en los planes de desarrollo social y económico y velar por la vigilancia y la medición de las metas y los objetivos de la CIPD.

38. En otras instancias, los países crearon divisiones o dependencias de población que funcionan dentro de otros ministerios, como el Ministerio del Interior o el Ministerio de Planificación. En esos casos, la integración de cuestiones de población en la estrategia de desarrollo está bien situada a los fines de la programación y la realización. Por ejemplo, Belice estableció en el Ministerio de Recursos Humanos una dependencia de población encargada de diseñar y aplicar una política nacional de población y desarrollo.

39. Algunos países, en respuesta al Programa de Acción, actualizaron sus políticas e instituciones de población anteriores a la CIPD. Algunas veces, el proceso de revisión de las políticas e instituciones abarcó aportaciones de otros órganos sectoriales. En muchos casos, aumentaron en gran medida el alcance y la planificación de las actividades de población cuando se las modificó para tomar en cuenta las metas y recomendaciones de la CIPD. En muchos casos, éste fue un proceso continuo de modificación y perfeccionamiento de instituciones y políticas antiguas. El Perú, por ejemplo, estableció una amplia infraestructura de apoyo institucional a fin de abordar muchos aspectos de las cuestiones de población planteadas en la CIPD. El Gobierno eliminó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y transfirió sus obligaciones al recientemente constituido Ministerio de Adelanto de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH), que cuenta con una División de Desarrollo Humano y una oficina para el Programa de Población, las cuales se ocupan directamente de cuestiones de población. Durante la ejecución del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación de la Familia 1996-2000 y del Programa Nacional de Educación Sexual, el Gobierno integró las metas del Programa de Acción de la CIPD en planes y programas sectoriales, particularmente en los sectores de salud y educación.

40. Otros países que contaban con disposiciones y mecanismos institucionales anteriores a la CIPD para abordar las cuestiones de población modificaron sus estructuras y/o sus responsabilidades para asegurar la incorporación de las metas y recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD y, por consiguiente, pudieron operar de manera intersectorial a fin de integrar las cuestiones de población en otros temas de interés nacional. En Egipto, por ejemplo, se encomendó al Consejo Nacional de Población, dependencia del Gobierno, la formulación y la reforma de políticas de población; la estrategia de población y la planificación multisectorial; la administración de programas de población, incluida su vigilancia y evaluación; y la realización de estudios de investigación sobre cuestiones de población.

41. De manera similar, Indonesia es un caso interesante en que puede estudiarse la manera en que cambió la integración de las estrategias de población y desarrollo después de El Cairo. Antes de la CIPD, el Ministerio de Población de Indonesia estaba fusionado con la Junta Nacional de Coordinación de Planificación de la Familia. Los cometidos más sustantivos relativos a la población fueron transferidos gradualmente al Centro de Estudios de Población, con base universitaria. El Gobierno tuvo un papel protagónico en cuanto a facilitar esta transición institucional, utilizando recursos tanto nacionales como internacionales para ampliar y fortalecer el Centro de Estudios de Población. Más concretamente, merced a un proyecto realizado en colaboración con el FNUAP, el Centro se transformó en varios nuevos centros descentralizados que se ocupan de diversas cuestiones de población y desarrollo, en particular las relativas al bienestar de la familia y la mitigación de la pobreza.

Descentralización

42. En los países donde se han aplicado medidas de descentralización de las políticas y la programación, se ha registrado un mayor adelanto en lo concerniente a la conciencia creada acerca de cuestiones de población y su pertinencia al desarrollo. En la India, por ejemplo, se ha comenzado a recibir mucha más información sobre cuestiones de población y salud reproductiva a escala de los estados, los distritos y las comunidades, y esto los ha ayudado a formular y realizar programas de población apropiados en sus respectivos distritos y jurisdicciones locales.

43. Las instituciones preexistentes en la sociedad civil también pueden ser valiosos instrumentos de descentralización. En algunos países se ha comprobado, por ejemplo, que el apoyo a mejorar la capacidad de las universidades ha logrado fomentar la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. Particularmente en países con economías en transición, donde tal vez el gobierno esté preocupado por conflictos o crisis económicas, los cauces alternativos de desarrollo social, como las universidades y otras organizaciones de la sociedad civil, han desempeñado papeles importantes.

Medición y vigilancia

44. La integración de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo también requiere mecanismos de vigilancia y medición del adelanto hacia el logro de las metas y objetivos planteados en El Cairo. Los países, en su mayoría, han seguido utilizando indicadores tradicionales de demografía y servicios sociales, como parte de su proceso de medición. Muchos incrementaron esos indicadores con otros más detallados acerca de la salud reproductiva, como la proporción de partos en que están presentes profesionales capacitados, el acceso a los anticonceptivos y el grado de adecuación del asesoramiento y el seguimiento, así como indicadores más amplios de índole económica, medioambiental y de servicios sociales.

45. Los países que han vigilado eficazmente el adelanto en materia de integración de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo han elaborado listas integrales de indicadores y han encomendado el seguimiento de tales indicadores a ministerios, subcomités o departamentos concretos. Algunos países preveían establecer un sistema de redes de computadoras con fines de planificación de programas, tema importante en que la plena disponibilidad de datos reviste importancia crucial para la formulación y ejecución de programas apropiados, así como para seguir la pista a las corrientes de recursos nacionales e internacionales.

46. La exactitud y eficiencia de la vigilancia y la medición han aumentado en los países que han ampliado la recolección de datos mediante la inclusión de diversas fuentes, en lugar de depender de una fuente única, como la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS). En Ghana, por ejemplo, los indicadores clave de salud reproductiva se vigilan sirviéndose de la Encuesta Demográfica y de Salud, pero dichos indicadores también se recogen de los informes institucionales de los Ministerios de Salud y de Educación, así como de informes de organismos de ejecución, entre ellos el Consejo Nacional de la Mujer en el Desarrollo e instituciones académicas y de investigación. Otros países han establecido comités de coordinación de políticas de salud reproductiva y planificación de la familia encargados de vigilar todos los programas pertinentes ejecutados por ministerios sectoriales. En la República Unida de Tanzania, el Gobierno creó cuatro estructuras institucionales para coordinar, vigilar y evaluar la aplicación de la política y el programa nacional de población, incluida la integración de las cuestiones de población en el proceso de planificación del desarrollo.

Fortalecimiento de los programas de información, educación y comunicación

47. Ningún otro tema en la esfera del desarrollo ilustra más claramente la importancia de que las personas sean capaces de comunicarse recíprocamente, que el tema de población y salud reproductiva. Al colocar los derechos reproductivos y la salud sexual en la médula del programa de desarrollo, la labor de quienes se ocupan de esas cuestiones ha ganado en estatura ética y ha cobrado mayor complejidad política y cultural. Una gama completa de cuestiones relativas a la salud reproductiva y al VIH/SIDA, desde la violencia doméstica hasta la mutilación genital femenina y la responsabilidad sexual masculina, ha puesto de manifiesto la necesidad de un vigoroso debate público. Ese debate depende fundamentalmente de la comunicación dentro de las sociedades, dentro de las familias y dentro de las comunidades, así como entre distintas sociedades, mediante el discurso político y la promoción. Al intensificar las corrientes de información sobre cuestiones de población es posible obtener profundos efectos en muchos planos de la sociedad. Las actividades de información, educación y comunicación (IEC) abarcan la incorporación de cuestiones de población en currículos escolares, las campañas de concienciación del público, la investigación, la organización de mesas redondas y las actividades de capacitación y promoción. Al aumentar la corriente de información sobre cuestiones de población pueden lograrse profundos efectos en varios planos de la sociedad.

48. Las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) y la capacitación en relación con la aplicación del Programa de Acción de la CIPD abarcan el intercambio de información sobre los efectos de la población y sobre muchas otras cuestiones de índole socioeconómica, como migración y urbanización, y sobre la macroeconomía. Dichas estrategias incorporan las cuestiones de población en currículos escolares, campañas de concienciación del público, investigaciones, mesas redondas, capacitación y actividades de promoción. Las anteriores y más simples estrategias de educación y persuasión cuyo éxito se medía en función del número de “usuarios que habían aceptado el empleo de métodos”, han sido reemplazadas por los complejos conceptos de la opción y los derechos, de conformidad con los cuales se considera que las propias personas, y en especial las mujeres y los adolescentes, son quienes deben adoptar decisiones y quienes tienen derecho a determinar lo que ha de ocurrir con sus cuerpos y con sus vidas. Aun cuando las estrategias de IEC insumen mucho tiempo y grandes esfuerzos, tienen grandes efectos sobre las normas y los comportamientos sociales y ofrecen oportunidades para consolidar los adelantos logrados en El Cairo al educar al público y a los funcionarios encargados de formular políticas acerca de cuestiones de población pertinentes.

49. El desarrollo de tecnologías de información y comunicación ofrece amplias oportunidades para abordar cuestiones mundiales de población y salud reproductiva. La revolución de la información que está ocurriendo en la actualidad ha creado vínculos mundiales de comunicación sin precedentes en la historia de los pueblos. Por ejemplo, el correo electrónico (*E-mail*) ha transformado las oportunidades de que disponen las ONG para efectuar tareas de promoción y las organizaciones de la comunidad para establecer redes, efectuar gestiones ante instancias gubernamentales y organizarse en torno a muchos temas de población y desarrollo, especialmente los de salud reproductiva y derechos reproductivos. Las tecnologías de información y comunicación tienen un gran potencial en lo concerniente a la promoción y también en cuanto a propiciar la interacción social entre todos los interesados directos y estimular el debate público sobre cuestiones de población.

50. Después de la CIPD, las tecnologías de gestión de la información y los conocimientos se han ido haciendo cada vez más viables. En los últimos cinco años, entre las novedades importantes relacionadas con la CIPD figuraron programas como POPLINE, POPIN, el desarrollo del servicio de información en línea sobre vínculos entre población y desarrollo, la creación de nuevos programas electrónicos (*software*), la utilización de espacios en la *World Wide Web* y del CD-ROM, para ofrecer materiales a los medios de difusión, además de la *Global Knowledge Partnership* (Alianza Mundial de Conocimientos). Merced a esas actividades, se ha facilitado la realización sistemática de la recopilación, el análisis, la difusión y la utilización de conocimientos relativos a la población y se ha promovido el intercambio de información y experiencias a escala nacional, subregional, regional y mundial. A escala local, se están utilizando poderosas tecnologías de información y comunicación para facultar a las comunidades, las parejas y los individuos de modo que puedan adoptar decisiones bien fundamentadas. Por ejemplo, algunos países de Asia y de África están ensayando los conceptos de “ciberautobuses” (*Cyberbus*) y “salones electrónicos de conversación” a fin de educar a los jóvenes acerca de temas de población y salud reproductiva. Además, muchos jóvenes han utilizado las líneas telefónicas de emergencia establecidas por ONG e instituciones de salud, a fin de obtener información y asesoramiento sobre temas delicados como el embarazo, las relaciones sexuales, la violencia doméstica y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En Bangladesh, los participantes en programas de microcrédito ofrecidos por el Banco Grameen han dispuesto de teléfonos móviles que han mejorado la comunicación y la información conyugal sobre cuestiones de salud reproductiva.

Campañas de promoción

51. Muchos países han demostrado su compromiso político en pro de integrar las estrategias de población y desarrollo mediante la iniciación de campañas de publicidad, ya sea sobre la población como tema general o sobre cuestiones concretas de salud reproductiva, como la respuesta a las recomendaciones de la CIPD sobre promoción de la salud reproductiva general de todos los miembros de la sociedad. En algunos países, los gobiernos han iniciado campañas polifacéticas de creación de conciencia sobre esas cuestiones. En el Brasil, por ejemplo, el Ministerio de Salud estableció el Día Nacional contra la Mortalidad Derivada de la Maternidad, como parte de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos, un programa multilateral en que participan el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el FNUAP y la Federación Brasileña de Ginecología y Obstetricia. Además, el Gobierno organizó actos relativos a "El Cairo+5" para profundizar la educación del público, los políticos y las entidades del sector privado sobre esos temas.

52. Además, los efectos del compromiso personal de los líderes políticos en pro de la integración de las cuestiones de población y desarrollo pueden percibirse en algunos países, como México, donde el Presidente presentó públicamente el Programa Nacional de Salud Sexual y Planificación de la Familia 1995-2000 en los medios de difusión de masas. Mediante esa acción transmitió un claro mensaje de que la salud reproductiva deberá ser un integrante básico de los servicios de salud, junto con la nutrición y la vacunación. Algunos países informaron de que los candidatos presidenciales habían incluido el Programa de Acción de la CIPD en sus plataformas electorales.

Investigación/capacitación/mesas redondas

53. Muchos países han iniciado estudios sobre cuestiones tradicionales de población o han introducido revisiones en sus censos nacionales a fin de abordar las cuestiones de población y salud reproductiva que figuran en el Programa de Acción de la CIPD. Varias universidades y organizaciones internacionales patrocinaron investigaciones sobre cuestiones concretas de población o salud reproductiva y, en algunos casos, compañías del sector privado realizaron investigaciones sobre cuestiones de población. Por ejemplo, el Instituto de Investigaciones sobre la Energía, en la India, realizó un estudio sobre cuestiones demográficas.

54. En Malí, una ONG internacional ha estado realizando investigaciones sobre migración y urbanización en el África occidental y un análisis de la situación en materia de salud reproductiva. Del mismo modo, en algunos países de América Latina, los sectores tanto público como privado realizaron una gran cantidad de investigaciones y generaron conocimientos institucionales sobre cuestiones de población y desarrollo. Varias instituciones, tanto académicas como gubernamentales, analizaron planes nacionales de desarrollo junto con programas de población y planes de reforma del sector de salud pública, así como nuevas políticas sobre la mujer y cuestiones demográficas.

55. Además de las reuniones de las comisiones económicas y sociales regionales de las Naciones Unidas, muchos países organizaron reuniones o mesas redondas sobre la CIPD+5, o "El Cairo en Acción", para la medición del adelanto en la ejecución del Programa de Acción y para captar un continuo apoyo a fin de integrar las cuestiones de población en otros sectores de planificación de políticas y desarrollo. En Burkina Faso, por ejemplo, el Gobierno ha promovido la adopción de una más amplia estrategia de desarrollo, considerando las tendencias demográficas, en particular con respecto a las mujeres y el acceso a servicios de salud reproductiva, mediante la celebración de una mesa redonda sobre actividades del sector social, entre ellas las relativas a la población y el desarrollo.

Ejecución de iniciativas regionales para la promoción de cuestiones de población y desarrollo

56. En varias regiones, por conducto de sus comisiones económicas y sociales, se han realizado reuniones sobre el Programa de Acción de la CIPD, se han preparado programas regionales de acción y se han formulado, puesto en práctica y establecido redes regionales de cooperación y coordinación de actividades de población y desarrollo.

África

57. La Comisión Económica para África (CEPA) realizó una serie de conferencias regionales para el seguimiento de la CIPD y como medio de evaluar elementos básicos de referencia en la integración de las cuestiones de población en los diversos planes de desarrollo de la región. La CEPA preparó su propia investigación por países para evaluar la aplicación a escala nacional de la Declaración de Dakar/Ngor y el Programa de Acción de la CIPD. En la más reciente reunión de seguimiento, celebrada en Addis Abeba en diciembre de 1998, la CEPA examinó los adelantos en la región en su conjunto y las tendencias y perspectivas concretas en los 36 países que habían respondido a la encuesta. Los participantes en la reunión, entre ellos representantes de gobiernos, organizaciones internacionales, donantes y ONG, examinaron las experiencias africanas en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD y de la Declaración de Dakar/Ngor y formularon 75 recomendaciones que abarcaban toda la gama de temas incluidos en los debates de la CIPD+5.

58. Las cuestiones de política que surgieron como de primordial importancia para la región fueron las relativas a fortalecer el apoyo a la formulación de políticas y la programación de servicios de prevención del VIH/SIDA y servicios conexos, y el reconocimiento y aumento del papel de las ONG y el sector privado en cuanto a abordar cuestiones de población. En la reunión se exhortó a que los países que no lo hayan hecho aprueben apropiadas políticas de población y establezcan mecanismos adecuados de coordinación de políticas y programas, en particular los relativos a la cooperación Sur-Sur. Las recomendaciones regionales de la CEPA también abarcaron propuestas de formulación de políticas con respecto a los adolescentes y los jóvenes en todos los aspectos de la programación de la salud reproductiva. Las comprobaciones del cuestionario y las recomendaciones de la CEPA serán examinadas oficialmente en futuras reuniones regionales de la CEPA y de la Comisión Africana de Población, así como en la Cumbre de Jefes de Estado de la Organización de la Unidad Africana (OUA) que se celebrará en junio de 1999.

Estados árabes y Asia occidental

59. La Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO) y la Liga de los Estados Árabes se reunieron en Beirut en septiembre de 1998 para examinar el Programa de Acción de la CIPD, la Declaración de Ammán y las actividades para la aplicación de esos instrumentos y su adaptación a las políticas y programas en la región. Los Estados miembros propusieron acciones futuras sobre estrategias de población y desarrollo y políticas y programas integrales de salud reproductiva. Los representantes afirmaron su compromiso en pro de las metas del Programa de Acción en lo concerniente a integrar las cuestiones de población en las estrategias nacionales de desarrollo y mencionaron la importancia de considerar el acceso a los servicios de salud reproductiva y la calidad de estos, y de responder a las necesidades insatisfechas de las personas en función de la edad, el género y la condición social, todo ello en el contexto de la reestructuración económica en curso en la región. En las recomendaciones se exhorta a los gobiernos a alentar la formulación de políticas y programas integrales de salud reproductiva, prestando atención concretamente a las enfermedades de transmisión sexual, la violencia contra la mujer y el niño, las prácticas culturales perjudiciales como la mutilación

genital femenina y el fomento de la participación masculina en la planificación de la familia y la salud reproductiva. En el informe también se exhorta a la colaboración internacional e intersectorial a fin de crear indicadores y mecanismos fidedignos para la medición del adelanto en la realización de programas de acción, en particular la integración de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo y los planes nacionales de desarrollo social.

60. Varios países de la región informaron de que han formulado estrategias nacionales integrales, incluidas estrategias de desarrollo social que toman en cuenta la equidad y el acceso a los servicios sociales básicos, crean nuevas oportunidades económicas, fortalecen la conciencia gubernamental sobre temas como la pobreza y ejercen efectos catalíticos en las acciones de rehabilitación de los sectores sociales. Las recomendaciones de la CESPAP también destacan la promoción ante los funcionarios ejecutivos y los encargados de la realización de programas y la importancia de la coordinación intersectorial entre los encargados de prestar servicios de salud reproductiva, incluidas las ONG, las entidades del sector privado y las instituciones de salud pública.

Asia y el Pacífico

61. La Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP) celebró en marzo de 1998 una reunión a fin de examinar la aplicación del Programa de Acción de la CIPD y la Declaración de Bali sobre Población y Desarrollo Sostenible. El foro dio a los países de la región la oportunidad de demostrar su compromiso en pro del logro de las metas del Programa de Acción y de señalar las acciones clave que deberían recibir urgente atención por parte de todos los copartícipes en el desarrollo. En la reunión también se consideraron las diversas reformas estructurales que estaban emprendiendo los países de la región de la CESPAP a fin de ajustarse a las oportunidades ofrecidas por la mundialización y beneficiarse con ellas. En total, en la reunión regional de Asia y el Pacífico se formularon 63 acciones futuras necesarias y se aprobó una resolución en que se afirma la necesidad de movilizar recursos humanos y financieros para seguir poniendo en práctica las metas regionales de la CESPAP en materia de población y desarrollo. En la resolución se aprueba la utilización de la cooperación Sur-Sur y de las ONG como mecanismos alternativos respecto de las instituciones gubernamentales.

62. Las 63 recomendaciones para la acción en el marco normativo e institucional abarcan abordar las cuestiones de migración internacional, igualdad y equidad de género y fijación de prioridades explícitas dentro de los servicios de salud reproductiva y salud de los adolescentes y el papel de la sociedad civil. En la reunión de la CESPAP se llegó a la conclusión de que se habían logrado adelantos en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, pero subsistían algunos problemas, incluidos los de equilibrar el papel del gobierno en la planificación y la prestación de servicios con la capacidad del sector privado para financiar y ofrecer servicios. Los países de la CESPAP reconocieron que utilizar el mecanismo del mercado en la prestación de servicios sería una importante medida para una mayor aplicación del Programa de Acción de la CIPD, particularmente en lo concerniente a abordar las desigualdades. En la resolución se exhorta a preparar un informe sobre los adelantos de la región en cuanto a obtener mayores recursos humanos y financieros con destino a políticas y programas de población y desarrollo, informe que será presentado en una conferencia de seguimiento en el año 2002.

Europa central y oriental y Comunidad de Estados Independientes

63. Entre los países miembros de la Comisión Económica para Europa (CEPE), los considerados en este documento son primordialmente los países de Europa central y oriental y los Estados de la ex Unión Soviética: la Comunidad de Estados Independientes (CEI). Como seguimiento de la CIPD, los países con economías en transición se reunieron en un seminario práctico sobre políticas y programas de población patrocinado por el FNUAP, del cual fue anfitrión la Comisión Nacional de Estadística de Rumania y que se celebró en ese país en mayo de 1995.

64. Entre las cuestiones de población indicadas en los informes de la región, las que eran motivo de mayor preocupación fueron la alta tasa de aborto, el escaso uso de métodos de planificación de la familia, el aborto en malas condiciones como principal causa de morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad y el nivel de infertilidad en grandes sectores de la población femenina. Los países también informaron acerca de tasas extremadamente altas de incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente entre los adolescentes, y bajos niveles de calidad en los servicios y la IEC sobre atención de la salud reproductiva, tanto entre los encargados de prestar los servicios como en el público en general. No obstante, muchos países poseen algunas notables ventajas en cuanto al logro de las metas de población y desarrollo, entre ellas, altos niveles de alfabetización debidos al hincapié hecho en el igual acceso a la educación para mujeres y hombres y el desarrollo de cauces del sector privado para la prestación de servicios de salud. Si bien después de 1995 se registraron algunos adelantos en cuanto a abordar muchas de las cuestiones señaladas, subsisten en varios países de esa región algunos obstáculos muy serios para poner en práctica cabalmente el Programa de Acción de la CIPD.

65. En diciembre de 1998, la CEPE celebró una reunión regional en Budapest (Hungría) sobre el seguimiento de la CIPD (CIPD+5). La reunión ofreció una oportunidad de examinar los adelantos logrados en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD en relación con cinco temas prioritarios: fecundidad, cuestiones de familia y género; derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva; mortalidad y salud; envejecimiento de la población; y migración internacional. Las conclusiones de la reunión abarcan esos temas y mencionan brevemente la cooperación internacional.

América Latina y el Caribe

66. En 1996, el proyecto de Plan Regional de Acción aprobado en el 25º período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se transformó en el Plan de Acción Regional de América Latina y el Caribe sobre Población y Desarrollo, después de haber sido elaborado más a fondo, de conformidad con los resultados de la CIPD. En el Plan de Acción se describen actividades, incluidas mesas redondas celebradas conjuntamente con el FNUAP, sobre temas como la salud reproductiva de los adolescentes, los derechos reproductivos y la realización de programas de salud reproductiva, así como los vínculos entre cuestiones de población y cuestiones macroeconómicas. Una conferencia de seguimiento celebrada en Aruba en mayo de 1998 demostró el continuo compromiso político de los países de la región en pro de las metas y recomendaciones de la CIPD mediante el establecimiento de planes nacionales, la formulación de declaraciones de principios relativas a la población y el desarrollo sostenible, la formulación de planes y programas sectoriales y la creación de dependencias o comisiones de población encargadas de formular y coordinar políticas y programas.

67. La sede subregional de la CEPAL para el Caribe se encarga de las acciones de seguimiento y apoyo con

respecto a la puesta en práctica del Plan Subregional del Caribe sobre Población y Desarrollo, que presenta los contenidos del Plan Regional de Acción y del Programa de Acción de la CIPD desde la perspectiva caribeña y sirve como guía de acción más pormenorizada para los países de la subregión. La asistencia técnica prestada a los países de la subregión en temas, como la investigación aplicada, se ha orientado hacia las necesidades y preocupaciones concretas de esos países, incluidas la migración internacional, las repercusiones de la inmigración sobre los pequeños países insulares y las zonas costeras, la función y la importancia de las remesas familiares desde el extranjero, la migración de regreso y la salud de los adolescentes. Se recolectaron y difundieron sistemáticamente datos sobre las políticas y las actividades programáticas, como parte del banco de datos sociodemográficos de la región.

Obstáculos

68. Pese a que se observaron adelantos en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, dicha aplicación fue desigual debido a los numerosos obstáculos y dificultades con que tropiezan los países, entre ellas la escasez de recursos financieros y humanos, las prioridades que compiten entre sí, la deficiente infraestructura institucional, la insuficiente coordinación intersectorial, los inadecuados mecanismos de medición y vigilancia, las crisis económicas y los disturbios civiles.

Escasez de recursos financieros y humanos

69. Uno de los obstáculos más ampliamente reconocidos con que se tropieza en la puesta en práctica del Programa de Acción fue el de las limitadas cantidades de recursos financieros y humanos, incluida la falta de personal capacitado para crear y poner en práctica políticas de población y desarrollo. Las limitaciones en la gestión de los recursos humanos se pusieron de manifiesto en muchos ministerios que estaban sumamente sobrecargados debido a que las aptitudes y la capacitación de los funcionarios eran insuficientes frente al considerable volumen de trabajo en los sectores de desarrollo social y económico.

70. Los países que introdujeron cambios institucionales y programáticos en los años posteriores a El Cairo mencionaron con frecuencia los decrecientes recursos como razón para que los cambios perdieran su carácter dinámico e incluso pasaran a ser insostenibles. Este obstáculo fue ilustrado por países donde los ministerios de población u órganos institucionales similares carecen de capacidad operacional, debido con frecuencia a la falta de recursos.

Prioridades que compiten entre sí

71. La interdependencia entre las cuestiones de población y las cuestiones macroeconómicas, medioambientales y otras cuestiones de desarrollo hizo imprescindible lograr las metas y plasmar las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD. No obstante, con frecuencia los gobiernos tienen que enfrentar prioridades que compiten con la integración de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo. En algunos países en desarrollo y países con economías en transición, se ha considerado que las cuestiones de población son independientes del crecimiento económico o la mitigación de la pobreza, o incluso secundarias con respecto a ellas. Por consiguiente, es necesario crear mayor conciencia e intensificar las actividades de promoción de los vínculos entre las cuestiones de población y otras cuestiones de desarrollo.

72. Las investigaciones realizadas por instituciones internacionales independientes indican que hasta un 98% de los fondos asignados a actividades de desarrollo se destinan a sectores distintos del de población³. Las

cuestiones de población como las debatidas en El Cairo – en especial, la ampliación de los medios de acción de la mujer, la educación escolar de las niñas y, más generalmente, la integración de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo – pueden quedar eclipsadas por preocupaciones inmediatas y más acuciantes, de índole económica o medioambiental.

Deficiente capacidad institucional

73. Una gran cantidad de los países que abarcó la encuesta del FNUAP relacionada con la CIPD+5 mencionaron entre los obstáculos la insuficiente infraestructura institucional o la falta de órganos sectoriales facultados políticamente y capaces de abordar de manera integrada a las cuestiones de población y desarrollo. Por ejemplo, algunos países informaron de que se había establecido una comisión nacional de población y desarrollo, pero que ésta había sido creada sin el apoyo de un sistema general de planificación o un plan nacional de desarrollo. En otros casos, el ministerio u organismo gubernamental establecido o encargado de abordar cuestiones de población carecía de facultades para adoptar decisiones o de mecanismos oficiales para la medición del adelanto hacia el logro de las metas y objetivos establecidos en la CIPD.

74. Muchos países de África y Asia informaron de que la falta de coordinación entre ministerios o instituciones había tomado sumamente problemática la incorporación de los aspectos normativos del Programa de Acción de El Cairo. En sólo unos pocos casos, los países estudiados mencionaron que los organismos sectoriales pertinentes habían o bien examinado la formulación y aplicación de una nueva estrategia o un nuevo plan de acción en materia de población y desarrollo, o bien participado activamente en tales acciones. Lo mismo se ha informado en otros exámenes regionales y subregionales de las actividades posteriores a la CIPD encaminadas a poner en práctica el Programa de Acción.

Falta de datos y de mecanismos de vigilancia

75. Muchos países en desarrollo y con economías en transición informaron de que la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD quedaba obstaculizada a la vez por la falta de datos o de información y la insuficiencia de los mecanismos de medición o vigilancia. Muchos países con economías en transición, especialmente los Estados recientemente independizados, carecían de datos censales y de la capacidad de realizar un censo.

76. Muchos países mencionaron entre los principales obstáculos la falta de mecanismos sistemáticos de vigilancia del logro de las metas de la CIPD, la dificultad para obtener en forma desagregada indicadores sociales básicos y relativos a la salud reproductiva y/o los sistemas inadecuados o insuficientes de análisis y recolección de datos. Este problema puede surgir en países donde no se efectúan regularmente la Encuesta Demográfica y de Salud o censos, donde estos son realizados por diferentes organismos o donde los datos son recogidos y analizados por diferentes organismos u organizaciones. Además, los diversos órganos encargados de recopilar y analizar los datos pueden quedar limitados por la escasez de recursos y de capacidad técnica.

Factores externos

77. En los países donde los mercados nacionales eran débiles o experimentaba recesiones, la financiación y el mantenimiento de personal suficientemente capacitado en los ministerios pertinentes pasó a ser una cuestión de importancia central. A menudo, esta situación se sumaba a la emigración de personal capacitado, lo cual

suscitaba mayor presión en ministerios y organismos sectoriales ya sobrecargados. Evidentemente, esas situaciones no pueden corregirse si no se abordan sus causas profundas, y en el corto plazo toman casi imposible la programación y la aplicación de políticas.

78. Muchos países que experimentaron rápidos cambios estructurales e intensas tensiones políticas y económicas han presenciado en los últimos años un aumento sustancial en la gravedad de los disturbios civiles y políticos. Guerras resultantes de fricciones étnicas, conflictos políticos y dificultades económicas han redundado en un aumento de los problemas de salud pública y la desintegración de las infraestructuras cuyo propósito oficial es responder a los problemas de población y salud reproductiva.

Discrepancia en el grado de información

79. La discrepancia en el grado de información de que disponen los ricos y los pobres, así como las mujeres y los hombres es tajante; y la distribución de las nuevas tecnologías de información y comunicación es incluso más desigual. El acceso a la información puede equipararse al acceso al poder; en la mayoría de las sociedades se sigue excluyendo a las mujeres de dicho acceso. La dominación por los hombres de la *Internet* ha sido motivo de persistentes críticas desde un primer momento. Pese a tal falta de acceso, la *Internet* ha tenido un gran efecto en cuanto a permitir que las organizaciones de la sociedad civil se organicen a sí mismas y efectúen campañas. En los países en desarrollo hay gran prisa por dominar las nuevas tecnologías y aprovecharlas en lo concerniente a conocimientos, información y establecimiento de redes así como para aumentar la participación del público y afianzar la interacción con éste. Las organizaciones de mujeres están comprendiendo y aprovechando cada vez mejor la importancia estratégica de las nuevas tecnologías para obtener los máximos beneficios de la vigencia de los derechos reproductivos. Marie-Helene Motin-Sylla, de la ONG *Edna Tiers Monde* (Senegal), afirma: “La libertad de tener acceso a otros espacios distintos de la cocina y el dormitorio, y la posibilidad de actuar plenamente y en condiciones de seguridad en otros espacios públicos son condiciones fundamentales para la plena participación de la mujer en el futuro del mundo”. Además, es el sector privado el que está impulsando la revolución en materia de información, y con frecuencia, los promotores de cuestiones de población están ausentes de los debates mediante los cuales se plasman las principales políticas mundiales y nacionales atinentes a las comunicaciones.

Acción futura necesaria

80. Los gobiernos deberían reconocer plenamente los vínculos entre las cuestiones de población, salud reproductiva, macroeconomía y otras cuestiones sectoriales, así como la necesidad de contar con políticas nacionales y mecanismos de planificación de programas a fin de tomar en cuenta la interdependencia de esas cuestiones.

Fortalecimiento institucional

81. Los gobiernos deberían elaborar marcos estratégicos que alienten y apoyen la colaboración y coordinación intersectoriales, como medio de ampliar la profundidad y el alcance de la atención prestada a las cuestiones de población.

82. Los gobiernos deberían proseguir o comenzar el proceso de descentralización en la planificación y realización de programas de población y desarrollo y deberían prestar el necesario apoyo para que el proceso se desenvuelva eficazmente. Muchos países que han comenzado la transición hacia la descentralización de los

programas y políticas sectoriales mencionaron que la continuación de esta tendencia constituye una oportunidad clave para comenzar o continuar la búsqueda de las metas del Programa de Acción de la CIPD.

83. Es preciso que todos los interesados directos en cuestiones de población y desarrollo definan claramente sus papeles y responsabilidades en la puesta en práctica de las metas y recomendaciones aprobadas en El Cairo.

84. Los gobiernos deberían fortalecer su colaboración con las entidades de la sociedad civil, incluidas las ONG, en la planificación, realización, vigilancia y evaluación de programas de población y desarrollo, tomando en cuenta sus ventajas comparativas y sus aspectos complementarios.

85. Los gobiernos deberían asignar más recursos a fortalecer las instituciones existentes o crear otras nuevas que respondan a las cuestiones de población, a fin de asegurar un adecuado marco institucional para conquistar las metas de la CIPD.

Recursos técnicos y humanos

86. Los gobiernos deberían colaborar con las ONG y el sector privado para velar por que estén presentes los recursos técnicos apropiados, es decir, personal capacitado e idóneo y programas suficientemente financiados que posibiliten la plena integración de las cuestiones de población en la planificación del desarrollo.

87. Los gobiernos, las ONG y otros representantes de la sociedad civil deberían tratar de establecer una base sostenible de personal bien informado y suficientemente capacitado dentro de la administración pública y del sector de salud, a fin de apoyar las políticas y programas de población y desarrollo.

Información, educación y comunicación (IEC) y promoción

88. Los gobiernos, así como las ONG y los protagonistas del sector privado, deberían iniciar e intensificar actividades de creación de conciencia que movilicen el apoyo a los servicios integrados de salud reproductiva, la ampliación de los medios de acción de la mujer y las cuestiones económicas, medioambientales y otras relativas al bienestar social.

89. Los gobiernos deberían fortalecer las redes y coaliciones nacionales de promoción que se dirijan a múltiples públicos, desde los líderes nacionales hasta las comunidades de base, en pro de las metas y recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD, en cooperación con las organizaciones de la sociedad civil. Deberían propiciar redes que vinculen a quienes emiten mensajes con quienes los reciben, a los ciudadanos y los funcionarios ejecutivos, a los sectores público y privado, a los profesionales de la comunicación, a las comunidades y los medios de difusión de masas, y a los líderes de opinión.

90. Los gobiernos, así como las ONG y los protagonistas del sector privado, deberían aprovechar las oportunidades que ofrece el nuevo paradigma abierto y participatorio de la nueva sociedad mundial de la información. Las tecnologías de información y comunicación ofrecen nuevos procedimientos e instrumentos de comunicación en apoyo del Programa de Acción de la CIPD. Entre los instrumentos ultramodernos cabe mencionar los espacios de civilLas organizaciones de la sociedad civil y los organismos del sector público y el sector privado en la *World Wide Web* que son interactivos y están vinculados entre sí, la producción de datos de población localizados, más atrayentes e interactivos, los archivos electrónicos, los sistemas de aprendizaje a distancia y las conferencias electrónicas.

91. Los gobiernos, así como las organizaciones de la sociedad civil, deberían iniciar investigaciones de orientación estratégica a fin de mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de población y salud reproductiva. Debería destacarse la oportuna disponibilidad de los resultados de la investigación y su eficaz aplicación al diseño de programas.

92. Los gobiernos y la sociedad civil, incluidas las instituciones académicas o técnicas, deberían colaborar a fin de proporcionar datos integrados e integrales que puedan manejarse y sean sostenibles.

Capítulo III. IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO Y AMPLIACIÓN DE LOS MEDIOS DE ACCIÓN DE LA MUJER

93. Como uno de sus principios básicos, el Programa de Acción de la CIPD destaca que promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo y son componentes medulares del concepto de desarrollo sostenible (Principio 4). El Programa de Acción también plantea como importante objetivo alentar y posibilitar que los hombres se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y asuman su función social y familiar (párrafo 4.25). Esos propósitos, metas y objetivos son condiciones importantes para establecer una sociedad sostenible, justa y desarrollada.

94. La justificación de promover programas de igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer en los programas de población y desarrollo se pone de relieve por el hecho de que la desventajosa posición social de la mujer, que a menudo se relaciona con el valor económico asignado a los papeles en la familia, contribuye a perpetuar la mala salud, la dieta inadecuada, los embarazos precoces y frecuentes y el pertinaz ciclo de la pobreza. En muchas partes del mundo, desde su más tierna edad las mujeres reciben menos cantidad de alimentos y estos son de menor calidad, y cuando están enfermas reciben un tratamiento menos adecuado que los varones. En los países donde las mujeres están menos educadas, reciben menos información que los hombres y tienen menor control sobre la adopción de decisiones y los recursos de la familia. También están en peores condiciones de reconocer los problemas de salud o de solicitar servicios de atención de la salud.

95. La baja condición socioeconómica de la mujer también la expone a los malos tratos físicos, el abuso sexual y la depresión mental. El desigual poder en las relaciones sexuales expone a las mujeres al embarazo no deseado y a las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. En circunstancias en que hay cambiantes valores sociales y presiones económicas, las niñas están iniciando relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Las mujeres también padecen riesgos de salud adicionales a consecuencia del nivel general de subdesarrollo, el cual se refleja, por ejemplo, en los caminos poco transitables y la falta de transportes. Esto puede crear obstáculos para que la mujer reciba tratamiento médico oportuno cuando padece complicaciones del embarazo. El insuficiente abastecimiento de agua, la falta de suministro de energía eléctrica y el deficiente saneamiento imponen cargas adicionales a las mujeres, debido a las responsabilidades domésticas de éstas, como recoger agua y leña.

96. Sobre la base de acuerdos concertados en anteriores conferencias internacionales sobre la población y sobre la mujer, el consenso a que se llegó en la CIPD preparó el terreno para dos importantes transiciones estratégicas en la formulación y realización de programas de población y desarrollo. La primera transición entrañó la adopción en los programas de una perspectiva de género aún más firme, de modo que ya no se prestara atención a las mujeres separadamente, sino más bien en el contexto social en que viven. Esto incluye las desiguales relaciones de género y de poder que constriñen sus vidas y las facultan o no para beneficiarse con los programas de población y desarrollo. La segunda transición entrañó la adopción de un enfoque basado en los derechos para posibilitar que las mujeres obtengan y salvaguarden sus derechos reproductivos y sus derechos sexuales.

97. La promoción de las metas de la CIPD sobre igualdad y equidad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer ha significado para muchos países la adopción de una estrategia doble. Por una parte, tal vez sea necesario realizar actividades centradas exclusivamente en las mujeres, o en los hombres, en determinados contextos donde las discrepancias de género son amplias, a condición de que al hacerlo no se promuevan los estereotipos de género ni se refuercen inadvertidamente las desigualdades de género. Sigue considerándose que los programas que benefician exclusivamente a las mujeres son importantes, debido a la carga biológica y social que las mujeres soportan en la reproducción, en comparación con los hombres. En consecuencia, esos programas son útiles para aplicar estrategias de ampliación de los medios de acción de la mujer. Por otra parte, muchos países también han adoptado la incorporación de las cuestiones de género en todas las actividades de población y desarrollo, como medio de dar cumplimiento a los compromisos asumidos en la CIPD. La incorporación de las cuestiones de género en la corriente principal de las actividades entraña, entre otras cosas, abordar las cuestiones relativas a la igualdad de oportunidades y de acceso entre hombres y mujeres. Esto ha requerido una cuidadosa planificación, tanto de las estrategias utilizadas como de los resultados que se esperaba obtener.

98. En este capítulo se evalúa el progreso logrado hasta la fecha en varios países en cuanto a promover la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Las esferas que abarca son la adopción de una perspectiva de género o la incorporación de las cuestiones de género en la corriente principal de las actividades; la creación de un ámbito propicio a la igualdad de género; la promoción de la integración de un enfoque basado en los derechos en los programas de población y desarrollo; la protección de los derechos de la niña; y la promoción de la responsabilidad masculina, en especial en lo tocante a la salud reproductiva. El capítulo finaliza con propuestas para alcanzar las metas de igualdad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer.

Incorporación de la perspectiva de género

99. El Programa de Acción de la CIPD destaca la incorporación de la perspectiva de género en la formulación de programas de población. El Programa de Acción señala que si bien las mujeres son, en general, las más pobres entre los pobres, también son protagonistas clave en el proceso de desarrollo. A menudo se las excluye del diálogo de políticas, o sus necesidades son definidas en su nombre por terceros, demasiado a menudo en términos que, en realidad, refuerzan papeles y relaciones preconcebidos que habitualmente se caracterizan por la desigualdad y la inequidad.

100. Al tratar de llevar a la práctica el programa de la CIPD sobre cuestiones de género, muchos países han promovido procesos de planificación y formulación de políticas en que se ha ampliado la definición de los interesados directos clave a fin de incluir a grupos anteriormente excluidos. En el plano de las políticas, el mayor reto ha sido la promoción de la legitimidad y, en verdad, de la necesidad, de establecer la igualdad de género como valor fundamental que debe reflejarse en todas las opciones de población y desarrollo y en todas las prácticas institucionales. Al respecto, no es posible divorciar las cuestiones de igualdad de género de otros problemas fundamentales que enfrentan los países, como los procesos de democratización.

101. Para muchos países, una acción inmediatamente posterior a la CIPD fue determinar en qué medida el ámbito normativo existente era conducente a incorporar las cuestiones de género en las actividades principales. En muchos casos, la ausencia de un ámbito propicio impulsó a los países a establecer un marco de políticas en que se pudiera comenzar a adoptar sistemáticamente las cuestiones de género en todos los planos. La principal

estrategia utilizada fue formular políticas y planes de acción en materia de género y desarrollo, a fin de orientar a diversos sectores en esta iniciativa. La obtención de datos desagregados por género desempeñó un importante papel al respecto. El proceso fue acelerado considerablemente durante los preparativos y las etapas posteriores de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995.

102. Las Islas Marshall, los Estados Federados de Micronesia, Namibia y Uganda figuran entre los países que después de la CIPD elaboraron políticas nacionales integrales relativas a la mujer o a cuestiones de género. En esos países y en otros, también se prepararon planes nacionales de acción con indicación de las esferas en que era preciso adoptar medidas para promover la igualdad de género. En Tailandia, el Gobierno preparó un plan integral a 20 años para asegurar que se adoptara una perspectiva de género en los procesos de planificación. Este plan abarca las cuestiones de interés de la mujer en el sistema judicial, en la investigación y en los sistemas de recopilación de datos, así como en el sector de salud. El Ecuador y el Paraguay aprobaron planes quinquenales de promoción de la igualdad de oportunidades para la mujer. La creación de un ámbito propicio abarcó otras políticas sectoriales, como en el caso de Venezuela, donde las reformas de los sectores educacional y de salud incorporaron sistemáticamente la perspectiva de género.

103. La adopción de la perspectiva de género en los programas de salud reproductiva y salud sexual es un elemento básico de referencia para el logro de las metas del Programa de Acción de la CIPD. Actualmente es evidente que las relaciones de género y la sexualidad están íntimamente vinculadas a cuestiones como la utilización eficaz de métodos anticonceptivos, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Este vínculo se forja durante la socialización de la persona, para que ésta asuma papeles sexuales y de género. El proceso de socialización comienza muy temprano en la vida, tanto en la familia como en la comunidad, y es reforzado por las instituciones sociales básicas, los medios de difusión de masas y otros factores y con frecuencia esto conduce ulteriormente a la subordinación política, económica, jurídica y cultural de la mujer.

104. Muchos países han comenzado a abordar las normas dobles relativas al comportamiento sexual de hombres y mujeres, así como algunas creencias y prácticas relativas al cuerpo y la sexualidad de la mujer que tienen consecuencias negativas sobre la salud. Entre esas creencias y prácticas figura la noción de que las mujeres deberían ignorar las cuestiones relativas a la sexualidad – de modo de no pasar a ser promiscuas – lo cual las expone a un alto riesgo de contagio con infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados y puede desalentarlas a que soliciten atención de la salud. Ésas y otras construcciones sociales relativas a la sexualidad y las relaciones de género entrañan la privación de los derechos básicos de la mujer y constituyen un importante factor determinante de la mala salud reproductiva y sexual.

105. Para abordar esa situación, los países han empleado varias estrategias. Por ejemplo, Zimbabwe estableció un equipo de tareas sobre salud reproductiva para asegurar que las cuestiones de género se reflejen en las políticas y los servicios de salud reproductiva. Por su parte, El Salvador preparó un código de la familia para precisar y aclarar cuestiones relativas al género que anteriormente eran ambiguas.

106. La incorporación de la perspectiva de género en los programas de población y desarrollo no ha sido fácil. Un problema común ha sido la ausencia de consenso sobre cuáles son las estrategias mejores y más eficaces a utilizar en la promoción de la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer en diferentes contextos sociales, culturales y políticos. Esto ha frenado la integración de esas cuestiones en procesos de planificación y programación que a veces tenían una importancia vital. Otra dificultad ha sido la planteada por la falta de datos desagregados por género y de estudios de investigación que utilicen metodologías de género apropiadas para evaluar los efectos de las estrategias empleadas. Los datos

disponibles, en su mayoría, se basan en metodologías cuantitativas y análisis estadísticos de unas pocas variables. En consecuencia, surgen algunas limitaciones en la medida en que esos datos y análisis pueden elucidar algunas de las cuestiones que surgen con respecto a la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Incluso en los países donde esos problemas no son graves, los programas nacionales de acción encaminados a integrar cuestiones de género en los programas de población y desarrollo no siempre han recibido suficientes recursos para su plena realización.

Cambio del medio ambiente

El contexto jurídico

107. Para alcanzar las metas del Programa de Acción de la CIPD es imprescindible crear un ámbito propicio como base para la promoción de la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. El Programa de Acción de la CIPD reiteró las conclusiones de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, en la cual se consagraron los derechos de la mujer en el contexto de la doctrina de los derechos humanos y se dejó en claro que la cultura y la historia ya no pueden justificar que se limiten los derechos de la mujer. Esto obedece a que la forma en que se trata a las mujeres en los códigos penales o de la familia refleja la manera en que se conceptualiza el papel de la mujer en muchas sociedades. En la mayoría de los casos, las mujeres encarnan un conjunto de condiciones fisiológicas, sociales o psicológicas que las convierten en “víctimas” que han de ser protegidas. En todos los casos, el concepto de la mujer como subordinada se basa en definiciones biológicas, sociales y económicas de las experiencias femeninas. Seguidamente, las leyes oficializan esa percepción. Los mandatos internacionales proporcionan los criterios necesarios en función de los cuales es posible transformar tales normas. Como resultado de las mencionadas conferencias, actualmente todos los países tienen la obligación de adaptar sus sistemas jurídicos, de conformidad con los mandatos internacionales.

108. Para los países, en su mayoría, esto ha significado la derogación de antiguas leyes que discriminaban contra las mujeres y las niñas y la instauración de reformas jurídicas en gran escala. Al respecto, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer ha sido un útil instrumento de referencia para ampliar el concepto de derechos fundamentales y adaptar las normas nacionales a los estándares internacionales.

109. Dicha Convención, que tiene 162 Estados Partes y 97 Estados signatarios, ha sido ratificada por todos los países, salvo unos pocos. Entre los países que la han ratificado, hay varios que aún no la han llevado a la práctica y esta Convención sigue siendo una de las convenciones internacionales respecto de las cuales se han planteado mayor cantidad de reservas. Algunos países que no han ratificado la Convención han citado motivos confesionales. La aplicación de la Convención a menudo está obstaculizada por las reservas relativas a algunas de sus cláusulas, así como por normas y valores tradicionales.

110. Muchos países de América Latina han logrado importantes adelantos en cuanto a cambiar leyes discriminatorias o promulgar leyes de protección de la mujer. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Eradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada en 1994 durante los preparativos de la CIPD, es un ejemplo de la aplicación del análisis de género a la formulación de legislación regional que proteja a la población femenina y responda a las necesidades de ésta. Su existencia creó un impulso adicional para que cada país aprobara una legislación similar. Es así como Bolivia, Cuba, el Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana promulgaron sendas leyes en virtud de las cuales la violencia

contra la mujer se tipifica como grave delito. La infracción a esas leyes se tipifica como tortura. Honduras y otros países incluso crearon un puesto de defensor público especial de las mujeres y los menores no protegidos. Entre otras reformas legislativas en América Latina cabe mencionar nuevas leyes laborales que eliminan la discriminación en el mercado laboral; la reforma de leyes agrícolas para mejorar el acceso de las mujeres a la tierra; y nuevas leyes educacionales que eliminan el lenguaje sexista en los materiales pedagógicos y promueven la igualdad de género en el acceso a las oportunidades educacionales.

111. En Asia, China, Filipinas y Viet Nam aprobaron cambios legislativos para proteger específicamente a las mujeres contra el acoso sexual y la violencia sexual.

112. En África, los 14 países miembros de la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional (SADC), es decir, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Seychelles, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe, han prometido promulgar leyes que combatan la violencia contra la mujer. Mauricio ya lo ha hecho y después de la promulgación de la ley realizó una campaña masiva de información. En Gabón, el Gobierno está aprobando una ley sobre la protección social de las mujeres, las madres y los niños. Zimbabwe promulgó una ley sobre la herencia que protege a las viudas.

113. Pese a las medidas que se han adoptado, el ámbito jurídico aún está lejos de ser satisfactorio para la mujer. En muchos países, las mujeres siguen sufriendo debido a la falta de protección jurídica para el ejercicio de sus derechos, en particular sus derechos sexuales. La percepción patriarcal de lo atinente a mujer, a su buena conducta, a su comportamiento correcto, a su honor, a su castidad y a su virtud, aún es evidente en muchas leyes. Cuando se logra eliminar esos conceptos de las leyes, estos siguen impregnando, no obstante, la mentalidad judicial utilizada para interpretar los textos jurídicos. Un ejemplo al respecto es que el sistema jurídico no logra en general hacer cumplir la obligación de que se respete la edad mínima de las niñas al contraer matrimonio, allí donde se han promulgado textos jurídicos al respecto, debido a los imperativos culturales y sociales y, cada vez más, a factores económicos que aún siguen propiciando el casamiento precoz de las niñas. En forma similar, muchos países no han reconocido el concepto de violación dentro del matrimonio, pese al nuevo factor que introdujo el VIH/SIDA. Esto dificulta mucho que las mujeres casadas puedan negociar prácticas de relaciones sexuales en condiciones de seguridad con sus cónyuges y actualmente, las tasas de contagio con el VIH entre las mujeres casadas figuran entre las más altas. Otros impedimentos jurídicos restringen el acceso de la mujer a servicios de salud esenciales, debido a su edad, a su estado civil, a requisitos relativos al consentimiento del cónyuge y a otros factores.

Las mujeres en puestos ejecutivos y de formulación de políticas

114. La insuficiente representación de mujeres en posiciones de poder y puestos ejecutivos significa que a menudo sus perspectivas y conceptos para el futuro quedan excluidos de las políticas y estrategias de población y desarrollo. En consecuencia, es imprescindible lograr un aumento sustancial en las cantidades de mujeres que participan activamente en la adopción de decisiones, incluida la participación en la política electoral, para que dichas mujeres puedan influir sobre las políticas.

115. Para abordar este problema, muchos países han creado o fortalecido mecanismos institucionales, como ministerios u oficinas para la mujer, a fin de promover la participación de la mujer en condiciones de igualdad en los procesos políticos. El Brasil, por ejemplo, estableció la Comisión Intersectorial de Salud de la Mujer en

el Consejo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud. Es un órgano de alto nivel cuyo propósito es involucrar a las mujeres en la planificación, la gestión y la vigilancia de servicios de salud reproductiva. Entre esas funciones figura la de vigilar las políticas de salud pública, desde una perspectiva de género.

116. En Asia, algunos países han promovido la participación de la mujer en la planificación, gestión y vigilancia de programas de salud reproductiva. En Azerbaiyán, Filipinas, la República Islámica del Irán y Tailandia, los gobiernos mejoraron la participación de las mujeres designándolas en puestos de alto nivel en órganos normativos, incluidos los órganos de examen y supervisión a escala tanto del gobierno central como de los gobiernos regionales. Algunos países caribeños han adoptado estrategias similares.

117. En el escenario político, los adelantos han sido desiguales, pues en algunos países se han logrado progresos, pero en otros se ha perdido terreno. En general, el ámbito de las actividades políticas aún no es propicio a la participación femenina. Las mujeres que quieren ingresar en la actividad política encuentran que el medio ambiente político, público, cultural y social a menudo es poco acogedor o incluso hostil para ellas. En muchos países, las tradiciones siguen destacando y, a menudo, dictando que las funciones prioritarias de las mujeres son las de madre y ama de casa. Este tipo de ideología de género sirve para desalentar a las mujeres que desean liberarse de papeles tradicionalmente segregados y confinados a la maternidad, y a menudo, para castigar a quienes lo hacen.

118. No obstante, muchos países han respondido positivamente adoptando firmes medidas a fin de aumentar el número de mujeres en la política electoral (cuadro 3.1). En Marrueco, en 1997 cuatro mujeres fueron designadas Secretarías de Estado. En Ghana ha aumentado el número de mujeres que ocupan escaños en el Parlamento y que ocupan puestos en el Gabinete. En el Ecuador, el Gobierno aprobó una ley para promover la participación política de las mujeres, estableciendo una representación obligatoria del 20% de las mujeres en los comicios electorales populares para todos los partidos legalmente reconocidos. En Costa Rica, en virtud de la reforma del Código Electoral se estableció para las mujeres una cuota del 40% en todas las listas electorales oficiales.

**Cuadro 3.1 Escaños parlamentarios ocupados por mujeres,
1° de enero de 1997
(como porcentaje del total)**

África al sur del Sahara	12
Estados árabes	4
Asia:	
Asia oriental	20
Asia meridional	7
Asia sudoriental y el Pacífico	12
Europa:	
Europa oriental y la CIS	8
Europa occidental y meridional	18

Países nórdicos	37
América Latina y el Caribe	10
América del Norte	12

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre Desarrollo Humano 1997.

119. La baja condición socioeconómica de la mujer también obstaculiza su acceso a altos puestos ejecutivos. Entre los obstáculos socioeconómicos cabe mencionar: pobreza y desempleo, insuficientes recursos financieros, analfabetismo, limitado acceso a la educación y la doble carga de las tareas domésticas y las obligaciones profesionales. Por consiguiente, pese a las obvias ventajas evidentes en la ampliación del ámbito de participación en la política y la vida pública mediante la adopción de prácticas democráticas, en muchos países las mujeres, debido a sus papeles reproductivos, siguen imposibilitadas de recoger las justas recompensas de la democratización. En consecuencia, las mujeres siguen necesitando que se amplíen sus medios de acción en los planos de la familia y la comunidad, a fin de adquirir la autoestima y la confianza necesarias para ingresar en la palestra política fuera del hogar, mientras que la sociedad en general también necesita reconocer que las perspectivas de la mujer en materia de política son indispensables para el desarrollo sostenible.

Fortalecimiento de las instituciones

120. Uno de los principales problemas que se destacan en el Programa de Acción de la CIPD es la manera de institucionalizar y sostener el cambio relativo a la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. El proceso de institucionalización requiere concertar alianzas de amplia base que apoyen la adopción de procedimientos y procesos técnicos fin de asegurar que las prácticas sociales que promueven la igualdad de género estén continua y plenamente sancionadas por las normas reinantes. También entraña el fomento de la capacidad de los funcionarios para realizar análisis de políticas desde una perspectiva de género, de modo de aclarar los objetivos de política, establecer metas mensurables y calendarios y diseñar instrumentos operacionales apropiados.

121. Para muchos países, esto ha significado adoptar medidas para prestar asistencia a las organizaciones e instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, en la utilización de instrumentos y mediciones compatibles con las metas de igualdad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer. La presencia de instrumentos de ese tipo en todas las estructuras elimina la tendencia a que las cuestiones relativas a la igualdad de género sean tratadas como periféricas con respecto a los mandatos de la organización o institución.

122. Estonia, por ejemplo, adoptó medidas para establecer un firme mecanismo nacional de promoción de la igualdad de género en todos los planos del Gobierno, creando un comité interministerial y una oficina para la igualdad. Indonesia y otros países elaboraron materiales de capacitación para la sensibilización en cuestiones de género, a fin de fomentar la capacidad de los funcionarios superiores de varias instituciones en materia de

análisis de género.

Promoción del enfoque basado en los derechos

123. La integración del enfoque basado en los derechos humanos es una de las metas fundamentales del Programa de Acción de la CPD y es necesaria para el logro de la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. El fundamento de un enfoque basado en los derechos es la afirmación de que la manera en que se valora y respeta a la persona y se le otorga la posibilidad de decidir acerca de la orientación de su vida, sin ninguna discriminación, coacción o postergación, influye sobre el bienestar y la salud de los seres humanos. A esos efectos, muchos países han utilizado, con carácter de estrategia, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Varios países también han comenzado a proponer y realizar programas de discriminación positiva, como medidas transitorias para posibilitar que las mujeres ejerzan derechos que hasta el momento habían estado fuera de su alcance.

124. Asimismo, se ha establecido un diálogo con los seis órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos, a fin de encontrar maneras de que dichos órganos puedan interpretar normas de derechos humanos y aplicar las cuestiones relativas a la salud de la mujer. Otro propósito sería alentar la colaboración en la elaboración de metodologías e indicadores para su uso tanto por parte de los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados como de los organismos de las Naciones Unidas y otros órganos, a fin de promover, aplicar y vigilar los derechos de la mujer, en particular, sus derechos reproductivos y sus derechos sexuales.

Protección de la niña

125. En muchos países se han logrado considerables progresos en cuanto a propugnar la protección de la niña como importante adelanto hacia el cuestionamiento de las prácticas que perpetúan la baja condición de la mujer. Por ejemplo, Ghana adoptó medidas para eliminar las prácticas tradicionales y religiosas que perjudican la salud reproductiva y la salud sexual de la niña. Promulgó una ley contra la mutilación genital femenina; en dicha ley se tipifican como delitos, entre otras cosas, los ritos discriminatorios de la viudez y las acciones punitivas, incluida la exclusión de la sociedad, contra las mujeres presuntamente adeptas a la brujería. En Burkina Faso, entró en vigor en 1997 una ley que proscribía la mutilación genital femenina, y en 1998 el Presidente del Senegal prohibió esa práctica. En Uganda oriental, las acciones comunitarias para erradicar dicha práctica la redujeron en un 36%.

126. Con respecto a la educación, se están llevando a la práctica diversas acciones a fin de reducir las discrepancias de género en los niveles educacionales y eliminar la discriminación por motivos de género en los sistemas educacionales. Camboya estableció en el Ministerio de Educación un grupo de trabajo encargado de abordar el problema de los bajos niveles de matriculación y retención de las niñas en las escuelas. En la República Unida de Tanzania, el Gobierno estableció clases diurnas suplementarias para las niñas en escuelas secundarias de comunidades donde la educación secundaria de las niñas iba a la zaga. Muchos países también han recurrido a procesos de reforma de los currículos a fin de asegurar que estos sean más sensibles a las cuestiones de género, en lo que respecta tanto su contenido como a las imágenes que presentan.

Hincapié en la responsabilidad masculina y la alianza con los hombres

127. Aun cuando inicialmente fue lento el adelanto hacia lograr que los hombres asuman igual responsabilidad por su salud reproductiva y sexual y por la de sus compañeras, a partir de 1994 los adelantos han sido notables. Actualmente, es innegable que se ha entablado un diálogo más abierto acerca de la manera en que diversas prácticas culturales perpetúan los estereotipos de género y las desigualdades de género.

128. Algunos países han tratado de garantizar la responsabilidad de los hombres promulgando leyes que establezcan la legalidad de no reconocerse su responsabilidad respecto de su progenie. En el Brasil, por ejemplo, se promulgó una reforma del Código Civil que facilita la identificación de los padres, merced a pruebas del ADN celular. Al mismo tiempo, se propusieron cambios en el Código Penal a fin de imponer castigos más severos a los hombres que tienen relaciones sexuales con niñas menores de 14 años.

129. Se están documentando las cambiantes perspectivas de los hombres sobre una amplia gama de cuestiones de población y conexas, y se está creando así una base para la formulación de acciones apropiadas. Las investigaciones sobre la masculinidad en diferentes ámbitos socioculturales están demostrando que los papeles de los hombres como custodios de la ideología, los conocimientos y los recursos financieros los convierten en agentes de importancia crítica y potencialmente poderosos para promover el cambio hacia la meta de la igualdad de género. Esas investigaciones también están tratando de determinar por qué razón la construcción social de la identidad de género masculina parecería predisponer a muchos hombres hacia la violencia contra la mujer y de qué manera es posible desviar esta tendencia. En Costa Rica, por ejemplo, se ha iniciado un estudio nacional sobre masculinidad, sexualidad y procreación responsable, a fin de investigar las actitudes de los hombres, sus prácticas sexuales y sus papeles en la procreación.

Obstáculos

130. Pese a los adelantos logrados hasta el momento, es mucho más lo que queda por hacer para abordar las persistentes desigualdades de género que limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para disfrutar de altos niveles de salud reproductiva y salud sexual. La persistencia de actitudes y prácticas tradicionales, religiosas y culturales que subyugan a la mujer, como la mutilación genital femenina, también tiene efectos negativos sobre la salud reproductiva y la salud sexual de la mujer y la niña.

131. Algunos mecanismos de promoción de la igualdad de género dentro de las estructuras gubernamentales han padecido escasez de financiación en relación con sus tareas, que a menudo son de grandes proporciones. Estructuralmente, algunas oficinas carecen de acceso a los procedimientos en las instancias políticas de alto nivel y esto puede ir en desmedro de sus acciones para incorporar las cuestiones de género en la corriente principal del desarrollo. Aun cuando muchos ministerios o departamentos gubernamentales padecen por lo general de falta de personal técnicamente calificado, los encargados de la promoción de la igualdad de género pueden estar comparativamente más desguamecidos debido a la escasez de personal capacitado en las técnicas pertinentes a esa especialidad: en la mayoría de las instituciones académicas, las cuestiones de género y desarrollo constituyen una esfera de especialización bastante reciente.

132. Además, se han conferido a muchas nuevas dependencias gubernamentales mandatos colmados de dificultades y se les han asignado múltiples tareas de formulación de políticas y estrategias: de apoyo técnico a departamentos operacionales; de vigilancia y supervisión con respecto a cuestiones de igualdad de género y ampliación de los medios de acción de la mujer; y de establecimiento de redes con organizaciones de mujeres

y entidades de la sociedad civil. A fin de realizar adecuadamente sus tareas, muchas de las oficinas establecidas para promover la participación de las mujeres siguen necesitando una mayor movilización de recursos y mayor capacidad técnica para la vigilancia y el análisis de políticas. Las estructuras de organización de esas oficinas y su dotación de personal también deberían reflejar la gran envergadura de sus mandatos; y, lo que es más importante, deberían adoptarse medidas para asegurar que esos mecanismos estén facultados para pedir rendición de cuentas a los ministerios con respecto a la promoción de la igualdad y la equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer.

133. Las acciones encaminadas a mejorar la educación de la niña están limitadas en dos planos. A macroescala, hay una escasez general de recursos reservados para el sector educacional. Esta situación a veces queda agravada por la escasa voluntad política en cuanto a efectuar inversiones en la educación de la niña. A microescala, debido a las actitudes culturales las familias aún siguen efectuando mayores inversiones en la educación de los niños varones, en comparación con las niñas.

134. Finalmente, es imprescindible señalar que con frecuencia la privatización cada vez mayor de muchos servicios sociales en diferentes países del mundo ha tenido mayores efectos sobre las mujeres que sobre los hombres. En lo concerniente a la salud, el papel cada vez menor del Estado está introduciendo factores de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, debido al costo cada vez mayor de la prestación de servicios de salud en el sector privado. Esto significa que son los pobres, de los cuales una gran proporción son mujeres, quienes suelen estar privados de acceso a los servicios de salud. Al respecto, las mujeres también soportan una mayor proporción de la carga de salud que pesa sobre las familias que ya no pueden costear la internación en hospitales, lo cual obliga a cuidar los enfermos en el hogar y quienes se encargan de esto suelen ser las mujeres. Otro factor con consecuencias de género es la mundialización de la economía, que a veces ha conducido a la incorporación de mujeres en tareas industriales caracterizadas por menores salarios; condiciones de trabajo deficientes, a menudo plagadas de riesgos laborales; y ausencia de derechos del trabajador, entre ellos licencia de maternidad y negociación colectiva.

Acción futura necesaria

135. Los gobiernos deberían establecer equipos técnicos multisectoriales e interdisciplinarios de coordinación a fin de abordar sistemáticamente las cuestiones de género, población y desarrollo a escala comunitaria y nacional.

136. Los gobiernos deberían promover una tolerancia igual a cero respecto de la violencia por motivos de género, mediante la promulgación y aplicación de leyes apropiadas, la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la realización de estudios que demuestren las múltiples consecuencias de la violencia de género sobre la salud de las mujeres y las niñas y sus efectos sobre los gastos en salud pública.

137. Las organizaciones de la sociedad civil, en especial las ONG, deberían fortalecer sus acciones de promoción a fin de incrementar y mantener una voluntad política de amplia base para la promoción de la igualdad de género. Esto puede lograrse mediante la creación de coaliciones y consorcios de organizaciones no gubernamentales que engloben los servicios de diferentes expertos.

138. Los grupos parlamentarios deberían establecer firmes vínculos con la sociedad civil, en especial con las ONG, para fortalecer la promoción de la utilización de instrumentos y convenciones internacionales, como la

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, para determinar el progreso logrado a escala nacional hacia la igualdad de género.

139. Las organizaciones de la sociedad civil, en especial las ONG, deberían reforzar sus campañas de IEC a fin de crear conciencia en las comunidades y entre los líderes confesionales y otros líderes de la opinión pública acerca de los efectos negativos de algunas actitudes y prácticas tradicionales relativas a la autodeterminación de la mujer y su capacidad para adoptar decisiones que afectan su propia vida y/o participar en la adopción de decisiones a escala nacional. Igualmente, sería necesario ampliar y reforzar los programas encaminados a erradicar las prácticas tradicionales perjudiciales, como la mutilación genital femenina, sobre la base de las experiencias adquiridas en anteriores éxitos y fracasos.

140. Los gobiernos deberían asegurar que los programas de población y desarrollo apoyen y refuercen los papeles positivos que desempeñan los hombres en cuestiones de salud reproductiva y salud sexual, salvaguardando al mismo tiempo una mejor posición de la mujer en la sociedad. En consecuencia, los programas operacionales deberían incorporar estrategias a fin de captar el apoyo de los hombres para la promoción de la salud reproductiva, la salud sexual y los derechos de sus compañeras, posibilitando al mismo tiempo que los hombres asuman la responsabilidad de su propio comportamiento reproductivo y sexual.

141. Los gobiernos deberían reforzar su apoyo a la protección de la salud de la niña, incluidas mayores inversiones en la educación de la niña, el desarrollo de sus aptitudes para la vida, y la promoción de iguales condiciones de empleo para los jóvenes, tanto mujeres como varones. Esas acciones deberían abarcar también estrategias y actividades que alienten y propicien procesos de socialización de los niños varones de modo que adquieran sensibilidad de género, tanto en el hogar como en la educación escolar y extraescolar a todos los niveles.

142. Las organizaciones no gubernamentales deberían promover más a fondo el fortalecimiento de los marcos jurídicos y las políticas de promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y asegurar la vigencia de dichos derechos. Sería necesario establecer mecanismos de vigilancia, documentación y rescate en casos de conculcación de los derechos humanos, especialmente en lo que respecta a los grupos vulnerables, como los refugiados.

143. Los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, en especial las ONG, deberían intensificar su colaboración y cooperación para la promoción de la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Esto puede lograrse mediante el establecimiento de mecanismos nacionales, como comisiones para la igualdad de género, con el mandato de vigilar ampliamente los adelantos hacia la conquista de las metas de la CIPD.

144. El sector privado debería establecer mecanismos de vigilancia de la institucionalización de normas y valores relativos a la igualdad de género, incluidos los concenientes a eliminar el acoso sexual y promover activamente la ampliación de los medios de acción de la mujer, de conformidad con las convenciones y prácticas internacionales.

145. Los gobiernos, las Naciones Unidas y los donantes deberían apoyar el desarrollo y la amplia disponibilidad y aplicación de datos desagregados por género y la elaboración de indicadores apropiados para vigilar el adelanto hacia la igualdad de género. En particular, es preciso investigar y comprender a fondo los efectos de la mundialización desglosados por género, de modo que puedan adoptarse medidas apropiadas a fin de

salvaguardar, entre otras cosas, la salud de la mujer.

146. Las Naciones Unidas, los donantes y la comunidad internacional deberían apoyar la provisión y el desarrollo de la capacidad técnica a escala nacional para formular e institucionalizar estrategias eficaces, a fin de incorporar las cuestiones de género en las actividades principales de desarrollo, mediante estrategias Norte-Sur y Sur-Sur.

147. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían asignar mayor cantidad de recursos a la aplicación de estrategias integrales que aseguren que las necesidades y preocupaciones de las mujeres se reflejen cabalmente en las políticas y los procesos de programación del desarrollo.

Capítulo IV. SALUD REPRODUCTIVA, INCLUIDAS LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA Y LA SALUD SEXUAL, Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

148. El Programa de Acción de la CIPD estipula el derecho de todos los individuos a que se satisfagan sus necesidades en materia de salud reproductiva durante toda su vida, mediante la aplicación del enfoque de salud sexual y reproductiva en la prestación de servicios y la provisión de información al respecto. Se entiende que los derechos reproductivos son derechos humanos. El derecho a la opción voluntaria al efectuar decisiones en cuestiones reproductivas entraña asegurar la igualdad y la equidad entre mujeres y hombres y proporcionar acceso universal en condiciones de igualdad a servicios de calidad e integrales de salud sexual y salud reproductiva, en los que se proteja el carácter privado y confidencial de la atención y el consentimiento libre y bien fundamentado del cliente.

149. En los años anteriores a 1994, algunos países en desarrollo habían efectuado cambios sustanciales en sus programas de población, pues habían dejado de utilizar programas de planificación de la familia para controlar el crecimiento demográfico y habían pasado a emplear el enfoque basado en los derechos, que más tarde fue adoptado por la CIPD. La CIPD proporcionó a todos los países un gran impulso para acelerar esa transición, apartándose de la prestación de servicios en forma vertical y de la fijación de metas y cuotas, para pasar a satisfacer todas las necesidades de los clientes en materia de salud reproductiva y promover la igualdad y equidad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer, así como la salud reproductiva de los adolescentes.

150. El Programa de Acción describe los principios básicos para prestar servicios de calidad de salud sexual y salud reproductiva. Entre dichos principios básicos figuran los siguientes:

- C Desarrollar un proceso dinámico de formulación y aplicación de políticas con participación de los interesados y representación de todos los interesados directos;
- C Elaborar un plan estratégico de ejecución basado en la fijación de prioridades por etapas y la disponibilidad de recursos para asegurar un progreso eficaz y la obligación de rendir cuentas;
- C Realizar una reorientación estructural y estratégica de los sistemas de salud y las finanzas, en el marco de la reforma del sector de salud, y considerar la posibilidad de efectuar una transición desde los servicios verticales de salud materno infantil y planificación de la familia (SMI/PF) hacia programas de salud sexual y salud reproductiva basados en los derechos, reconociendo que la salud reproductiva no es simplemente cuestión de agregar servicios e información a los servicios existentes de planificación

de la familia; e

- C Involucrara diversos sectores y coordinarlos a fin de que aborden los aspectos sociales, económicos y políticos de la salud sexual y la salud reproductiva, reconociendo que la salud reproductiva puede atenderse mejor aplicando enfoques amplios y multisectoriales y no dependiendo solamente de las organizaciones del sector de salud.

151. En este capítulo se examina la magnitud del cambio que se ha producido en cuanto a satisfacer las metas y objetivos de la CIPD en materia de derechos reproductivos, salud sexual y salud reproductiva. Este capítulo se basa en la información recopilada mediante el examen de la bibliografía sobre el tema, la realización de entrevistas, la realización de encuestas del FNUAP sobre el terreno y la celebración de reuniones en mesa redonda de expertos, organizadas sobre esos temas por el FNUAP⁴.

152. Se han logrado considerables adelantos en cuanto a poner en práctica aspectos clave del Programa de Acción de la CIPD, mediante la reformulación de políticas, el rediseño de programas, la concertación de mayores alianzas, la más intensa colaboración y la mayor asignación de recursos. En particular, después de 1994 han ido en aumento los adelantos para asegurar la vigencia de los derechos reproductivos y ofrecer servicios de salud reproductiva de conformidad con lo establecido en el Programa de Acción de la CIPD. Hacia 1998, muchos países habían introducido cambios de políticas, legislativos y/o institucionales en materia de salud reproductiva y/o derechos reproductivos. Varios países estaban ensayando maneras de integrar los servicios de salud reproductiva y estaban analizando otros medios de asegurar la aplicación de enfoques basados en los derechos.

153. Los eficaces movimientos para la ampliación de los medios de acción de la mujer y otros movimientos de masas y la acción de las organizaciones no gubernamentales estaban demostrando su importancia para asegurar el progreso en la formulación y aplicación de políticas en muchas partes del mundo y en muchas esferas de preocupación, incluida la generación de la voluntad política para aplicar políticas de población y salud basadas en los derechos. Las organizaciones no gubernamentales, que habían sido auténticas aliadas en cuanto a concertar los acuerdos del Programa de Acción, se han transformado en aliadas para su puesta en práctica.

154. En los países que están introduciendo reformas en el sector de salud, se considera con mayor frecuencia que la salud reproductiva es un componente de los programas generales de salud. En general, se prevé que este enfoque más amplio ha de tener mayor eficacia en función de los costos y ha de redundar en mayor satisfacción del consumidor, lo cual, a su vez, probablemente ha de conducir a un aprovechamiento más eficaz de la información y los servicios por parte de los consumidores.

Formulación de políticas de salud reproductiva después de El Cairo

Formulación de políticas

155. En varios países se registraron adelantos sectoriales en la formulación de políticas, mientras que en otros han comenzado las tareas para mejorar algunos aspectos concretos de las políticas. Entre las medidas de importancia crítica adoptadas por los países que están más adelantados en la aplicación del programa de la CIPD figuran acciones para proporcionar acceso gratuito y expedito a los servicios de salud reproductiva, como componente global de la salud a lo largo de todo el ciclo vital (incluida la elección voluntaria de métodos

de planificación de la familia). También se ha tratado de ampliar las cuestiones relativas a la adopción de decisiones en cuestiones reproductivas, de modo que haya una más amplia vigencia de los derechos a la sexualidad consensual, la opción voluntaria para contraer matrimonio, formar una familia y determinar el número y el espaciamiento de los hijos y el momento de tenerlos.

156. Algunas políticas reconocen la igualdad de derechos de mujeres y hombres y la necesidad de mejorar la condición de la mujer, de modo de posibilitar que ésta ejerza sus derechos. Los países, en su mayoría, asignan la más alta prioridad a los aspectos de los derechos relativos a la prestación de servicios, mientras que unos pocos países abordan concretamente el contexto en que se adoptan las decisiones en materia reproductiva, es decir, las relaciones de género y de poder.

157. El éxito de algunos países en la formulación de políticas de salud reproductiva parecería ser resultado de que los gobiernos han asignado prioridad a las necesidades y de que se ha aplicado un enfoque multisectorial con participación de los interesados directos, creando conciencia en el público y colocando la salud reproductiva en el centro de la reforma del sector de salud. En este sentido, los donantes y los organismos internacionales han facilitado la colaboración de los gobiernos con las organizaciones no gubernamentales; no obstante, con frecuencia su apoyo a la formulación de políticas y programas ha sido fragmentario y esto ha tendido a inhibir el desarrollo del liderazgo nacional y la formulación de políticas y programas integrales de salud reproductiva, vigencia de los derechos reproductivos e igualdad.

158. Hay varias modalidades en cuanto a la formulación de políticas. Algunos países emprendieron la formulación de políticas nacionales de salud reproductiva; otros, incluyeron la salud reproductiva en las políticas relativas a la salud de la mujer; y algunos se limitaron a algunos aspectos concretos de la salud reproductiva.

159. La creación de consenso con respecto al concepto de salud reproductiva y la inversión de tiempo y recursos en la formulación de políticas parecerían constituir una estrategia auspiciosa utilizada en algunos países asiáticos. Bangladesh ofrece un ejemplo singular de varias organizaciones no gubernamentales que integran un consorcio y de donantes que colaboran en apoyo de una meta nacional. La “Estrategia Sectorial de Salud y Población” formulada en 1997 con la participación de organizaciones no gubernamentales, grupos de profesionales y varios consultores, afirma los principios de la CIPD y reconoce la necesidad de un enfoque centrado en el cliente durante todo el ciclo vital, que abarque cuatro esferas prioritarias: maternidad sin riesgos, planificación de la familia, regulación de la menstruación y atención de las complicaciones posteriores al aborto, así como tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las enfermedades de transmisión sexual⁵. El estado de Rajasthán (India) proporciona un ejemplo de una política basada en las necesidades y orientada al cliente, que se elaboró en respuesta al enfoque exento de metas aplicado en el país⁶.

160. En África, Zambia adoptó un enfoque multisectorial y descentralizado con participación de la sociedad civil en la formulación de una nueva política de salud reproductiva que aborda cuestiones de género, incluida la participación de los hombres, así como la asignación de recursos para la puesta en práctica de dicha política. La formulación de la política nacional de salud reproductiva se basó en un amplio proceso de diagnóstico de las necesidades. Participaron en él distritos sanitarios, organizaciones no gubernamentales, organismos donantes, instituciones privadas y empresas industriales. En Ghana, el Ministerio de Salud formuló una política de salud reproductiva, así como normas y protocolos de salud reproductiva. La política se basó en los resultados de un proceso de diagnóstico de las necesidades que abarcó consultas con grupos de la sociedad civil. En Sudáfrica, las organizaciones no gubernamentales proporcionaron un apoyo clave a los gobiernos provinciales para la formulación de una política de salud de la mujer⁸.

161. El caso del Brasil ofrece un interesante ejemplo de lo que ha ocurrido después de El Cairo. Aun cuando el Brasil había formulado una política integral de salud de la mujer incluso antes de la CIPD, el progreso se aceleró después de El Cairo, pues se profundizó el enfoque de ciertos aspectos, entre ellos las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, el aborto en condiciones de seguridad y de conformidad con las disposiciones legales, la atención posterior al aborto y la salud de los adolescentes. En 1997, el Congreso aprobó una Ley nacional de planificación de la familia que abarca todos los métodos de anticoncepción temporales y también reconoce que la esterilización voluntaria es un procedimiento aceptable, reembolsado por el Sistema Unificado de Salud⁹.

Cuestiones de financiación

162. Parecería que no hubiera tendencias coherentes en cuanto a la financiación de las políticas de salud reproductiva. En algunos países (Bangladesh, Perú) aumentó la financiación y en otros se estaban preparando planes para la introducción de cargos al usuario y mecanismos de recuperación de los costos¹⁰. Incluso en países donde hubo una transición hacia incrementar la prestación de servicios por el sector privado, algunos gobiernos estaban comprometidos a ofrecer un conjunto mínimo de servicios gratuitos.

163. El otro problema que afecta la financiación de servicios de salud reproductiva es la cuestión de la descentralización, parte importante de la reforma del sector de salud en muchos países. Cuando las prioridades de gastos en materia de salud se determinan a escala local, la salvaguarda del gasto con destino a la salud reproductiva dependerá o bien de que la comprensión de la necesidad de contar con servicios de salud reproductiva se haya “filtrado” hasta el plano regional o local, o bien de que dicho concepto se haya “filtrado hacia arriba” a partir de la demanda que plantean las mujeres, la cual depende de que éstas hayan aumentado sus facultades para reconocer sus propias necesidades. En Zimbabwe, país gravemente afectado por la epidemia de VIH, las organizaciones no gubernamentales de mujeres cumplieron funciones de gran importancia en cuanto a organizar la demanda de condones femeninos subsidiados por el Estado que posibilitan que las mujeres asuman el control de la protección contra el contagio del VIH.

164. No obstante, en la mayoría de los países, sólo se contó con recursos limitados para servicios de salud reproductiva. Debido a su escasa capacidad para prestar servicios integrales e introducir cambios sociales de gran magnitud, los países, en su mayoría, han definido esferas prioritarias para la inversión, y han efectuado duras opciones acerca de la asignación de escasos recursos humanos, financieros e institucionales. A menudo, las estrategias han seguido centradas en las esferas a las que anteriormente se asignaba gran prioridad, es decir, la planificación de la familia y la salud materno-infantil.

165. En los países donde ha comenzado el proceso de reforma del sector de salud, se están haciendo esfuerzos especiales por incluir la salud reproductiva como esfera prioritaria en el conjunto de servicios básicos de salud. En Zambia, donde el proceso de reforma del sector salud ha estado en curso a partir de 1992, se facilitó una comprensión de amplia base de la salud reproductiva debido a que el sistema de salud pública participó en todos los planos del proceso de formulación de políticas.

Dificultades con que se tropezó en la formulación de políticas

166. Pese a los innegables progresos logrados en todo el mundo en cuanto a la formulación de políticas, muchos países informaron de que aún era insuficiente el nivel de conocimientos y comprensión acerca de los

derechos reproductivos y la salud reproductiva indicados en el Programa de Acción de la CIPD, debido en parte a que esos conocimientos aún no se habían difundido suficientemente.

167. Aun cuando se contó con un apoyo general al Programa de Acción de la CIPD y una mayor comprensión de éste, las políticas aún no reflejaron coherentemente un enfoque de derechos humanos ni se contó con un compromiso político suficiente. Se siguió careciendo de pleno apoyo para que la legislación asegurara la vigencia de los derechos reproductivos y los servicios de salud reproductiva, así como la equidad e igualdad de género. En muchos países, las leyes y reglamentaciones existentes impedían la aplicación del Programa de Acción de la CIPD en esferas como la educación sexual y el acceso de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva.

168. La tendencia ha sido a que la política de salud reproductiva esté plasmada primordialmente por las organizaciones y los profesionales del sector de salud, con exclusión de los demás sectores y disciplinas. El resultado ha sido que se ha prestado insuficiente atención a los aspectos sociales, económicos y políticos de la salud sexual y los derechos reproductivos y, además, se ha prestado escasa atención a los aspectos psicosociales, de género y emocionales concernientes a la salud y el bienestar individuales. La inestabilidad política y la frecuente renovación de los funcionarios públicos también han perjudicado la continuidad en la formulación, la aplicación y la vigilancia de las políticas.

Ejecución de programas de calidad en materia de salud sexual y salud reproductiva

Integración de los programas de salud sexual y salud reproductiva

169. Muchos países informaron acerca de la disponibilidad de diversos elementos de los servicios de salud reproductiva y muchos habían adoptado medidas para integrar algunos componentes de salud reproductiva en el sistema de atención primaria de la salud. No obstante, el adelanto en la puesta en práctica de servicios integrales e integrados ha sido limitado. Algunos países estaban más adelantados en la transición desde los ajustes de política hacia la aplicación en la práctica del enfoque de salud reproductiva, mientras que otros países estaban recién comenzando a considerar los cambios en la prestación de los servicios. Es preciso seguir teniendo presente este contraste en los análisis que se presentan a continuación. No obstante, en los principales países de todos los continentes – el Brasil, Bangladesh, Ghana, Sudáfrica, Túnez y Zambia – es posible encontrar estrategias en vigor y aspectos clave en la aplicación del enfoque de salud reproductiva a escala nacional. Además, incluso en los casos en que no se habían modificado los sistemas de atención de la salud de modo de poner en práctica enfoques de salud reproductiva, con frecuencia había ONG que ya lo estaban haciendo. Entre las medidas iniciales adoptadas por los países que estaban logrando adelantos en esa esfera cabe mencionar la aplicación de las políticas sanitarias y directrices operacionales a la formulación de un enfoque de los servicios de salud reproductiva acorde con los compromisos asumidos en la CIPD, incluido el análisis de las limitaciones humanas e institucionales y los mecanismos para vigilar el adelanto.

Integración y ampliación de la prestación de servicios

170. Dos aspectos estratégicos clave del adelanto hacia el enfoque de salud reproductiva son la integración de los servicios existentes y la ampliación de la variedad en el conjunto de servicios disponibles. Entre las cuestiones de gestión a tener en cuenta en la aplicación de estas estrategias figuran la estructura institucional, la capacitación y la supervisión.

171. Integración de los servicios. Muchos países de todas las regiones – Bangladesh, el Brasil, Ghana, Jamaica, México, el Perú, Sudáfrica, Túnez y Zambia, entre otros – han estado ensayando modalidades de integración de los servicios de salud reproductiva. La integración institucional parecía constituir un obstáculo de gran entidad, incluso en países que habían dispuesto que la integración era cuestión prioritaria. En muchos países, la estructura de organización vertical, además de los sistemas compartimentados de presupuesto y personal, constituían las principales barreras institucionales que se oponían a aplicar un enfoque más integrado. Cuando, por ejemplo, las actividades de prestación de servicios estaban divididas entre planificación de la familia y estructuras de salud, posiblemente administradas por diferentes ministerios, había en esos países sistemas paralelos y derroche de recursos. Era así como, en muchos casos, el cambio institucional sólo tenía vigencia en los papeles, debido a la inacción burocrática y a la segmentación de la gestión, en sus aspectos de programación, capacitación y evaluación. En algunos países menos adelantados, que dependen en mayor medida de donantes externos, la falta de coordinación entre donantes también contribuyó a dicha segmentación.

172. El cambio institucional más común era la integración de la planificación de la familia y la salud materno-infantil en un marco institucional común. Aun cuando se habían incorporado algunos componentes de salud reproductiva en jurisdicción de una institución, se reconocía que en esos casos lo único que se lograba era una mejor coordinación y no una integración cabal¹¹.

173. En el plano de la prestación de los servicios, los países lograron adelantos mediante iniciativas – con frecuencia comenzadas antes de 1994 – de integración entre los servicios de salud materno-infantil y los de planificación de la familia. Después de la CIPD, se hizo hincapié en integrar más estos servicios con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y con la detección y el tratamiento de esas enfermedades. Empero, dicha integración a veces consistía en la mera oferta de servicios en el mismo establecimiento, mientras diferentes encargados de los servicios seguían abordando aspectos separados de la salud reproductiva, por ejemplo, detección, asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos. En algunos casos, se ofrecían los servicios en el mismo lugar y por parte del mismo personal, pero en días diferentes.

174. Ampliación del alcance de los servicios. La ampliación del alcance de los servicios no necesariamente acarrea los mismos problemas institucionales que la integración, puesto que pueden añadirse nuevos servicios bajo un mismo techo a los servicios existentes. Asimismo, puede aplicarse un enfoque más amplio de la prestación de los servicios, incluso dentro de estructuras verticales, como ocurre cuando se capacita a los encargados de prestar servicios, por ejemplo, impartiendo aptitudes de asesoramiento, incorporación de las cuestiones de género en las actividades principales y participación masculina. En la ampliación de los servicios caben muchas consideraciones similares a las relativas a la integración de los servicios, en lo que respecta a la capacitación. Uno de los servicios agregados más frecuentemente a los programas de planificación de la familia era el de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y en algunos casos se agregaron también servicios para el tratamiento de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones (como ocurrió en Burkina Faso, la India y Mozambique).

Sistemas de remisión de clientes a establecimientos que ofrezcan otros servicios

175. Los sistemas de remisión de clientes se relacionan tanto con la integración de los servicios como con la ampliación del alcance de los programas. Se ha determinado que el establecimiento de sistemas de remisión horizontal de clientes es una útil primera medida de integración cuando aún existen estructuras verticales. Esto ocurrió con muchos programas en países africanos que fueron vinculados con programas relativos a enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

176. Los sistemas verticales de remisión de clientes también son indispensables con respecto a algunos aspectos de la salud reproductiva, por ejemplo, con respecto a la atención a las madres, en que la remisión de clientas, incluido su transporte, a servicios de atención obstétrica de emergencia es una medida imprescindible para reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad.

Capacitación

177. Varios países incorporaron instituciones de capacitación en etapas muy tempranas del proceso de aplicación del enfoque de salud reproductiva, a fin de institucionalizar la capacitación en materia de salud reproductiva. Asimismo, se adaptaron currículos de capacitación tanto a la formación inicial como a la capacitación en el servicio, de modo que dichos currículos se ajustaran al enfoque de salud reproductiva centrado en el cliente y basado en las necesidades de éste, aun cuando no se hubiera efectuado una integración completa. En Rumania, se ha asignado prioridad a la capacitación de personal en planificación de la familia a fin de integrar estos servicios con los de atención primaria de la salud, como medio de superar la falta de información de que adolecen los encargados de prestar los servicios. En Bangladesh – donde una necesidad principal era mejorar la competencia de los encargados de prestar servicios – el programa de capacitación refleja el mayor alcance de los servicios que han de ser prestados por los mismos agentes de salud¹².

178. La capacitación también es un factor clave de la integración de cuestiones intersectoriales como el asesoramiento, la incorporación de las cuestiones de género en las actividades principales y la participación masculina. Se ha determinado que la mejora de las aptitudes del personal en cuestiones de género es una primera medida de importancia crucial para incorporar las cuestiones de género en las actividades principales¹³. Los adelantos al respecto abarcaron la elaboración de técnicas para incorporar las cuestiones de género en las actividades principales de capacitación y salud reproductiva y la mayor disponibilidad de esa capacitación. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *Women's Health Project* (Proyecto de salud femenina) en Sudáfrica y la *Harvard School of Public Health* (Escuela de Salud Pública de Harvard), en los Estados Unidos de América, prepararon un currículo básico sobre cuestiones de género y salud reproductiva.

179. Se ha determinado que una clave del éxito es ejercer una continua supervisión que incluya impartir aptitudes para resolver problemas, especialmente como seguimiento después de haber ofrecido capacitación.

180. Un problema detectado en la capacitación dentro del contexto africano – aun cuando el problema puede tener validez en otros países – es que históricamente se habían establecido programas y estudios para la capacitación vertical con destino a los que son hoy los componentes de los servicios de salud reproductiva. En muchos lugares, la capacitación en el servicio siguió ofreciéndose en forma segmentada, componente por componente. En una situación típica, se impartió capacitación en planificación de la familia, atención posterior al aborto, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y maternidad sin riesgos asignando a cada uno de esos componentes sesiones de capacitación por separado. Esta situación bien puede reflejar la segregación de los presupuestos y la falta de coordinación dentro de los programas, factores que, según se ha determinado, son importantes obstáculos que se oponen a la integración.

181. Aun cuando en la región de América Latina y el Caribe (por ejemplo, en Colombia, Jamaica, México y el Perú) se prepararon programas de capacitación más integrados, con frecuencia las cuestiones relativas a la sexualidad, que revisten importancia crítica para la salud sexual y reproductiva, estuvieron ausentes o diluidas en la parte de salud reproductiva de todo el concepto. Asimismo, muy a menudo estaban ausentes las perspectivas de derechos reproductivos y cuestiones de género, con los consiguientes efectos sobre las

interacciones entre los clientes y los encargados de prestar los servicios.

182. La escasez de personal correctamente capacitado constituyó un obstáculo para elaborar y aplicar programas de capacitación. Esto ocurrió en el plano nacional, en que se necesitaban recursos humanos para preparar nuevos currículos de capacitación y proceder a la formación de instructores. La descentralización de las actividades programáticas también puso de manifiesto la limitación en los recursos humanos disponibles en el plano local¹⁴.

Calidad de la atención -- Vigencia de los derechos reproductivos

183. Uno de los principales objetivos del Programa de Acción de la CIPD es mejorar la calidad de los servicios, definida en función de la manera en que el sistema de prestación de servicios trata a los clientes. La definición se centra en el proceso de prestación de los servicios, incluido el intercambio de comunicación e información; los criterios para normas mínimas de procedimientos y exámenes; y la determinación de si los clientes reciben los servicios apropiados a sus necesidades. Después de la CIPD, gran parte del debate se ha centrado en la viabilidad de mejorar las normas de calidad de la atención, debido a que se considera que esto entraña costos demasiado altos. No obstante, muchos estudios ponen de manifiesto que pueden lograrse mejoras en la calidad de los servicios a un costo razonable y que si no se introducen mejoras de ese tipo, es posible que se resientan la utilización inicial de los servicios y la continuación de estos.

184. El *Population Council* elaboró una metodología para análisis de situación en que se determina la calidad de los servicios mediante la observación de, entre otras cosas, la eficacia del aprovechamiento de los recursos en el ámbito clínico. Los estudios de análisis de situación en algunos países de África al sur del Sahara¹⁵ han considerado aspectos clave de la calidad de los servicios, como la posibilidad de escoger entre varios métodos anticonceptivos, la cantidad de clientes, el uso del equipo clínico y el agua, el contexto social y las relaciones sexuales de los clientes. Esta información ha comenzado a arrojar luz sobre la insuficiente utilización de los recursos existentes. Esas comprobaciones también ponen de manifiesto que, si se imparte capacitación a los encargados de prestar servicios de salud para mejorar sus aptitudes técnicas y en materia de comunicaciones interpersonales, si se proporciona apoyo de supervisión, protocolos y recompensas apropiadas, el personal puede ofrecer mejores servicios dentro del ámbito limitado disponible para dichos servicios (planificación de la familia), y esa capacitación también puede posibilitar la ampliación de los servicios a fin de responder a otras necesidades en materia de salud reproductiva y salud sexual.

185. Una de las cuestiones de importancia crítica para mejorar la calidad de la atención es la manera de definir las normas mínimas en ámbitos donde hay escasez de recursos y, al mismo tiempo, ir mejorando continuamente la calidad de la atención a medida que se va disponiendo de mayores recursos. También deberían aplicarse normas mínimas al sector privado, del mismo modo que debería prestarse atención especial a la fijación de normas mínimas para servicios poco frecuentes o nuevos y servicios prestados en situaciones de emergencia.

186. Entre los instrumentos elaborados para mejorar la calidad de la atención figura el de servicios orientados al cliente y con proveedores eficientes, instrumento diseñado por la *Association for Voluntary Safe Contraception (AVSC)* (Asociación para la Anticoncepción Voluntaria Segura). Dicho instrumento, que ahora se utiliza en más de 30 países de todo el mundo, facilita la autoevaluación y la resolución de problemas por todo el personal clínico. Se está impartiendo capacitación a los encargados de prestar servicios de planificación de la familia y a los supervisores, a fin de que vayan resolviendo los problemas a medida que estos vayan surgiendo.

187. El asesoramiento y la comunicación interpersonal entre los encargados de prestar servicios y los clientes son aspectos clave para velar por que los clientes ejerzan sus opciones reproductivas de manera voluntaria y bien fundamentada y, por ende, asegurar la vigencia de los derechos reproductivos. Si no se proporciona a los clientes información suficiente para que sus opciones estén plenamente fundamentadas, no se respetan sus derechos humanos. La calidad de la atención también abarca cuestiones relativas al carácter confidencial y privado de los servicios, el asesoramiento y las relaciones interpersonales. Después de la CIPD, algunos países han logrado adelantos en cuanto a involucrar a los clientes en las decisiones relativas a su propia salud reproductiva.

188. Algunos países informaron de que, para asegurar la alta calidad de la atención en los sectores público y privado, habían mejorado o establecido marcos reglamentarios. Por ejemplo, en la India, se velará por el control institucional de la calidad en el sistema de salud, incluido el sector privado, de conformidad con las directrices difundidas por el Gobierno central. En Nepal, el Gobierno estableció recientemente en la División de Salud de la Familia, el Centro de Gestión de la Calidad de los Servicios, encargado de brindar apoyo a escala de distrito a los centros de atención de la salud para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva¹⁶.

189. El fortalecimiento de los sistemas nacionales de información, incluida la elaboración de indicadores, además de la realización de investigaciones operacionales y pertinentes a las políticas, se considera un factor clave para posibilitar un más eficaz adelanto en materia de planificación, realización y vigilancia de proyectos a fin de alcanzar las metas y objetivos del Programa de Acción de la CIPD en materia de salud reproductiva. La República Islámica del Irán y el estado de Rajasthán (India) ofrecen ejemplos de eficiente diseño de sistemas de información simples y de fácil utilización en el plano de la prestación de los servicios. En esos sistemas, sólo se recogen los datos más imprescindibles; se aplica la terminología apropiada; y las conclusiones son de utilidad inmediata, tanto en el plano de la prestación de los servicios como en planos más elevados del sistema de atención de la salud.

190. Por otra parte, la cuestión esencial con respecto a la calidad de los sistemas nacionales de información es la de los indicadores. En la selección de indicadores debería considerarse si estos miden procesos o productos y si son de índole cualitativa o cuantitativa. Varios organismos internacionales, entre ellos el FNUAP, la OMS, el Banco Mundial y el Grupo de Evaluación apoyado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han elaborado conjuntos de indicadores mundiales para contribuir a la futura adopción de indicadores. Dichos indicadores se están ensayando ahora sobre el terreno.

191. A escala nacional, se ha comprobado que es ventajoso que todos los interesados directos – es decir, todas las partes que pueden utilizar la información, entre ellos representantes de la comunidad, encargados de prestar servicios, directores de programas e investigadores – actúen de manera coordinada cuando se trata de diseñar sistemas de información. Es preciso que determinen qué información necesitan, cómo ésta debería ser analizada y cómo deberían presentarse los resultados a los diferentes usuarios. Por ejemplo, la Red de Salud de América Latina y el Caribe – en colaboración con algunos gobiernos de la región – determinó seis cuestiones temáticas para monitorear en cada uno de los países en que realiza actividades, a saber: la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes, la calidad de la atención, el tratamiento del aborto realizado en malas condiciones, el involucramiento de los hombres y la participación de las mujeres en la adopción de decisiones. Para cada una de esas cuestiones se utilizarán indicadores cualitativos y cuantitativos a fin de evaluar la situación de la salud reproductiva en cada país¹⁷.

Mayor acceso a los servicios de salud reproductiva

Comunicación y educación

192. Contar con la información y la confianza necesarias para actuar en las relaciones personales e institucionales son requisitos previos para el disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva. Las ONG han logrado establecer una base de conocimientos y confianza entre las mujeres, los hombres y los adolescentes para que reivindiquen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos y promuevan su salud sexual y su salud reproductiva, incluida la eficaz utilización de los servicios de salud.

193. Se han elaborado muchas metodologías y muchos materiales de comunicación de naturaleza diversa e innovadora a fin de ampliar los medios de acción de las personas, de modo de que éstas ejerzan sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Entre las metodologías y materiales de comunicación figuran representaciones teatrales, programas en los medios de difusión de masas y educación de personas por otras personas pertenecientes a su mismo grupo. No obstante, no siempre se ha evaluado la eficacia de las metodologías y materiales y el contenido de estos no siempre ha abordado la experiencia humana común, como la sexualidad y las relaciones de poder entre mujeres y hombres, incluida la violencia.

194. Sólo unos pocos programas de comunicación, ejecutados principalmente por ONG, han ayudado a los hombres a comprender de qué manera, cuando se impide el acceso de las mujeres a los servicios de atención de la salud sexual y la salud reproductiva, se pone así en peligro la vida de esas mujeres y su salud, y han ayudado asimismo a que los hombres cambien sus comportamientos, de modo de no crear riesgos para la salud de las mujeres y proteger su propia salud.

Diversificación de la prestación de servicios

195. En algunos países, la diversificación de la prestación de algunos servicios escogidos de salud reproductiva, mediante la participación de entidades del sector privado y ONG, ha mejorado el acceso a dichos servicios. Por ejemplo, en Colombia, PROFAMILIA, una organización afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), que proporciona más del 60% de los servicios de planificación de la familia ofrecidos en el país, amplió después de 1994 la provisión de servicios de salud reproductiva. Mediante un programa de recuperación de costos, PROFAMILIA subsidió servicios en comunidades pobres y remotas y servicios para adolescentes. La recuperación de costos contribuyó a asegurar que los clientes ejercieran opciones voluntarias y bien fundamentadas, así como a mantener una alta calidad en la atención a los clientes¹⁸.

Limitaciones del acceso

196. Pese a los adelantos, en muchos países las condiciones económicas y la resultante deficiencia en la infraestructura de atención de la salud siguen obstaculizando el acceso a los servicios. Entre las barreras que se oponen al acceso a los servicios figuran la distancia, el costo, la ignorancia y la deficiente actitud de los encargados de prestar servicios. La separación de los servicios básicos de atención primarias de la salud añade una carga excepcional a la que ya soportan las mujeres en cuanto a satisfacer sus diversas necesidades y las de sus hijos. También conduce a la duplicación de la infraestructura y los sistemas de gestión, de información y de otro tipo.

Aumento del acceso a los servicios de salud para adolescentes

197. Actualmente, existe en el planeta el mayor grupo de adolescentes jamás registrado en la historia del mundo, pues hay 1.100 millones de personas de entre 10 y 19 años de edad. Efectuar inversiones en esos jóvenes y proporcionarles reales oportunidades en la vida son medidas de importancia vital para promover el desarrollo de los individuos y de la sociedad. No obstante, es demasiado grande el número de adolescentes que carecen de hogar, de educación escolar, de trabajo y de recreación provechosa, y muchos viven en situación de extrema pobreza. Las oportunidades de que disponen las niñas, en comparación con las ofrecidas a los niños varones, están especialmente restringidas.

198. La experiencia recogida en los programas indica que los adolescentes necesitan apoyo a fin de propiciar su autoestima y desarrollar aptitudes para la vida y también para conducir las relaciones íntimas y practicar la igualdad de género. Las relaciones sexuales sin protección colocan a las niñas adolescentes en situación de riesgo, tanto de embarazos no deseados como de contagio con las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y colocan a los adolescentes varones en situación de riesgo de contagio con las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En consecuencia, los adolescentes necesitan tener acceso no sólo a servicios de prevención, como los de información y anticoncepción, sino también a servicios de salud que sean acogedores para los jóvenes, incluidos los de diagnóstico, tratamiento, información y asesoramiento.

199. En la encuesta realizada por el FNUAP sobre el terreno en 1998 se informó de que 55 países habían adoptado algunas medidas para abordar las necesidades de salud de los adolescentes, incluidas las de salud reproductiva. Entre dichas medidas figuraban la inclusión de la salud reproductiva de los adolescentes en los planes nacionales de salud y los planes de salud para los jóvenes, la formulación de políticas y directrices sobre salud reproductiva de los adolescentes, y el establecimiento de ministerios que se ocupen de los deportes y la juventud. En algunos países, las ONG desplegaron actividades especiales a fin de ensayar nuevos enfoques de la formulación de programas para adolescentes, como la educación de jóvenes por otros jóvenes, el fomento de las aptitudes y el asesoramiento. Se reconoció que las acciones para fomentar la comprensión y el apoyo por parte de los adultos, de la familia y de la comunidad, eran inversiones clave.

200. En Colombia, la asociación PROFAMILIA apoyó actividades en centros para la juventud ubicados en 20 ciudades del país; en esos centros, la población de jóvenes tiene a su disposición servicios médicos, apoyo de diagnóstico e información, así como educación sexual y sobre salud reproductiva. En Kenya, la canción *I Need to Know* (Necesito saber), presentada por jóvenes músicos de Nairobi, fue un éxito. La canción ayudó a los adolescentes a solicitar que se agregara un componente de salud reproductiva a los servicios de salud escolares. En las Islas Marshall, un programa de jóvenes para los jóvenes capacitó a educadores y asesores de los jóvenes, de modo que pudieran impartir educación sanitaria sobre temas como el embarazo en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, las toxicomanías y la nutrición, en beneficio de los jóvenes, sus familias y la comunidad. El proyecto también respondió a las necesidades de los adolescentes en materia de anticonceptivos.

201. Las niñas adolescentes corren un alto riesgo de sufrir trastornos de la salud reproductiva. Cada año, más de 14 millones de niñas adolescentes dan a luz. De esos embarazos, una gran proporción son no deseados. La OMS estima que cada año, las adolescentes solicitan hasta 4,4 millones de abortos. Las prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina y el casamiento en la infancia, tras lo cual hay expectativas de alumbramiento precoz, aumentan más aún el riesgo de mala salud reproductiva en las niñas adolescentes.

202. La procreación precoz también reduce las oportunidades en la vida de las niñas. En muchos países, no se permite que las niñas que quedan embarazadas sigan asistiendo a la escuela. En otros países, simplemente se valora la educación de los niños varones más que la de las niñas. El resultado es que las niñas constituyen los dos tercios de más de 130 millones de niños que no asisten a la escuela en el mundo. No obstante, algunos países comenzaron a adoptar medidas de promoción de la educación de las niñas, incluidos incentivos directos, como la exención del pago de derechos o la provisión de pequeños subsidios o asignaciones alimentarias para fomentar la asistencia de las niñas y adaptar el sistema escolar a fin de facilitar la participación de las niñas. Por ejemplo, en el último decenio, el Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC) creó más de 30.000 escuelas que ofrecen enseñanza primaria no escolar, y en las cuales un 70% de los alumnos son niñas¹⁹.

203. Muchos estudios muestran que la educación sexual promueve actitudes y comportamientos responsables. Esos estudios también indican que al proporcionar a los adolescentes información y servicios de salud reproductiva y salud sexual se posibilita que aplacen el comienzo de la actividad sexual y que, cuando tienen relaciones sexuales, estén en mejores condiciones de protegerse a sí mismos contra el embarazo y el contagio con infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

204. Para asegurar la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como para mejorar las oportunidades de estos en la vida, tanto para las niñas como para los niños varones, será necesario efectuar inversiones mucho mayores. Hasta el momento, son pocos los gobiernos que han elaborado estrategias integrales para efectuar inversiones en la salud reproductiva de los adolescentes.

Asunción de mayor responsabilidad por los hombres

205. En el Programa de Acción de la CIPD se reconoce que la sexualidad humana y las relaciones de género afectan sustancialmente la salud sexual y la salud reproductiva y que es necesario que los hombres asuman la responsabilidad de su propio comportamiento sexual, además de respetar los derechos y la salud de sus compañeras. Muchos países han iniciado campañas de promoción a fin de ampliar o promover la participación masculina en actividades de salud sexual y salud reproductiva. A partir de la CIPD, hay indicios de que se ha producido un aumento en la utilización por los hombres de condones y vasectomías y se ha logrado algún grado de ampliación de los servicios para enfermedades de transmisión sexual que atienden a los hombres. En unos pocos países, las ONG, en especial, han elaborado enfoques innovadores en apoyo de la participación de los hombres en la atención del embarazo y el cuidado de los niños y los han alentado a entablar relaciones basadas en la igualdad y el respeto mutuo. Por ejemplo, en México, un grupo de parteras ha organizado un programa para capacitar a agentes de salud comunitaria de modo de alentar la participación masculina en la atención de la salud reproductiva, al enseñar a los hombres que el embarazo y el parto son cuestiones de la familia y no sólo “asuntos de mujeres”.

206. Se reconoce cada vez más que es imprescindible realizar tareas en beneficio de los niños varones y los jóvenes. Algunos países fortalecieron leyes que apoyan el papel de los hombres en la familia, especialmente en lo concerniente a mantener a los niños. No obstante, es escaso el adelanto que se ha logrado en la aplicación de leyes relativas a la violencia contra la mujer y, en general, no se ha podido involucrar mucho a los hombres en esta cuestión.

Servicios de salud reproductiva para los refugiados

207. Hasta hace poco, al prestar servicios de salud en situaciones de emergencia no se consideraba que los servicios de salud reproductiva fueran prioritarios. No obstante, en el Programa de Acción de la CIPD se reconoció la necesidad de asegurar la vigencia de los derechos reproductivos y proporcionar atención de la salud reproductiva, dado que en esos casos siguen existiendo las necesidades en materia de salud reproductiva. Esto es especialmente cierto en lo concierne a los adolescentes y las mujeres. Además, durante las situaciones de emergencia, las mujeres corren mayores riesgos de sufrir violencia sexual y violación.

208. Después de la CIPD, se ha garantizado cada vez más la atención de la salud reproductiva en todas las situaciones de emergencia, debido a la mayor capacidad y los mejores mecanismos de respuesta por parte de la comunidad internacional. Una iniciativa de organismos de las Naciones Unidas y ONG internacionales fue decisiva para elaborar en colaboración un enfoque coordinado de la salud reproductiva, que abarcó la preparación de un manual de salud reproductiva en que se detalla un conjunto básico de servicios para situaciones de emergencia, entre ellos, la atención de la maternidad; la planificación de la familia, incluida la anticoncepción de emergencia; y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. También se han preparado botiquines de salud reproductiva de emergencia, que se han acopiado para posibilitar su distribución inmediata cuando sea necesario.

209. En 1995, se estableció un Grupo Interinstitucional de Trabajo bajo la coordinación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en que están representadas 30 ONG, además de organismos de las Naciones Unidas, organismos gubernamentales e instituciones donantes; dicho Grupo se encarga de organizar y facilitar los servicios de salud reproductiva en todas las situaciones de emergencia. Como resultado, se preparó un conjunto mínimo inicial de servicios (MISP), que consta de los recursos materiales necesarios para prestar los servicios, incluidos medicamentos esenciales, suministros y equipo quirúrgico básico²⁰.

210. También en 1995, el Consorcio de Salud Reproductiva para Refugiados (RAH) fue constituido y financiado por organizaciones que ofrecen servicios sobre el terreno, organizaciones de salud pública y grupos normativos y de promoción. Se prepararon manuales y materiales para el diagnóstico de las necesidades.

211. Aun cuando ha mejorado la capacidad de los mecanismos de la comunidad internacional para responder a situaciones de emergencia y ahora se ofrecen servicios de salud reproductiva en etapas más tempranas de casos de emergencia, sigue siendo limitada la disponibilidad de personal de salud de emergencia bien capacitado en la prestación de servicios de salud reproductiva y la provisión de información al respecto.

Componentes de los servicios de salud reproductiva

212. Si en el diseño general de sus programas, los países han tratado o bien de lograr la integración de los servicios, o bien una mayor calidad de la atención o bien un mayor acceso a los servicios, sea cual fuere la opción buscada, puede detectarse un enfoque más integral de la salud reproductiva si se consideran los adelantos en sus componentes clave. Dentro del concepto de salud reproductiva integrada e integral, hay tres cuestiones centrales que se han puesto de manifiesto con carácter de preocupaciones mundiales:

C Satisfacer las necesidades de servicios de planificación de la familia;

C Velar por la salud de las madres y prevenir y atender el aborto realizado en malas condiciones; y

C Prevenir y tratar las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)

Por otra parte, algunos países están abordando cada vez más otras cuestiones de salud reproductiva, entre ellas, la prevención del cáncer de cuello de útero, del cáncer de mama y de la infecundidad.

Satisfacción de la necesidad de servicios de calidad de planificación de la familia

213. Asegurar que las personas estén en condiciones de escoger entre procrear o no y, en caso afirmativo, de elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos, no sólo es fundamental para mejorar la salud de todos, sino que también garantiza un derecho humano. Para que las parejas y los individuos puedan decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, es necesario que dispongan de una gama completa de métodos seguros y eficaces de planificación de la familia, los cuales deben satisfacer las preferencias expresadas por las personas y ser accesibles y costeables.

214. En 1998, casi todos los países habían afirmado el derecho de las parejas y los individuos a elegir el número y el espaciamiento de sus hijos y tener acceso a la información y los medios de hacerlo. Sólo dos Estados Miembros seguían limitando severamente el acceso a la planificación de la familia²¹.

215. En muchos países se están derogando las políticas que limitan el acceso a los servicios de planificación de la familia. Asimismo, en muchos países se están enmendando las reglamentaciones y las políticas relativas a cuestiones como la autorización del cónyuge, el estado civil y el límite de edad, o las que deniegan servicios a adolescentes, a mujeres solteras, divorciadas o viudas y a mujeres que desean aplazar o espaciar sus embarazos pero que no pueden negociar esta situación con sus esposos. Por otra parte, hacia 1997 había todavía 14 países que estipulaban la necesidad de la autorización del cónyuge para que las mujeres recibieran servicios anticonceptivos y otros 60 países que requerían la autorización del esposo para el empleo de métodos permanentes²².

216. La planificación de la familia siguió siendo el aspecto central de la mayoría de los programas. No obstante, en la mayoría de los países en que había comenzado a aplicarse lo acordado en la CIPD, la primera medida fue la aplicación de un enfoque de salud reproductiva a la planificación de la familia. Esto significa que ahora, las acciones deben estar más centradas en satisfacer las necesidades de los clientes. Ello incluye la reconsideración de la gama de métodos anticonceptivos ofrecidos; la prestación de servicios de asesoramiento e información para posibilitar la elección de anticonceptivos en el marco de la evaluación de la situación de cada persona en lo concerniente a la sexualidad, las relaciones de pareja, las cuestiones de género y el contexto social; y la provisión de información y asesoramiento sobre los efectos secundarios y la manera de tratarlos. Al respecto, cumplen funciones de liderazgo muchas ONG, como las asociaciones de planificación de la familia que son miembros de la IPPF, y las ONG de mujeres. Por otra parte, también se están logrando adelantos en los programas nacionales. Por ejemplo, en 1995 se introdujo en la India el “enfoque exento de metas” en que se descartaron las metas demográficas y en materia de números de usuarios de anticonceptivos y se las reemplazó con un enfoque de “diagnóstico de las necesidades comunitarias”. En forma similar, China estaba tratando de efectuar la transición desde la fijación de cuotas para el número de embarazos hacia un enfoque centrado en el cliente y basado en la opción reproductiva, mediante un programa introducido por el FNUAP que comenzó a ejecutarse en 32 condados de todo el país.

217. Algunos países han adoptado enfoques relativos a la calidad de la atención, en los que se incluye contar

con instalaciones apropiadas para prestar los servicios y con tecnología apropiada; y capacitar al personal en asesoramiento del cliente y aptitudes de comunicación, además de disponer de una gama de métodos anticonceptivos. De las clínicas estudiadas en cinco países de África al sur del Sahara, un 81% tenían en existencia al menos cuatro tipos de métodos anticonceptivos²³.

218. Pese al alentador hincapié en mejorar los factores determinantes de la calidad de la atención, esto no ha conducido automáticamente a que los clientes reciban en la práctica una atención de buena calidad. En un examen de cinco estudios relativos a análisis de situación se comprobó que en las clínicas que poseían en sus existencias cuatro o más tipos de métodos anticonceptivos, de los nuevos clientes interesados en el espaciamiento de los alumbramientos, habían recibido información sobre al menos tres métodos sólo un 34%. Además, en las clínicas donde se disponía de materiales informativos, estos se utilizaban en la práctica en menos de la quinta parte de las interacciones entre los clientes y quienes prestaban los servicios. Además, entre un 23% y un 88% de los encargados de prestar servicios que disponían de agua sin dificultad, no se lavaban las manos antes de efectuar un examen pelviano²⁴.

219. Algunos países han logrado adelantos en cuanto a asegurar que en los servicios de planificación de la familia se obtenga el consentimiento bien fundamentado de los clientes. Por ejemplo, en Bangladesh, México y el Perú y en algunos estados de la India, los encargados de prestar los servicios estaban mejor capacitados para proporcionar información y para obtener el consentimiento plenamente voluntario de los clientes.

220. En la mayoría de los países en desarrollo que disponen de datos sobre tendencias, se verificó un aumento sustancial en el uso de métodos anticonceptivos. El aumento anual general en la prevalencia del uso de anticonceptivos en países en desarrollo, tras ponderar esa cantidad por el número de mujeres casadas en edad de procrear²⁵ se calculó en 1,2 puntos porcentuales por año.

221. Aun cuando parecería que en muchos países en desarrollo se hubiera registrado un aumento sustancial en el uso de anticonceptivos, varios indicadores sugieren que el nivel de las necesidades insatisfechas siguió siendo alto, aproximadamente del 20% al 25% de las parejas. En cuanto a los grupos regionales, el nivel de las necesidades insatisfechas era más alto en África al sur del Sahara (29%) y más bajo en América Latina y el Caribe (18% y 20%)²⁶.

222. A partir de 1994, se dispuso de dos nuevos métodos anticonceptivos: productos inyectables a utilizar una vez por mes y condón femenino. Aproximadamente 22 países de África al sur del Sahara estaban comenzando a ofrecer el condón femenino, reconociendo claramente que las mujeres necesitan un método que puedan controlar. Además, las investigaciones han demostrado que el dispositivo intrauterino CUT380A mantiene ahora su efectividad durante diez años. Las organizaciones de investigaciones siguieron esforzándose por incrementar la seguridad de los anticonceptivos y ejercer vigilancia al respecto después de la comercialización.

223. Después de 1994, la anticoncepción de emergencia ha pasado a ser mejor conocida y más accesible. Responde a las necesidades concretas de las mujeres que están expuestas a relaciones sexuales sin protección y puede actuar sin tardanza para prevenir un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia se ha introducido en varios países, donde también se está impartiendo capacitación al respecto²⁷.

224. En 1998, el uso de quinacrina para la esterilización médica femenina, que la OMS nunca consideró que reuniera condiciones de seguridad, fue finalmente prohibido por la *Federal Drug Administration* (Administración Federal de Medicamentos) de los Estados Unidos, la cual también solicitó al promotor de ese

producto en los Estados Unidos que discontinuara su distribución en ese país y entregara todas sus existencias²⁸.

225. Entre 1994 y 1996 aumentó en un 15% el apoyo de los donantes a los anticonceptivos²⁹. En forma desglosada por región, el apoyo de los donantes a los anticonceptivos en la región de Asia y el Pacífico se duplicó en 1996 respecto del año anterior. La principal causa de esa duplicación fue que se ampliaron las operaciones de comercialización social en la zona. En el período 1995-1996, el apoyo de donantes para la región de África fue superior en 52% al bienio anterior. Hay iniciativas a escala mundial y nacional entre el público, los donantes y el sector comercial a fin de ampliar el papel de dicho sector en los países en desarrollo para la comercialización de anticonceptivos hormonales a menor precio entre quienes pueden costearlos.

226. La diversificación de los encargados de prestar servicios ha mejorado el acceso a los servicios de planificación de la familia en muchas partes del mundo. Por ejemplo, en 1997 la comercialización social aumentó en un 13%. Ese mismo año, se beneficiaron con la comercialización social más de 16 millones de parejas en 55 países, en comparación con 14,4 millones en 1996. Esos grandes aumentos fueron mayormente el resultado de los programas realizados en la India e Indonesia. En 1997, en virtud de los programas de comercialización social se vendieron en total 937 millones de condones, lo cual representó un aumento del 20% respecto del año anterior. La venta de más de 900 millones de condones refleja la importancia de la comercialización social, especialmente en circunstancias en que persiste la epidemia de SIDA³⁰.

227. El acceso a los servicios de planificación de la familia aumentó espectacularmente en los países del Asia central: Kazakstán, Uzbekistán y Kirguistán. En esos tres países, un 59% de las parejas casadas estaban utilizando métodos anticonceptivos, incluidos métodos modernos y tradicionales, en comparación con menos del 20% en 1990³¹.

228. Pese a los adelantos en la tecnología de los anticonceptivos y la prestación de servicios de planificación de la familia, hay muchas personas cuyo acceso a la información y los servicios está gravemente restringido por obstáculos logísticos, sociales y del comportamiento. Esos obstáculos pueden superarse haciendo gala de sensibilidad respecto de las cambiantes necesidades de los usuarios y sus limitaciones y prestando mayor atención a los sistemas logísticos, la capacidad de gestión y la información pública. Si se ofrecen servicios de planificación de la familia en el marco de servicios integrales de salud reproductiva y se alienta a los hombres a que acepten y apoyen las opciones anticonceptivas de sus compañeras, así se contribuirá a la eliminación de aquellas barreras.

229. Los métodos de regulación de la fecundidad masculina siguen siendo sumamente inadecuados. Al respecto, los donantes y las entidades del sector privado deberían incrementar sus inversiones en la investigación y el desarrollo de nuevos métodos para el hombre, así como métodos de barrera controlados por la mujer, a fin de prevenir el contagio con las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo.

Promoción de la salud de la mujer y la maternidad sin riesgos

230. Hay en este momento mayor conciencia que hace 10 años acerca de los riesgos de mortalidad y morbilidad derivada de la maternidad, debido al impulso generado por la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos, reforzado por la CIPD y otras conferencias de las Naciones Unidas. Las entidades internacionales que se ocupan de salud y desarrollo han reconocido que la mortalidad derivada de la maternidad es un problema tanto de desarrollo como de derechos humanos. La OMS y el UNICEF han estimado que en 1990 se perdieron 585.000 vidas de mujeres por causas relacionadas con la maternidad. Por cada mujer que pierde la vida, hay

muchas más que padecen lesiones o trastornos de salud graves. La meta de la CIPD es reducir hasta la mitad hacia el año 2000 los niveles de mortalidad derivada de la maternidad existentes en 1990. Si bien es difícil efectuar mediciones con precisión, es evidente que las tasas de mortalidad derivada de la maternidad en África al sur de Sahara y Asia siguen siendo las más altas³² y, más generalmente, que las mujeres de países en desarrollo enfrentan un riesgo inaceptable y mucho mayor de muerte a causa del embarazo y el parto (1 en 48) que las mujeres que viven en países desarrollados (1 en 1.800).

231. En 1997, una importante reunión técnica consultiva celebrada en Colombo (Sri Lanka) y organizada por el Grupo Interinstitucional sobre Maternidad sin Riesgos (integrado por el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial, la OMS, la IPPF y el *Population Council*) examinó las estrategias y enfoques para la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. La reunión llegó a la conclusión de que impartir capacitación a las parteras tradicionales, ofrecer detección prenatal de los embarazos de alto riesgo y ofrecer botiquines simples para el parto no era suficiente. Las mujeres deberían tener acceso a personal capacitado que preste asistencia durante el parto y a tratamientos que salven sus vidas, respaldados por servicios de transporte en caso de que sea necesario remitir a las pacientes con carácter de emergencia a establecimientos de mayor capacidad; y también derecho a la atención posterior al parto. A fin de alcanzar esta meta, era necesario impartir capacitación a suficientes cantidades de agentes de salud idóneos – primordialmente parteras – y asignarlos a los servicios, especialmente en zonas rurales. Era necesario también que esos agentes de salud estuvieran apoyados con suficientes suministros y equipo, normas que reglamentaran la realización de los procedimientos necesarios, y supervisión y vigilancia de apoyo. Las parteras tradicionales, capacitadas o no capacitadas, no se califican de personal idóneo³³.

232. En la reunión también se reconoció que era necesario que las mujeres tuvieran mayor autonomía y dispusieran de mayor cantidad de opciones. La mejor educación de las niñas y las mujeres y la ampliación de su acceso a oportunidades de obtener ingresos y adquirir conocimientos prácticos para la vida podrían ayudarlas a mejorar su condición y su acceso a los recursos. De esta manera, las niñas y las mujeres podrían evitar mejor los trastornos de salud reproductiva y la maternidad en condiciones deficientes, incluso antes de ocurrir un embarazo.

233. Pese al limitado adelanto general, algunos gobiernos invirtieron recursos y elaboraron enfoques innovadores, algunos de ellos iniciados antes de la CIPD. En Túnez, por ejemplo, en 1990 se inició el Programa de Maternidad sin Riesgos a fin de mejorar la calidad de la cobertura de los servicios de salud de la madre y el neonato. Después de la CIPD, el Ministerio de Salud elaboró una estrategia integral de salud reproductiva incorporando otros componentes, como la detección de cánceres del aparato reproductor y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. En Indonesia, mejoró sustancialmente la cobertura de atención prenatal y de partos supervisados, después de que el Gobierno hubo elaborado un programa para capacitar a más de 54.000 parteras de la comunidad. En Ghana, Nigeria, Uganda y Viet Nam, se prepararon proyectos de capacitación de parteras en conocimientos prácticos para salvar vidas, empleando un conjunto de materiales de capacitación preparado por el *American College of Nurse Midwives* (Colegio Estadounidense de Enfermeras y Parteras). Los conocimientos prácticos impartidos durante la capacitación fueron los necesarios para salvar las vidas de las mujeres durante emergencias obstétricas, incluida la evaluación de los riesgos, la resolución de problemas y la conducción clínica. En un distrito de Uganda, el Ministerio de Salud inició un proyecto piloto a fin de establecer un sistema sostenible de remisión de pacientes que abarcaba el fortalecimiento de los establecimientos de mayor complejidad que recibían pacientes, y las mejores comunicaciones y transportes. Como resultado, entre 1995 y 1996 se triplicaron las remisiones de casos obstétricos y las operaciones cesáreas³⁴.

234. Las acciones para atender la salud de las madres figuran entre las que tienen mayor eficacia en función de los costos en el sector de salud. Un reto fundamental para mejorarlas es modificar los establecimientos de salud existentes, los sistemas logísticos y la capacitación para asegurar una atención apropiada y eficaz. Otro reto es superar las barreras sociales que se oponen al acceso a los servicios.

Prevención y tratamiento del aborto realizado en malas condiciones

235. La OMS estima que cada año se practican en los países en desarrollo unos 20 millones de abortos en malas condiciones y que, a raíz de ellos, pierden la vida unas 70.000 mujeres, o sea, el 13% de las defunciones derivadas de la maternidad³⁵. Los países, en su mayoría, están fortaleciendo las acciones de prevención de los embarazos no deseados y algunos están tratando más sistemáticamente de reducir los efectos sobre la salud del aborto realizado en malas condiciones, que siguen constituyendo motivo de gran preocupación en materia de salud pública. En un estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher sobre las leyes relativas al aborto en 152 países y territorios con poblaciones de un millón o más de habitantes se comprobó que, a partir de 1985, 19 países (entre ellos, tres después de 1994) promulgaron leyes nuevas sobre el aborto o modificaron las existentes a fin de ampliar el acceso y la gama de opciones de las mujeres.

236. La prevención de los embarazos no deseados es el objetivo primordial de todos los programas de planificación de la familia o de los componentes de planificación de la familia de los programas de salud reproductiva. La correlación de esas acciones con las tasas decrecientes de aborto se ejemplifica en tres países del Asia central: Kazakstán, Uzbekistán y Kirguistán. Los datos de los respectivos ministerios de salud indican que a partir de comienzos de este decenio, en esos tres países la utilización de métodos anticonceptivos modernos aumentó entre un 30% y un 50%³⁶. Al mismo tiempo, las tasas de aborto registrado disminuyeron hasta en un 50%.

237. Las altas tasas de aborto son también características de varios países de Europa oriental, y también en esos países se está tratando de subsanar esa situación. Un interesante ejemplo es el de Rumania, donde la planificación de la familia era ilegal durante el anterior régimen de gobierno. En consecuencia, las tasas de mortalidad derivada de la maternidad a raíz de abortos realizados en malas condiciones eran sumamente altas. A partir de diciembre de 1989, en que se promulgó una ley sobre el aborto, se produjo una espectacular reducción en la tasa de mortalidad derivada de la maternidad. Por otra parte, para reducir aún más dicha tasa de mortalidad causada por complicaciones del aborto, se asignó prioridad a la promoción de métodos modernos de planificación de la familia, dentro de lo establecido por las leyes³⁷.

238. Varios países –entre ellos, países de África: Ghana, Etiopía, Kenya, Malawi, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe; y países de América Latina: el Brasil, Chile, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, el Paraguay y el Perú – han prestado atención a reducir los efectos sobre la salud del aborto realizado en malas condiciones ofreciendo servicios posteriores al aborto. En 1997, más de 114 hospitales y centros de salud de México estaban utilizando la aspiración manual al vacío (MVA) para el tratamiento del aborto incompleto. En Ghana, se realizó un estudio sobre la capacitación de parteras que trabajan en la atención primaria y la atención secundaria de la salud para que pudieran ofrecer atención posterior al aborto, incluido el tratamiento del aborto incompleto. El estudio demostró la viabilidad y el carácter aceptable de autorizar a agentes de salud de categoría intermedia para que ofrezcan atención posterior al aborto y tuvo repercusiones de vastos alcances en cuestiones como una mejor remisión de clientes a los hospitales de zona, una mejor educación comunitaria acerca del aborto realizado en

malas condiciones y un mayor prestigio de esas parteras en sus comunidades³⁸.

VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual

239. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) estima que actualmente hay 33,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, de las cuales 5,8 millones se contagiaron en 1998, la mayoría de ellas debido a relaciones sexuales sin protección. Según se calcula, desde que comenzó la epidemia, se han producido 13,9 millones de defunciones a causa del SIDA y de ellas, 2,5 millones ocurrieron en 1998³⁹. También se estima que la mitad de los nuevos contagios afectan a jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. La epidemia de VIH/SIDA se cobra el mayor número de víctimas en África al sur del Sahara, donde viven 20,8 millones de personas infectadas, o cerca del 70% del total. En 29 países de esta región, la esperanza de vida al nacer ya es inferior en siete años a lo que habría sido en ausencia del SIDA. Además, viven en África al sur del Sahara 7,8 millones de niños que han quedado huérfanos debido a esa enfermedad, o sea el 95% de ellos. No obstante, varios países aún no reconocen que el VIH constituye una grave amenaza a la salud pública⁴⁰.

240. El programa UNAIDS, que comenzó sus operaciones después de la CIPD, es copatrocinado por el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el FNUAP, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la OMS y el Banco Mundial. La misión del programa UNAIDS es conducir, fortalecer y apoyar una respuesta amplia encaminada a prevenir la propagación del VIH, ofrecer atención y apoyo y reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA de individuos y comunidades, en plena colaboración con los organismos de las Naciones Unidas que lo copatrocinan. A partir de enero de 1996 se han establecido en la mayoría de los países grupos temáticos del programa UNAIDS, integrados por representantes de las organizaciones copatrocinantes y, en algunos lugares, también por representantes de otras partes interesadas, con el propósito de incrementar la eficiencia y eficacia de la respuesta del sistema de las Naciones Unidas y coordinar las actividades relativas al VIH/SIDA entre los organismos copatrocinantes y con los programas nacionales de lucha contra el SIDA. En varios países, entre ellos el Brasil, Chile, Jordania, la República Democrática del Congo, Rwanda y Swazilandia, las ONG también están representadas en el grupo temático o el grupo técnico de trabajo.

241. Hay acuerdo general acerca de que la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, deben ser componentes integrales de los programas de salud reproductiva. Después de la CIPD, se ha prestado suma atención a elaborar estrategias y mecanismos operacionales. Se han realizado estudios que han demostrado la viabilidad de la integración. Concretamente, los programas de salud reproductiva pueden reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA por los siguientes medios:

- C Proporcionar información y asesoramiento que aborde cuestiones de importancia crítica, como las relaciones humanas, incluida la sexualidad, los papeles de género y los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres, así como la transmisión del VIH de la madre al hijo;
- C Distribuir condones femeninos y masculinos; y
- C Proporcionar diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, elaborando estrategias para rastrear los contactos anteriores de los enfermos y remitir las personas infectadas con el VIH para que reciban otros servicios.

242. Los estudios de algunos casos indican que la capacitación de los encargados de prestar servicios y el apoyo a éstos es insuficiente, especialmente en lo concerniente a actividades como información y comunicación, y asesoramiento. Por ejemplo, en los estudios de cuatro casos en el África oriental y meridional se destaca la necesidad de que los encargados de prestar servicios posean suficiente capacitación y dispongan de equipo y elementos auxiliares para ofrecer los servicios. En esos estudios también se determina que son factores importantes para el éxito de la integración que los encargados de prestar servicios estén dispuestos a hablar de la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual con sus clientes y que estén en condiciones de detectar correctamente los casos en que hay riesgos.

243. Evidentemente, la educación de los jóvenes reviste importancia crítica para promover el cambio de los comportamientos en las relaciones humanas, y el cambio de los valores y las normas relativos a los papeles de género y los desequilibrios de poder por motivos de género. En 64 países, se ha prestado apoyo a la integración de módulos de prevención del VIH/SIDA en programas de educación escolar y extraescolar. Según un estudio acerca del efecto de la educación preventiva sobre el comportamiento sexual de los jóvenes, realizado en 1997 por el programa UNAIDS, la educación sexual de buena calidad ayuda a los adolescentes a aplazar la iniciación de las relaciones sexuales y a incrementar las prácticas sexuales en condiciones de seguridad⁴¹. El valor de las acciones bien centradas puede percibirse en Uganda, donde se adoptó un enfoque directo e integral para abordar el problema entre los jóvenes en particular, y donde actualmente se están estabilizando las tasas de prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes.

244. Las tecnologías de prevención y lucha contra el VIH/SIDA siguen siendo insuficientes. Aún no se dispone de una vacuna, pero un adelanto importante ha sido el desarrollo del condón femenino, el único método de barrera controlado por la mujer que puede proteger contra el contagio del VIH. Varios países ya han introducido este nuevo método como resultado de la demanda organizada por grupos de mujeres y en reconocimiento de la importancia de apoyar el control de la mujer en esta cuestión. Hay indicios de que disminuirá el precio en el sector público, en respuesta al aumento de la demanda. En lo concerniente a los microbicidas, se han encontrado 40 nuevos productos con buenas perspectivas y 15 de ellos están ahora en la etapa de los ensayos clínicos.

245. El programa UNAIDS, el FNUAP, el UNICEF y la OMS iniciaron en 1998 un nuevo proyecto a fin de reducir el contagio con el VIH de la madre al hijo en los países de bajos ingresos. El proyecto tiene el propósito de ofrecer a las mujeres embarazadas pruebas de laboratorio voluntarias y confidenciales para la detección del VIH y asesoramiento psicológico, así como proporcionar a las mujeres que descubren que se han contagiado la provisión de medicamentos contra retrovirus, una mejor atención del parto, métodos sin riesgos de alimentación del lactante, asesoramiento postnatal y servicios de planificación de la familia. La iniciativa tiene el propósito de reflejar en la acción las conclusiones de la investigación sobre la eficacia de regímenes de administración de medicamentos durante lapsos breves en aproximadamente 11 países piloto, como por ejemplo un estudio en Tailandia que comprobó que la administración durante un mes de medicamentos contra retrovirus había reducido en la práctica a la mitad el riesgo de contagio con el VIH de niños no amamantados hijos de mujeres con reacción serológica VIH positiva.

Acción futura necesaria

246. A fin de alcanzar plenamente las metas y objetivos del Programa de Acción de la CIPD en materia de

salud reproductiva y derechos reproductivos, es preciso prestar mayor atención a diversas cuestiones clave. Las futuras acciones deben basarse en los principios, las metas y los objetivos adoptados por la CIPD, que hacen hincapié en la universalidad de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos de mujeres, hombres y adolescentes, y la necesidad de entablar alianzas de todo tipo para posibilitar que los gobiernos alcancen los objetivos del Programa de Acción de la CIPD.

Formulación de políticas de salud reproductiva

247. Los gobiernos deberían velar por que los procesos de preparación de planes nacionales de salud, incluida la reforma del sector de salud, tomen plenamente en cuenta las necesidades de su población en materia de salud sexual y salud reproductiva.

248. Tanto los gobiernos como los donantes deberían facilitar y financiar los procesos de formulación de políticas con participación de los interesados en que se incluyera a representantes de todos los interesados directos. A fin de asegurar un adelanto eficaz y la rendición de cuentas, las políticas deben abarcar planes de ejecución estratégica que tome en cuenta los recursos humanos, la capacidad institucional y la disponibilidad de recursos.

249. Los gobiernos deberían promulgar y aplicar las leyes y políticas que se requieran para satisfacer los compromisos asumidos en El Cairo, utilizando todos los medios necesarios y apropiados, como la derogación de leyes restrictivas. Los gobiernos deberían seguir promoviendo la reorientación del sistema de salud para asegurar que las políticas, los planes estratégicos y todos los aspectos de la realización de programas se basen en los derechos, abarquen el ciclo vital y estén al servicio de todos.

250. Los gobiernos deberían realizar inversiones en la capacitación de parlamentarios, legisladores y miembros de los medios de difusión acerca de la importancia del Programa de Acción.

251. Los gobiernos deberían involucrar en la formulación y aplicación de políticas no sólo al sector de salud sino a todos los sectores pertinentes.

252. Los gobiernos deberían preparar programas de salud reproductiva basados en el diagnóstico de las necesidades de salud sexual y salud reproductiva y que involucren plenamente a todos los interesados directos.

253. Los gobiernos deberían velar por que se posibilite que las ONG y las entidades del sector privado efectúen la contribución más amplia posible a los programas nacionales de salud reproductiva.

254. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían asegurar que se satisfagan continuamente las necesidades en materia de salud reproductiva de los individuos, especialmente las mujeres y los adolescentes, en situaciones de emergencia.

Realización de programas de buena calidad de salud sexual y salud reproductiva

255. A fin de que los servicios y sistemas de gestión verticales se vayan transformando en sistemas integrados de atención integral, será necesario que los gobiernos, con el apoyo de los donantes y las ONG, realicen diversas acciones, como se indica a continuación:

- C Lograrla integración estructural de los servicios de salud reproductiva o, al menos, su integración funcional, incluidos sistemas eficaces de remisión de pacientes, capacitación y supervisión;
- C Aumentar las inversiones en las normas de prestación de servicios, maximizando el aprovechamiento de los recursos existentes a fin de proporcionar servicios de buena calidad, y realizar evaluaciones continuas;
- C Aumentar las inversiones en la capacitación, a fin no sólo de impartir aptitudes técnicas, sino también de preparar a los encargados de prestar servicios para que se comuniquen claramente y con empatía y respeto por los derechos humanos, la igualdad de género (incluido el reconocimiento de la violencia contra la mujer) y la dignidad, y promuevan la atención en condiciones de respeto; y
- C Mejorar los marcos reglamentarios y sus aplicaciones para velar por una atención de la salud de alta calidad.

256. Todos los encargados de prestar servicios de salud reproductiva deberían recibir capacitación en servicios de salud reproductiva integrados, la cual iría aumentando la posibilidad de que ofrecieran servicios adicionales de salud reproductiva en el plano de la atención primaria de la salud.

Fortalecimiento de la comunicación y la educación

257. Los gobiernos, así como las ONG, deberían intensificar sus acciones a fin de evaluar la eficacia de las técnicas y los materiales de comunicación y difundirlos ampliamente. El contenido debería abordar todos los aspectos apropiados de la salud sexual y la salud reproductiva, incluidas la sexualidad, las relaciones de poder entre hombres y mujeres y la violencia.

258. Debería alentarse a los medios de difusión de masas a que transmitieran imágenes y mensajes respetuosos de las mujeres y de los hombres, fomentaran la salud positiva de los adolescentes y promovieran la igualdad de género.

Mayor acceso a los servicios de salud para adolescentes

259. Los gobiernos deberían formular y aplicar planes nacionales de inversiones en los jóvenes, los cuales deberían incluir educación, enseñanza de oficios, oportunidades de generación de ingresos y servicios de salud sexual y salud reproductiva e información al respecto. Debería prestarse atención especial a la igualdad y equidad de género y a los jóvenes que están en situación desventajosa debido a la pobreza, el lugar de residencia o la discapacidad.

260. Los gobiernos deberían velar por que los programas de salud sexual y salud reproductiva abarcaran más que “educación sexual” y provisión de anticonceptivos. Esos programas deberían incluir atención primaria de la salud y detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, eficaces servicios de remisión de pacientes y asesoramiento relativo a la sexualidad que fomente la autoestima y promueva la igualdad de género e imparta conocimientos prácticos a fin de desarrollar aptitudes de amplia base para la vida, incluida la capacitación para que los jóvenes puedan infundir respeto y adoptar decisiones y puedan así resistir la presión

que ejerzan los demás jóvenes o las situaciones abusivas y puedan asimilar sus sentimientos sexuales y las insinuaciones sexuales, tanto bien recibidas como mal recibidas.

Incremento de la responsabilidad masculina

261. Los gobiernos, junto con las ONG y las organizaciones internacionales, deberían intensificar su apoyo a la promoción de la responsabilidad masculina respecto de la salud reproductiva y la salud sexual, incluido el respeto de los derechos humanos, el apoyo al acceso de sus compañeras a servicios de salud reproductiva y la mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos. Es preciso ampliar la información y el acceso a métodos anticonceptivos que proporcionen protección contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, como medio de ayudar a los hombres a asumir responsabilidad por su propio comportamiento reproductivo y sexual.

Satisfacción de la necesidad de servicios de calidad de planificación de la familia

262. Los gobiernos deberían intensificar sus acciones para velar por el acceso a la gama completa de métodos anticonceptivos seguros, incluidas las nuevas opciones, como el condón femenino y la anticoncepción de emergencia.

Promoción de la salud de la mujer y la maternidad sin riesgos

263. Los gobiernos y los donantes deberían realizar inversiones en capacitar a agentes de salud idóneos y en asegurar un acceso efectivo a hospitales de primer nivel bien dotados de personal y equipo para la remisión de pacientes, incluida la provisión de medios de transporte, e intensificar mucho más sus acciones a fin de ayudar a la comunidad – en particular a los hombres – a comprender y aceptar sus papeles y responsabilidades en cuanto a prevenir la mortalidad derivada de la maternidad.

Prevención y tratamiento del aborto realizado en malas condiciones

264. Los gobiernos deberían capacitar y equipar al personal de salud para que preste servicios posteriores al aborto y proporcione información fidedigna, asesoramiento compasivo y planificación de la familia posterior al aborto.

265. Los organismos internacionales deberían elaborar un sistema de vigilancia de la aplicación de las disposiciones del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD.

Servicios para el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

266. Los países deberían incrementar el acceso a los condones femeninos. Es urgentemente necesario efectuar inversiones en investigación y desarrollo de microbicidas, tests de diagnóstico más simples y tratamientos con una única dosis. En las campañas sobre los servicios y la comunicación es preciso incluir cuestiones relativas a la sexualidad y las diferencias de poder entre hombres y mujeres.

267. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían velar por que la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, pasen a ser parte integrante de los programas de salud reproductiva, particularmente en el plano de la atención primaria de la salud.

268. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían asignar prioridad en el más alto plano político a la prevención del VIH/SIDA y la lucha contra esta enfermedad, y centrar de inmediato sus principales acciones en los países más gravemente afectados del África meridional.

Capítulo V. CONCERTACIÓN DE ALIANZAS

Establecimiento de alianzas con el sector no gubernamental

269. La CIPD constituyó un hito en la formulación de políticas a escala internacional. Se ha transformado en sinónimo del espíritu de inclusión, cooperación y consenso para una nueva generación de políticas relativas a la salud reproductiva y la población sobre la base de los derechos humanos, la igualdad y equidad de género y las alianzas. El Programa de Acción es un instrumento intergubernamental aprobado por 179 gobiernos; asimismo, refleja los debates extraoficiales entre delegados gubernamentales y representantes de ONG durante la CIPD. El Programa de Acción reconoce que, a fin de llevar a la práctica la transición conceptual hacia un enfoque que haga hincapié en el desarrollo centrado en el ser humano y el concepto de salud sexual y salud reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital, dentro del marco más amplio del desarrollo humano sostenible, se necesitaría una colaboración interactiva y de amplia base entre los gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil², en especial las ONG y las entidades del sector privado. Por consiguiente, el Programa de Acción exhorta a promover una alianza eficaz entre todos los planos gubernamentales y la gama completa de ONG y grupos de comunidades locales en el diseño, la realización, la coordinación, la vigilancia y la evaluación de las políticas y los programas de población. También exhorta a fortalecer la alianza entre gobiernos, organizaciones internacionales y entidades del sector privado a fin de determinar nuevas esferas de cooperación; e insta a promover el papel del sector privado en la prestación de servicios y la producción y distribución de productos y anticonceptivos de alta calidad para los servicios de salud reproductiva y planificación de la familia, que sean accesibles y costeables para los sectores de la población de bajos ingresos.

270. Cuatro años después de la Conferencia de El Cairo, los cambiantes paradigmas de desarrollo han transformado los papeles del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional. Se ha puesto de manifiesto que las alianzas son elementos básicos del proceso de apoyo y promoción de la aplicación del Programa de Acción, tanto verticalmente como horizontalmente. Después de la CIPD, se han introducido en muchas partes del mundo importantes cambios que han sobrecargado las estructuras políticas, económicas y sociales existentes y han proporcionado nuevas oportunidades al respecto. Los cambios han contribuido a crear un ámbito público que sostiene la idea de una sociedad civil. Las nuevas estructuras que están surgiendo están creando diferentes dispositivos institucionales, que han justificado mucho más ampliamente la inclusión de las entidades de la sociedad civil en un proceso integral de desarrollo.

271. Se ha puesto cada vez más de manifiesto que los gobiernos no pueden proporcionar por sí mismos servicios de desarrollo que satisfagan todas las necesidades y aspiraciones básicas, humanas y sociales, de sus ciudadanos. La participación de la sociedad civil en la iniciación y el mantenimiento de la transformación social y económica, ha pasado a ser indispensable en circunstancias de mundialización económica, privatización, limitación de los recursos y reducción y descentralización de los mecanismos gubernamentales. Al mismo tiempo, las nuevas tecnologías de la información están transformando espectacularmente el contexto mundial del intercambio de información y el intercambio de ideas y experiencias entre ciudades y comunidades. La plena participación de organizaciones y líderes de la sociedad civil revestirá una importancia cada vez más crítica, en particular en lo relativo a la provisión de servicios de salud reproductiva e información al respecto, así como las acciones de promoción y movilización social, a fin de impulsar el logro de las metas del Programa de Acción.

272. Al pasar revista a los adelantos logrados en los últimos cinco años en cuanto al alcance de las acciones de colaboración con la sociedad civil, hay motivo de optimismo. Se han logrado importantes adelantos en

esferas de procedimiento, como cambios positivos en el concepto de participación y en los procesos de consulta; reconocimiento de los cambiantes papeles de la sociedad civil; aceptación creciente de enfoques de desarrollo innovadores y variados, incluidas modalidades descentralizadas y basadas en la comunidad; y mejores alianzas entre organismos y órganos de las Naciones Unidas. En forma similar, también ha cambiado el contexto del discurso y la acción sustantivos de todas las partes, y va en aumento la conciencia sobre los aspectos del desarrollo y las cuestiones económicas pertinentes a la sociedad; creciente reconocimiento de la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos; la aceptación cada vez mayor de los conceptos y programas de salud reproductiva y salud sexual; y la conciencia y el reconocimiento cada vez más profundos de las inequidades de género y la necesidad de lograr la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer.

Creación de un ámbito propicio a las alianzas para la formulación de políticas y la realización y vigilancia de programas

273. Después de la CIPD, los gobiernos, si no en su totalidad, en su mayoría, aceptaron la creciente participación de una amplia gama de representantes de la sociedad civil en todos los aspectos del desarrollo nacional, incluida la promoción de la salud reproductiva y los derechos reproductivos. Aun cuando las ONG, en particular, han desplegado desde hace tiempo actividades en las esferas de la población y la salud reproductiva, sus papeles y responsabilidades se ampliaron espectacularmente después de la CIPD debido a, entre otros factores, la mundialización económica, la reducción de los recursos humanos y financieros de los gobiernos, la creciente demanda de servicios de salud reproductiva y la necesidad de lograr la vigencia de los derechos humanos, incluidas la igualdad y la equidad de género. A mediados de 1998, al menos 106 gobiernos habían reconocido la participación de las ONG y las entidades de la sociedad civil en la aplicación del Programa de Acción – y de ellos, 48 gobiernos habían expresado su apoyo al respecto –; 59 gobiernos habían incluido a las ONG en todas las etapas de formulación, aplicación, vigilancia y/o evaluación de políticas, planes y programas de población, mientras 28 gobiernos habían incluido a las ONG sólo en la formulación y realización de programas y proyectos. Muchos gobiernos han adoptado después de 1994 medidas de gran entidad para promover la participación de las ONG en diversas etapas de la aplicación de políticas y/o la realización de programas en esferas como la salud reproductiva y la igualdad de género. Entre las nuevas medidas más generalmente adoptadas figuran la inclusión de representantes de ONG o miembros de otras entidades de la sociedad civil en los órganos nacionales encargados de formular políticas. En algunos otros países, los gobiernos trataron de involucrar a las ONG en la formulación de políticas mediante un diálogo de políticas o la celebración de consultas. Con respecto a la realización de programas, numerosos gobiernos establecieron oficinas de coordinación programática con las ONG; en otros casos, las ONG realizaron programas con financiación gubernamental. En sólo unos pocos países, al parecer había escasa o ninguna cooperación entre el gobierno y las ONG debido primordialmente a la desconfianza mutua, los disturbios civiles o la inestabilidad política. No obstante, incluso en muchas de esas situaciones, la comunidad internacional desempeñó un papel constructivo al velar por la inclusión de todos los protagonistas apropiados en la aplicación del Programa de Acción.

274. Pese a las nuevas políticas, la legislación u otras medidas adoptadas por muchos gobiernos para posibilitar que las ONG desempeñen un papel más amplio en la realización de programas de población, en la mayoría de los países es preciso fortalecer más un ámbito propicio a la participación de las ONG.

Fortalecimiento de los recursos humanos y la capacidad institucional de la sociedad civil, para concertar alianzas eficaces

275. Para que la sociedad civil se transforme en un aliado aún más eficaz en la promoción del temario del Programa de Acción, reviste importancia crucial fortalecer sustancialmente los recursos humanos y la capacidad institucional de las organizaciones de la sociedad civil. A partir de 1994 sólo se han logrado adelantos limitados al respecto. En algunos países, los gobiernos adoptaron firmes medidas para fortalecer la capacidad institucional de la sociedad civil, incluidas, entre otras cosas, la provisión de financiación y la eliminación de pesadas restricciones jurídicas. No obstante, la provisión de apoyo técnico y financiero a las ONG por parte de los gobiernos fue obstaculizada por diversas razones, entre ellas las limitaciones en los recursos gubernamentales y la dificultad para seleccionar a copartícipes entre grandes cantidades de ONG locales.

276. Casi todos los gobiernos permitieron que las ONG recibieran, directa o indirectamente, recursos de donantes externos. En al menos 57 países, los gobiernos permitieron la financiación directa de las ONG por parte de todos los donantes externos (por ejemplo, ONG internacionales, donantes bilaterales y donantes multilaterales), sin imponer restricciones; debido a las relativamente recientes dificultades en la situación económica y la reducción o discontinuación en algunos casos de la asistencia externa bilateral, parecerían haberse atenuado las restricciones gubernamentales respecto de la financiación externa de las ONG. En al menos 27 países, se permitió la financiación directa con algunas restricciones (por ejemplo, que se notificara al gobierno; que se limitara la cuantía de los recursos). En al menos 21 países, se permitió la financiación indirecta por conducto de entidades gubernamentales o con la aprobación de éstas. No obstante, la financiación externa también plantea varios dilemas: competición cada vez mayor entre las ONG para obtener esos recursos; ausencia de planificación estratégica por parte de las ONG con respecto a los objetivos institucionales y programáticos y a la sustentabilidad, debido a que las ONG dependen predominantemente de los donantes externos, que pueden tener sus propios programas; y crisis de la viabilidad institucional y programática cuando cesa la aportación de recursos a las ONG.

277. La contribución de la sociedad civil a la promoción de las cuestiones de población ha sido de enorme magnitud. En particular, la mayor parte de los adelantos en materia de salud reproductiva y derechos reproductivos, en especial en lo concerniente a la planificación de la familia, se deben a las acciones de valerosas mujeres líderes, la energía de trabajadores voluntarios y la dedicación de las ONG. Las ONG que trabajan a escala internacional, regional y nacional siguen desempeñando papeles de importancia vital en la amplia gama de actividades de población y salud reproductiva. Nunca podría valorarse suficientemente ni exagerarse la importancia de la participación de las ONG en las políticas públicas, la adopción de decisiones, la investigación, la promoción, la educación y capacitación, la provisión de servicios y la vigilancia y evaluación. No obstante, es evidente que si bien la sociedad civil, y las ONG en particular, han tenido un papel protagónico en los adelantos logrados hasta la fecha, sólo ha comenzado a aprovecharse el vasto potencial de la sociedad civil en la esfera de la población.

278. Para que las instituciones de la sociedad civil desempeñen plenamente su papel, es preciso aumentar y fomentar sustancialmente su capacidad de organización y de gestión. En muchos países, la sociedad civil ha adoptado iniciativas a fin de fortalecer la sustentabilidad institucional de dichas organizaciones, establecer coaliciones y movilizar recursos. No obstante y en general, en la mayoría de los países las ONG sólo han logrado un limitado adelanto hacia el fortalecimiento de su sustentabilidad institucional y financiera, fomentando el establecimiento de redes con otras organizaciones, mejorando su transparencia, su obligación de rendir cuentas y su respuesta a los grupos de apoyo, o movilizando apoyo público y financiero adicional con destino a las actividades de población. Los limitados logros al respecto van en desmedro de las contribuciones potenciales que pueden hacer las ONG. Por ejemplo, se reconocen de manera apropiada los enfoques

innovadores que aplican las ONG. No obstante, con frecuencia la posibilidad de duplicar y adoptar ampliamente esos enfoques innovadores ha quedado menoscabada por las débiles o inexistentes redes y mecanismos de coordinación entre las propias ONG, particularmente a escala de país. Por ejemplo, sólo en unos 21 países las ONG han establecido un grupo nacional para la coordinación de la promoción y/o la aplicación del Programa de Acción. En varios países donde se ha iniciado un mecanismo de coordinación de ese tipo, han surgido problemas de sustentabilidad. En forma similar, sólo en unos 25 países las ONG han tratado de coordinar sus actividades sobre una base temática (por ejemplo, igualdad de género, VIH/SIDA y promoción), mientras que en aproximadamente otros 12 países las ONG han instituido sendos foros para establecer redes e intercambios de información. En contraste, en al menos 53 países no se ha establecido ningún mecanismo para la coordinación de las ONG o la creación de redes entre ellas.

Promoción de alianzas con el sector privado

279. El sector privado comercial proporciona servicios de atención de la salud reproductiva en casi todos los países en desarrollo. En la mayoría de ellos, el sector privado ya había realizado actividades antes de la CIPD, por ejemplo, en algunos países el sector privado había estado conduciendo clínicas e informando y educando al público u ofreciendo productos costeables. El sector privado está mayormente involucrado en los programas de comercialización social, en que se distribuyen por conducto de cauces comerciales anticonceptivos de bajo precio subsidiados por los gobiernos. Las organizaciones multilaterales y las ONG internacionales han fortalecido las actividades a escala de país para la comercialización social de anticonceptivos. Actualmente, algunas organizaciones internacionales, como el FNUAP, colaboran con los gobiernos y las entidades del sector privado a fin de minimizar las barreras y facilitar la reducción de los costos, de modo que puedan hacerse más accesibles – a la vez más costeables y más ampliamente disponibles – los servicios de salud reproductiva, incluidos los productos anticonceptivos, para la mayoría de la población y, al mismo tiempo, mejorar las posibilidades de que quienes pueden pagar por los servicios, así lo hagan. Además, se han emprendido o iniciado actividades con el sector privado a fin de proporcionar servicios de salud reproductiva o información, educación o asesoramiento al respecto en beneficio de empleados o comunidades locales, por ejemplo, como lo ha hecho la Fundación TATA en la India. Si bien se han logrado adelantos, hay importantes oportunidades de cooperación con el sector privado que aún no han sido ensayadas. Es preciso emprender iniciativas proactivas a fin de sensibilizar e involucrar más plenamente al sector privado, especialmente a los líderes empresariales, las asociaciones de negocios y los sindicatos, en todos los aspectos apropiados de la aplicación del Programa de Acción.

Reconocimiento del papel singular de los parlamentarios

280. Los parlamentarios desempeñan un papel sin par en la alianza entre los gobiernos y las entidades de la sociedad civil. Son, en esencia, el puente entre la sociedad civil y los mecanismos gubernamentales. Los sustanciales adelantos en la promoción han sensibilizado a los parlamentarios con respecto a las cuestiones de que trata el Programa de Acción. En consecuencia, se han intensificado las actividades de promoción intraparlamentaria, se ha promulgado legislación pertinente y están prosperando las redes parlamentarias regionales e internacionales: por ejemplo, el Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo, el Foro de Parlamentarios Africanos y Árabes sobre Población y Desarrollo, el Grupo Parlamentario Interamericano, y el Comité Mundial de Parlamentarios sobre la Población y el Desarrollo. Sin embargo, es preciso establecer comités y grupos parlamentarios multipartidistas allí donde no existan y fortalecerlos para asegurar que los gobiernos den cumplimiento a sus compromisos con respecto a la CIPD. La promoción ante los parlamentarios ha permitido mantener y sostener la cuantía de la asistencia en algunos países en que iba

a disminuir esa financiación o se la iba a eliminar. No obstante, varios países donantes no han satisfecho sus compromisos en pro de alcanzar las metas de la CIPD y los recursos que han aportado no han aumentado sustancialmente; de continuar las tendencias actuales, éstas pueden redundar en un déficit general. En algunos países en desarrollo, los gobiernos han incrementado la proporción de sus asignaciones al sector social, mientras que en países con economías en transición, las asignaciones al sector social han disminuido, como proporción de las inversiones nacionales generales.

Fortalecimiento de la colaboración entre las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales

281. En 1994, la Asamblea General aprobó una resolución sobre el seguimiento internacional de la CIPD, en la cual solicitó a los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas que examinaran y ajustaran sus programas de conformidad con los objetivos del Programa de Acción e informaran al Consejo Económico y Social sobre las respectivas consecuencias en materia de políticas. La Asamblea General exhortó a las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas y a las comisiones regionales a aplicar activamente el Programa de Acción en los países, por conducto del sistema de coordinadores residentes de las Naciones Unidas. En esta sección se indican las alianzas y las actividades de colaboración entre los organismos y fondos especializados de las Naciones Unidas, las dependencias interinstitucionales, las comisiones regionales y las organizaciones intergubernamentales en lo concerniente a alcanzar las metas del Programa de Acción.

Alianzas y colaboraciones entre organismos y organizaciones de las Naciones Unidas

282. Como seguimiento de la CIPD, varios organismos de las Naciones Unidas han colaborado en diversas iniciativas relativas a esferas clave del Programa de Acción. Con frecuencia, el FNUAP ha servido como agente catalítico para promover una mayor coordinación, así como la realización de actividades conjuntas entre las organizaciones homólogas de las Naciones Unidas y otros aliados en la comunidad de donantes a fin de aplicar el Programa de Acción. Los ejemplos que se resumen a continuación sólo son indicativos de la amplia gama de posibilidades de colaboración.

283. Los organismos de las Naciones Unidas han estado colaborando estrechamente para registrar los adelantos en la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad derivada de la maternidad, particularmente al ayudar a los países a crear una base estadística a fin de vigilar esos adelantos e informar al respecto. Se ha tratado de congregarse a usuarios y productores de datos a fin de asegurar que los encargados de formular políticas y los funcionarios ejecutivos tengan acceso a una información actualizada y comprensible que los ayude a adoptar decisiones bien fundamentadas sobre la formulación y aplicación de políticas y programas. En colaboración con la OMS y el FNUAP, el UNICEF ha dado a conocer la publicación *Guidelines for Monitoring the Availability of and Use of Obstetric Services* (Directrices para vigilar la disponibilidad y utilización de los servicios de obstetricia) en que se detallan cuestiones relativas a la medición, se propone un conjunto de indicadores de los procesos y se ofrecen opciones para la recopilación de los datos necesarios. Además, mediante una iniciativa conjunta del FNUAP, la OMS y otros organismos y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, se ha establecido un conjunto básico de indicadores y metodologías de salud reproductiva a fin de generar y analizar información sobre la salud reproductiva.

284. La OMS, el UNICEF y el FNUAP establecieron recientemente el Comité Coordinador de Salud,

encargado de consolidar las alianzas y la acción concertada para conquistar las metas de salud y las metas sociales conexas, así como promover el aprovechamiento más eficiente de los recursos. El Comité es el resultado de la transformación del anterior Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, que fue establecido hace 50 años. La primera reunión del nuevo Comité se celebró en Ginebra en julio de 1998.

285. La OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y dos ONG -- la IPPF y el *Population Council* -- han copatrocinado la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos, que se centra en cinco esferas de acción clave: promoción; investigación epidemiológica, social y operacional; difusión de información; desarrollo de recursos humanos; y medidas para mejorar los servicios de salud (por ejemplo, renovación de las instalaciones, provisión de equipo y suministros y apoyo a la capacitación de agentes básicos de atención obstétrica) en numerosos países. En octubre de 1997, se celebró en Sri Lanka una consulta técnica sobre maternidad sin riesgos a fin de examinar los adelantos logrados en este aspecto de la salud reproductiva.

286. En lo que respecta a la salud reproductiva de los adolescentes, el FNUAP, el UNICEF y la OMS han preparado un plan de acción común y lo apoyan por conducto del Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes, de la OMS. Este programa tiene el propósito de utilizar y ampliar la base de conocimientos disponibles a fin de lograr que los proyectos sean eficaces y sostenibles; facilitar la acción en los países; ampliar los recursos humanos, institucionales y financieros a fin de promover la salud y el desarrollo de los adolescentes; y ofrecer cooperación técnica a los países y aliados clave.

287. Las prácticas tradicionales perjudiciales afectan tanto la salud como los derechos de las mujeres y los niños. El FNUAP, el UNICEF y la OMS están realizando acciones concertadas en apoyo de políticas y programas que puedan poner fin a la perjudicial práctica tradicional de la mutilación genital femenina. En el marco de esta colaboración, la OMS se centra en ahondar los conocimientos mediante un programa de investigación y desarrollo y promover políticas y enfoques que sean técnicamente racionales. El UNICEF hace hincapié en la eliminación de la mutilación genital femenina mediante la labor de sus oficinas locales y sus programas en los países. El FNUAP sigue promoviendo la eliminación de la mutilación genital femenina y apoya el examen y la enmienda de políticas, leyes, reglamentaciones y normas tradicionales en los países, que sirven para perpetuar la práctica. El FNUAP patrocinó una consulta técnica que se celebró en Etiopía en 1996 con representantes de 25 países a fin de considerar, entre otros temas, los tipos de capacitación, investigación y servicios necesarios para erradicar tal práctica. Los posibles efectos de esa promoción se ponen muy de manifiesto en el enorme éxito del Programa de Educación en Salud Reproductiva y de la Comunidad (REACH), financiado por el FNUAP y ejecutado en el distrito de Kapchorwa (Uganda), en virtud del cual agentes comunitarios involucraron a líderes de la comunidad y otras personas de todos los sectores de la sociedad en seminarios de sensibilización acerca de los aspectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Merced al programa REACH, en menos de un año se logró que la mutilación genital femenina disminuyera en un 39%.

288. Seis copatrocinadores del programa UNAIDS -- el PNUD, la UNESCO, el FNUAP, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial -- han aunado y centrado sus acciones a fin de fortalecer la capacidad del sistema de las Naciones Unidas para, entre otras cosas, ofrecer asistencia a los gobiernos y las entidades de la sociedad civil a fin de que respondan eficazmente a la epidemia del VIH/SIDA y mejoren el contenido del conjunto de conocimientos necesarios para acelerar la prevención y la lucha contra el VIH/SIDA, así como el acceso a esos conocimientos y la utilización de ellos. Además, el programa UNAIDS asigna gran prioridad a desarrollar, promover y aplicar las mejores prácticas para combatir la epidemia. A escala de país, se han establecido grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, con el propósito de apoyar una respuesta multisectorial amplia a la epidemia de VIH/SIDA; esos grupos temáticos han pasado a ser mecanismos clave

para acciones coordinadas y conjuntas de los organismos de las Naciones Unidas en la recopilación y el análisis de datos; las campañas de promoción y concienciación y los programas de prevención; y la provisión de apoyo financiero y técnico.

289. El ACNUR y el FNUAP reconocen que, en situaciones de refugiados y de emergencia, la prestación de servicios de salud reproductiva es tan importante como la provisión de otros servicios y han dado un nuevo impulso a la satisfacción de las cuestiones de salud reproductiva en los campamentos de refugiados y en las situaciones de emergencia. Ambos organismos han suscrito un memorando de entendimiento por el que se establece un marco de colaboración en beneficio de las personas que se encuentran en situación de refugiados. El ACNUR y el FNUAP están elaborando conjuntamente estrategias y programas a fin de proporcionar servicios de salud reproductiva e información al respecto a mujeres, hombres, jóvenes y adolescentes; combatir la violencia sexual; y organizar misiones conjuntas de diagnóstico, vigilancia y evaluación relativas a los servicios de salud reproductiva y de información al respecto.

290. El Equipo de Tareas sobre Servicios Sociales Básicos para Todos, establecido en 1995, recibió un mandato ampliado, en comparación con el anterior Equipo Interinstitucional de Tareas sobre la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Participan en el Equipo de Tareas sobre Servicios Sociales Básicos para Todos 18 organizaciones y organismos de las Naciones Unidas, entre ellos las instituciones de *Bretton Woods*. El mandato del Equipo de Tareas abarcó las siguientes cuestiones clave: población, haciendo especial hincapié en servicios de salud reproductiva y planificación de la familia; educación básica; atención primaria de la salud; abastecimiento de agua potable y saneamiento; vivienda; y servicios sociales en situaciones posteriores a crisis. El mandato del Equipo de Tareas también abarcó los principales parámetros de la Iniciativa 20/20 (la Iniciativa 20/20 es un compromiso mutuo entre países aliados, desarrollados y en desarrollo, interesados en tratar de asignar en promedio un 20% de su AOD y un 20% de sus presupuestos nacionales, respectivamente, a los servicios sociales básicos). El Equipo de Tareas incorporó en su labor los siguientes aspectos intersectoriales: selección y utilización de indicadores; perspectivas de género; movilización de recursos; marcos de políticas; determinación de grupos seleccionados de beneficiarios, incluidos grupos en situaciones posteriores a crisis; y participación de la sociedad civil.

291. El Equipo de Tareas aprobó un programa de trabajo pragmático y con plazos en el tiempo que respondería claramente a las cuestiones y prioridades clave a escala de país, utilizando la modalidad de los grupos de trabajo con organismos rectores, entre los cuales cabe mencionar: el Grupo de Trabajo sobre Atención Primaria de la Salud (conducido por la OMS y el UNICEF); el Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva (conducido por la OMS); el Grupo de Trabajo sobre Educación Básica (conducido por la UNESCO); el Grupo de Trabajo sobre Migración Internacional (conducido por la OIT); y el Grupo de Trabajo sobre el Fomento de la Capacidad Nacional para Registrar la Mortalidad Infantil y Derivada de la Maternidad (conducido por el UNICEF). El FNUAP ocupó la presidencia del Equipo de Tareas sobre Servicios Sociales Básicos para Todos.

292. El Equipo de Tareas mantuvo un enfoque estratégico en su objetivo primordial: proporcionar apoyo coordinado al sistema de coordinadores residentes de las Naciones Unidas a fin de ayudar a los países en desarrollo a aplicar políticas y programas para conquistar las metas aprobadas en recientes conferencias mundiales de las Naciones Unidas. Las organizaciones miembros del Equipo de Tareas también prestaron atención a fortalecer y ampliar su colaboración con las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado a fin de mantener alianzas estratégicas entre todos los copartícipes en el desarrollo. Uno de los principales productos del Equipo de Tareas fue un conjunto de directrices con el propósito de posibilitar que el sistema de

coordinadores residentes establezca vínculos entre los aspectos normativos y operacionales de las actividades del sector social. El Equipo de Tareas también elaboró indicadores para posibilitar que los países vigilen mejor su adelanto hacia el logro de las metas convenidas en las conferencias mundiales de las Naciones Unidas. Entre otros productos finales figuraban un gráfico mural sobre los servicios sociales básicos; directrices sobre esferas clave del Programa de Acción; un informe sobre las experiencias obtenidas y las mejores prácticas en la colaboración de los donantes para la asistencia al sector social; una tarjeta informativa sobre promoción de los servicios sociales básicos; y un compendio de los compromisos internacionales pertinentes a la pobreza y la integración social.

Comisiones Regionales de las Naciones Unidas

293. En la recomendación 16.16 del Programa de Acción de la CIPD se exhorta a las comisiones regionales, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que funcionan a nivel regional y otras organizaciones subregionales y regionales pertinentes a desempeñar un activo cometido dentro de sus mandatos respectivos en relación con la ejecución del Programa de Acción, por conducto de iniciativas regionales y subregionales sobre población y desarrollo, y a coordinar sus actividades con miras a asegurar una actuación eficiente y efectiva al tratar cuestiones específicas de población y desarrollo de interés para sus regiones.

294. Después de la CIPD, la Comisión Económica para África (CEPA) ha establecido un Comité de Estados miembros, cuyos integrantes básicos son los miembros de la Mesa de la Tercera Conferencia Africana de Población, encargado de examinar el progreso en la aplicación de la Declaración de Dakar/Ngor y del Programa de Acción de la CIPD. Algunos de los estudios de investigación programados han tratado de los siguientes temas: gestión de los programas de planificación de la familia; medio ambiente urbano y salud; mortalidad de lactantes y niños y mortalidad derivada de la maternidad; cuestiones de población y conflictos; efectos de las políticas y programas medioambientales relativos a la población y los asentamientos humanos; y convocación del Grupo Regional de Trabajo sobre las recomendaciones para la serie de censos de población y desarrollo del año 2000. La CEPA ha celebrado seminarios y talleres sobre la integración de los factores de población en la planificación del desarrollo; las pautas, causas y consecuencias de la migración femenina; y la fecundidad de las adolescentes en África. Se está haciendo especial hincapié en las políticas de población, en el contexto de su relación con los alimentos, el medio ambiente y el desarrollo sostenible. Se están concertando acuerdos a fin de crear mejores relaciones de colaboración entre la CEPA y sus copartícipes en el desarrollo para prestar asistencia a los Estados miembros.

295. En 1996, la Comisión Económica para Europa (CEPE), con el apoyo del FNUAP, centró sus acciones de población en los países con economías en transición. Se prestó asistencia a la recopilación y el análisis de datos, la investigación y la difusión de información pertinente a las políticas en las esferas clave de la fecundidad y la salud reproductiva, el envejecimiento de la población y la migración internacional. El proyecto de la CEPE sobre envejecimiento de la población y personas ancianas se basa en los censos realizados alrededor de 1990 en unos 15 países, mayormente de Europa central y oriental. La investigación comparativa y los análisis por países se basan en conjuntos de datos nacionales, incluida la información sobre los arreglos de residencia y las pautas de trabajo y jubilación, así como las condiciones de la vivienda. La CEPE está colaborando con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT), el Consejo de Europa y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), a fin de perfeccionar la recopilación y difusión de datos estadísticos sobre población en la región.

296. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro Latinoamericano de

Demografía (CELADE) realizaron actividades conjuntas con oficinas nacionales de estadística y otras instituciones de varios países a fin de producir nuevas estimaciones de población y proyecciones a escala de país. El CELADE está realizando un proyecto sobre migración internacional en América Latina (IMILA), que abarca una base de datos con información proporcionada en cada uno de los censos nacionales sobre las personas nacidas en el extranjero. Un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) fue diseñado para integrar las variables de población en programas y proyectos concretos de inversión del BID iniciados por el CELADE. El BID y el CELADE produjeron un libro sobre los efectos de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales y prepararon varios informes técnicos sobre cuestiones metodológicas relativas a la integración de los factores de población en las políticas y programas del sector social. El CELADE, que elaboró un conjunto especializado de programas de computación a fin de analizar los datos desagregados por zonas geográficas hasta la escala de la manzana urbana, ha ofrecido varios talleres sobre la utilización de una versión actualizada. Este programa electrónico se utiliza ahora para la programación social a escala municipal y ministerial en varios países de la región. En estrecha cooperación con la Red de Información sobre Población (POPIN), el Sistema de Información Bibliográfica para América Latina y el Caribe ha colocado información en la *Internet*.

297. La Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP) ha centrado sus acciones en abordar las cuestiones de población, medio ambiente, pobreza y calidad de la vida; utilizar datos de población con fines de planificación del desarrollo local por zonas; fortalecer los sistemas de vigilancia y evaluación para la medición del progreso en los programas de salud reproductiva y planificación de la familia; fortalecer el análisis de políticas y la investigación sobre la migración femenina, el empleo, la formación de la familia y la pobreza; y estudiar las repercusiones del envejecimiento para las familias asiáticas y los ancianos y ayudar a los gobiernos a formular y fortalecer políticas para involucrar a los ancianos en el desarrollo social y económico.

298. La Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO) organizó en 1995 en El Cairo una reunión de un grupo de expertos sobre estimaciones y proyecciones demográficas para los países árabes. Su Sección de Población ha establecido contactos periódicos con organizaciones especializadas en el análisis de sistemas aplicados, con miras a diseñar y realizar un proyecto sobre proyecciones de población que integre por primera vez las variables demográficas con las variables socioeconómicas conexas. Como parte de las actividades del Equipo de Tareas de la CESPAO sobre Mitigación de la Pobreza en el Asia Oriental, la Sección de Población ha iniciado dos estudios, uno sobre dinámica de población y pobreza en la región y el otro sobre Palestina. También en 1995, la CESPAO inició, con el apoyo del FNUAP, un proyecto de tres años de duración sobre las políticas de población en los países árabes. El proyecto prevé: capacitación en la formulación, la aplicación y la vigilancia de políticas de población para el personal técnico de los comités nacionales de población; reuniones de coordinación entre los presidentes de los comités; y establecimiento en la CESPAO de un sistema integrado de información sobre políticas de población que facilitará la vigilancia de la aplicación de las recomendaciones de la Conferencia Árabe sobre Población y Desarrollo, celebrada en Ammán (Jordania) en 1993, y del Programa de Acción de la CIPD.

Alianzas entre organizaciones intergubernamentales

299. El Banco Mundial ha incrementado sustancialmente las asignaciones de préstamos a cuestiones de salud, incluidos temas de salud reproductiva, género, educación y otros temas de desarrollo social. En su carácter de copatrocinador del programa UNAIDS, el Banco Mundial es uno de los organismos líderes en la financiación de programas relativos al VIH/SIDA y vincula sus acciones a iniciativas más amplias en materia de salud reproductiva. Mediante activas alianzas con varios organismos especializados de las Naciones Unidas,

países donantes y ONG, el Banco Mundial está apoyando la reforma del sector de salud y el fomento de la capacidad en los países en desarrollo.

300. En 1995, la Organización de la Unidad Africana (OUA) adoptó una resolución por la que solicitaba a los Estados miembros que adoptaran medidas de índole política, institucional y financiera para la ejecución del Programa de Acción de la CIPD. Desde entonces, la OUA ha organizado varios seminarios, talleres y conferencias para diferentes grupos de beneficiarios, entre ellos el cuerpo diplomático acreditado en Addis Abeba. En virtud de este programa, se organizarán dentro de poco giras de estudios a fin de promover las cuestiones de población. Entre los objetivos figuran la búsqueda de esferas de colaboración e intercambio de información entre los gobiernos y las ONG sobre cuestiones de población.

301. Una asociación intergubernamental, Asociados para la Población y el Desarrollo, constituida durante la CIPD por 10 países en desarrollo -- Bangladesh, Colombia, Egipto, Indonesia, Kenya, México, Marruecos, Tailandia, Túnez y Zimbabwe -- comenzó sus actividades programáticas en 1996 con el apoyo de la Fundación Rockefeller, el FNUAP y el Banco Mundial. En 1997 se sumaron a la asociación China y el Pakistán, y en 1998, la India y Uganda. El plan de trabajo de los Asociados para la Población y el Desarrollo abarca el fortalecimiento de la capacidad de los países en desarrollo para la cooperación Sur-Sur, la promoción de modalidades de "hemmanamiento" y el desarrollo de instituciones de capacitación. A fin de facilitar y coordinar la colaboración Sur-Sur en cuestiones de investigación, capacitación e información, la asociación se ha centrado en cuatro esferas prioritarias: i) integración de los servicios de planificación de la familia y salud reproductiva y establecimiento de instituciones de salud reproductiva; ii) promoción e integración de la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA dentro de las estructuras de los servicios de salud reproductiva, iii) provisión de servicios de planificación de la familia y salud reproductiva encaminados a responder a las necesidades especiales de adolescentes varones y mujeres; y iv) reducción de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad.

302. Por conducto de sus programas por países, el FNUAP está alentando a los países a utilizar actividades Sur-Sur, en carácter de receptores y/o proveedores de asistencia, y a aprovechar los recursos técnicos de las instituciones públicas, las ONG, las organizaciones del sector privado y los individuos de los países en desarrollo. Se requiere que los representantes del FNUAP consideren específicamente esta modalidad durante los exámenes de programas, así como en la formulación de programas y proyectos por países. En consecuencia, el FNUAP está apoyando las actividades de intercambio Sur-Sur con arreglo a varios programas por países, entre ellos los de Honduras, Indonesia, Kenya, Malawi, la República Dominicana, la República Unida de Tanzania, Tailandia, Túnez y Uganda.

303. Después de la CIPD, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) incorporó en su planificación estratégica y sus programas operacionales los objetivos relativos a la migración internacional y el desarrollo planteados en el capítulo X del Programa de Acción. La OIM también ha comenzado a participar en el apoyo a las acciones gubernamentales encaminadas a mejorar el diálogo internacional sobre cuestiones de migración a escala regional, especialmente con respecto a los países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) y otros países vecinos afectados, todos los países de Centroamérica y América del Norte y países del Asia oriental y sudoriental. Por ejemplo, la OIM, junto con el ACNUR, participó activamente en la planificación de la Conferencia de la CEI relativa a los problemas de los refugiados y las personas desplazadas celebrada en 1996; también participó en la puesta en práctica del Plan de Acción de la Conferencia. En Centroamérica y América del Norte, la OIM ha brindado apoyo sustantivo y logístico a las consultas regionales en curso entre los Estados participantes, conocidas como "Proceso de Puebla". En Asia,

la OIM sigue prestando asistencia al “Proceso de Manila”, que congrega a 17 países para efectuar intercambios regulares de información sobre las migraciones y el tráfico irregulares, así como un segundo proceso regional, las consultas de Asia y el Pacífico, que se celebran periódicamente a fin de debatir una amplia gama de temas relativos a los desplazamientos de población. Entre los demás componentes de los programas de la OIM figuran talleres nacionales sobre políticas de migración, prestación de asistencia técnica a la legislación sobre migración y talleres de capacitación de funcionarios de migración, incluido un importante nuevo curso acerca de la política y la legislación internacional sobre migraciones, iniciado en noviembre de 1998 en Budapest, como iniciativa conjunta del Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación (UNITAR), el FNUAP y la OIM.

Obstáculos

304. Numerosas limitaciones frustran la colaboración y constituyen obstáculos para el logro de las alianzas previstas en el Programa de Acción. Los gobiernos han incluido cada vez más a las ONG en los procesos de los programas de población. No obstante, esa inclusión correspondió primordialmente a la participación de ONG como parte de programas conducidos por los gobiernos. Es escasa la coordinación existente entre los programas de salud reproductiva conducidos por los gobiernos, por las ONG y por las entidades del sector privado; esos programas operan separadamente y en paralelo. Por consiguiente, uno de los principales obstáculos para establecer alianzas con que tropiezan tanto los gobiernos como las ONG es la falta de mecanismos de coordinación; otro importante obstáculo es la insuficiencia de los recursos financieros. Entre otros obstáculos de diversa magnitud pueden figurar el grado de dependencia a que está sujeto el país respectivo; la insuficiente capacidad institucional de las ONG y del gobierno, así como la carencia de recursos y de personal capacitado; la insuficiente coordinación de las ONG; una relación hostil o de enfrentamiento entre el gobierno y las ONG; la falta de conciencia o de comprensión de los problemas por parte de la sociedad civil; y la falta de conciencia o de comprensión de la importancia de las alianzas y un débil compromiso político.

305. Entre otros puntos de estrangulamiento cabe mencionar: programas y prioridades divergentes entre los grupos aliados; clima político inestable; falta de claros marcos jurídicos, de reglamentaciones y de directrices para entablar alianzas; estereotipos sin resolver, incluidos prejuicios, acerca de aliados potenciales; falta de confianza entre agentes y organismos aliados; débil compromiso en pro de la alianza, puesto de manifiesto a menudo por retóricas que no están respaldadas por la acción; falta de comunicación entre los aliados; protección de intereses creados; prejuicios y barreras de índole cultural, lingüística, de clase y de raza; titubeos acerca de la colaboración, motivados por legados históricos o experiencias anteriores; temor a la presunta dominación de la alianza por algunos copartícipes; preferencias geográficas (el prejuicio “urbanocéntrico”); falta de capacidad en materia de recursos humanos, especialmente frente a las crecientes necesidades de personal resultantes de la descentralización de los mecanismos gubernamentales; información insuficiente o deficientemente presentada acerca del Programa de Acción; y pérdida de impulso después de la CIPD.

306. También se han producido regresiones en algunas esferas. Ha ido perdiendo impulso la promoción de la aplicación del Programa de Acción ante los sindicatos y las asociaciones de empleadores. Ha ido menguando el grado de compromiso de los donantes bilaterales, tanto en cuanto al apoyo financiero como a sus alianzas con la sociedad civil; y varios países han sido afectados por la disminución de la financiación por concepto de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) con destino a los servicios de salud reproductiva.

307. Es necesario intensificar los esfuerzos para crear fuertes alianzas dinámicas a escala nacional. Reviste importancia crítica que los gobiernos asuman un papel de liderazgo en cuanto a establecer un ámbito positivo,

y propicio de apoyo a las alianzas, mediante la promulgación de políticas y legislación apropiadas; la institución de modalidades para el debate interactivo y el establecimiento de un consenso sobre objetivos y estrategias comunes a fin de integrar el Programa de Acción en todas las actividades económicas y sociales; y el establecimiento de acuerdos sobre los papeles y responsabilidades respectivos y las ventajas institucionales comparativas para la puesta en práctica de los programas. Para que las instituciones de las sociedades desempeñen un papel eficaz como aliadas en el desarrollo, es imprescindible contar con asistencia financiera y técnica para el fomento de la capacidad. El fortalecimiento de los recursos humanos, institucionales y de gestión reviste importancia vital para mejorar y profundizar la obligación de rendir cuentas, la transparencia, la sustentabilidad, la creación de coaliciones y la respuesta a las necesidades de los públicos de apoyo. En lo que respecta a la amplia gama de compañías del sector privado, su papel puede abarcar, entre otras cosas, la provisión de un ámbito de trabajo seguro para la salud reproductiva; la provisión de servicios de salud reproductiva e información y asesoramiento al respecto para sus empleados, en el lugar de trabajo o como parte del conjunto de prestaciones de la cobertura de seguros; y la promoción de prácticas de empleo que promuevan la igualdad y equidad de género. Las compañías del sector privado que producen artículos, proveen cobertura de seguros o prestan servicios, tienen un papel especial en cuanto a asegurar el pleno acceso a una amplia gama de servicios de salud reproductiva costeables y de alta calidad.

308. Las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil tienen otro papel de importancia crítica que desempeñar en cuanto a hacer extensivas las alianzas a todos los individuos: en todos los planos, en cada ciudad, poblado o aldea. Los líderes, incluidos los de las esferas política, cívica, empresarial, confesional y de los medios de difusión, tienen una obligación especial de traducir el Programa de Acción para sus públicos de apoyo y ayudarlos a adoptar las disposiciones del Programa para que constituyan sus propios programas personales de acción. El Programa de Acción tiene el propósito de ser un programa del pueblo: sólo de esa manera su visión se transformará en acción a fin de abrir el futuro a las esperanzas, los sueños, las oportunidades y las opciones de las mujeres, los hombres y los jóvenes en todos los países.

Acción futura necesaria

Establecimiento de un ámbito propicio para alianzas eficaces

309. A fin de establecer un ámbito propicio para alianzas eficaces, los gobiernos, en estrecha colaboración con la sociedad civil, deberían realizar las siguientes acciones:

- instituir foros comunes donde entablar diálogos conducentes a concertar alianzas;
- adoptar medidas de política para facilitar la participación de la sociedad civil, en particular las ONG, en la formulación, la aplicación y la vigilancia de estrategias y programas encaminados al logro de los objetivos del Programa de Acción;
- formular un marco común para la colaboración y establecer los principios básicos que han de regir su colaboración y su alianza, de modo que queden en claro los respectivos papeles, haya expectativas realistas y se promueva la asunción de responsabilidad y la obligación de rendir cuentas respecto de los programas;
- determinar cuáles son las instituciones y los protagonistas clave para abordar las cuestiones sociales y de población; y alentar la adopción de diversos enfoques para propiciar la participación de la sociedad civil,

como facilitar las iniciativas de base comunitaria; y

- establecer sistemas transparentes que posibiliten la rendición de cuentas a los respectivos públicos de apoyo.

Fortalecimiento de los recursos humanos y la capacidad institucional de la sociedad civil

310. Los gobiernos deberían adoptar innovadores enfoques de la asistencia financiera y técnica, incluida la financiación directa a las ONG, a fin de fomentar las alianzas entre la sociedad civil y los gobiernos.

311. A fin de ampliar la viabilidad institucional y la sustentabilidad programática, los donantes deberían ampliar el alcance de su asistencia financiera y técnica, a fin de incluir componentes que fomenten y fortalezcan la capacidad en materia institucional y de recursos humanos y la sustentabilidad de las instituciones de la sociedad civil, en especial las ONG. Los gobiernos deberían considerar la posibilidad de reservar recursos básicos al otorgamiento de subsidios, a fin de apoyar la participación de la sociedad civil.

312. La sociedad civil debería establecer mecanismos a fin de promover y fortalecer sus recursos humanos y su capacidad institucional. Esos mecanismos podrían abarcar, por ejemplo, el establecimiento de centros de capacitación e investigación a fin de fomentar la aptitud de gestión y la capacidad de organización de las ONG, así como crear un órgano independiente encargado de acreditar a las ONG y fijar normas para las operaciones de éstas.

313. Las instituciones de la sociedad civil, en especial las ONG, deberían prestar creciente atención al establecimiento de coaliciones y redes a escala nacional y regional, a fin de promover la posibilidad de duplicar programas, la complementariedad de estos y sus efectos sinérgicos, además de facilitar los intercambios de información y la acción concentrada para los insumos en materia legislativa y de políticas.

Fortalecimiento e intensificación de las acciones de movilización social

314. Los gobiernos, en estrecha colaboración con la sociedad civil, deberían fortalecer e intensificar sus acciones de movilización social. Deberían formular estrategias de IEC y promoción que sean más audaces e innovadoras que las utilizadas en el pasado y que estén diseñadas sobre la base de investigaciones socioculturales y económicas, a fin de llegar a determinados públicos dentro de la gama más amplia de la sociedad civil. Para que el Programa de Acción sea adoptado por todos los segmentos de la población, reviste importancia crucial que se traduzca el mensaje del Programa de Acción en el lenguaje habitual del público seleccionado, explicándolo en términos que tengan un significado dentro de su respectivo ámbito de experiencia y sus esperanzas. Además, se deberá dedicar más tiempo y más recursos a la eficaz utilización, de los medios de difusión.

315. Los gobiernos, con la asistencia de la sociedad civil, deberían abrir al debate público los temas controvertidos y los tabúes culturales, de manera culturalmente sensible y de modo de promover la justicia y la salud.

Promoción del acceso a servicios de alta calidad de salud reproductiva y planificación de la familia

316. Los gobiernos, junto con las ONG, las entidades del sector privado y las organizaciones internacionales

deberían intensificar sustancialmente sus acciones a fin de individualizar esferas de acción concertada y promover modalidades innovadoras, de modo de lograr complementariedad y efectos sinérgicos entre programas, particularmente con respecto a la salud reproductiva.

317. Las ONG y las organizaciones de profesionales deberían asumir un papel de liderazgo al ayudar a los gobiernos a determinar apropiadas normas de calidad para los servicios de salud reproductiva y difundir esas normas entre los encargados de prestar servicios y los clientes.

Aliento a la comunidad internacional para que dé cumplimiento a sus compromisos

318. Es necesario alentar a la comunidad internacional para que incremente su asistencia técnica y financiera a la realización de programas de población y desarrollo en los países en desarrollo, en cumplimiento de los compromisos establecidos en el Programa de Acción de la CIPD.

319. Los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas deberían promover y fortalecer la coordinación y colaboración interinstitucional en todos los planos sobre temas de población y desarrollo escogidos; deberían proporcionar a su personal sobre el terreno, en particular, orientación técnica y operacional sobre temas escogidos a fin de mejorar la coordinación y la colaboración a escala de país.

320. Es preciso que el sistema de coordinadores residentes de las Naciones Unidas establezca enlaces con los grupos temáticos interministeriales a escala de país, homólogos de los grupos temáticos interinstitucionales de las Naciones Unidas, y los aproveche a fin de fortalecer y ampliar los vínculos con las ONG, las entidades del sector privado y la sociedad civil y utilice sus ventajas comparativas a fin de fomentar y fortalecer la capacidad nacional.

Capítulo VI. MOVILIZACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA APLICAR EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

321. Para la plena ejecución del Programa de Acción de la CIPD se prevé la movilización de recursos provenientes de diversos sectores de desarrollo. El Programa de Acción, al mismo tiempo que presenta estimaciones concretas en lo concerniente a la salud reproductiva y otras actividades de población, destaca la necesidad de movilizar recursos adicionales con destino a otros objetivos y metas del sector social, como la educación básica universal y la continua reducción de las tasas de mortalidad de lactantes, niños y madres, la mejora en la condición jurídica y social de la mujer y la erradicación de la pobreza. Mientras una gran parte de los fondos adicionales necesarios deberán proceder de recursos nacionales, el Programa de Acción de la CIPD exhorta a que los países donantes, los bancos de desarrollo, las ONG internacionales y las fundaciones aumenten sustancialmente las corrientes de recursos complementarios. En la porción del Programa de Acción de la CIPD para la cual se calcularon los costos, se estima que en el año 2000 se necesitarán en los países en desarrollo y los países con economías en transición 17.000 millones de dólares, incluidos 5.700 millones de dólares aportados por donantes, entre ellos los bancos de desarrollo. Esas cifras aumentan ligeramente en el período 2000 a 2015, pues llegan a 18.500 millones de dólares anuales en 2005 y 21.700 millones de dólares hacia 2015. Dichas cifras reflejan la cuantía de recursos necesarios a fin de financiar las actividades básicas de salud reproductiva, incluidas las relativas a planificación de la familia, salud materna y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como la reunión y análisis de datos básicos sobre población.

322. El FNUAP recoge regularmente datos sobre las corrientes de asistencia financiera internacional con destino a actividades de población y todos los años publica el *Global Population Assistance Report* (Informe sobre la asistencia mundial en materia de población), sobre la base de los datos recogidos⁴³. En ese informe se describen las cuantías, las tendencias y las características de las corrientes financieras internacionales de asistencia en materia de población. A partir de enero de 1997, el FNUAP ha colaborado estrechamente con el *Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute* (NIDI) (Instituto Demográfico Interdisciplinario Neerlandés) a fin de recopilar anualmente datos sobre las corrientes de recursos financieros internacionales y nacionales con destino a actividades de población. Este capítulo se basa en gran medida en los datos recogidos en virtud de ese proyecto.

El conjunto de servicios de salud reproductiva y población presupuestado en la CIPD: Respuesta de los donantes

323. La frase “asistencia externa de población” se utiliza a menudo para denotar subsidios financieros de donantes (gobiernos o fundaciones privadas) y de organizaciones multilaterales como el FNUAP, así como préstamos en términos concesionales y préstamos “ordinarios” del Banco Mundial y de otros bancos de desarrollo⁴⁴. En el período 1990-1996, el total de la asistencia externa a países en desarrollo y países con economías en transición aumentó sustancialmente, desde 972 millones de dólares en 1990 hasta 2.044 millones de dólares en 1996. Los aumentos en 1994 y 1995, alrededor del momento de celebración de la CIPD, fueron especialmente pronunciados y representaron un 55% a lo largo de esos dos años. Los datos incompletos para 1997 y 1998 indican que los aumentos no han continuado y que, en cambio, hubo pequeñas disminuciones en

la asistencia externa de población a los países en desarrollo (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1 Tendencias en el importe total de la asistencia exterior de población, 1990-1997*
(en millones de dólares EE.UU.)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la asistencia exterior de población	972	1.306	1.033	1.310	1.637	2.034	2.044	1.889

* Las cifras correspondientes a 1997 son provisionales

Fuente: FNUAP, *Global Population Assistance Report*, varios años (Nueva York, FNUAP).

324. Si bien debería interpretarse que los aumentos en la asistencia durante el período 1993 a 1995 reflejan el apoyo al programa de El Cairo, tales aumentos también son resultado en parte de cambios en la definición de lo que se entiende por “asistencia de población”. Como resultado del paradigma más amplio de población y salud reproductiva convenido en El Cairo, se ha ampliado la definición de lo que constituye asistencia de población. Se han incorporado componentes adicionales de salud reproductiva en la definición de programas de población y en la contabilización de las corrientes de recursos.

325. Una razón para que el aumento de la asistencia externa de población se haya hecho más lento después de 1996 es la disminución en la cuantía en la asistencia oficial para el desarrollo (AOD)⁴⁵. Como se indica en el cuadro 6.2, la AOD alcanzó un máximo en 1992, con casi 61.000 millones de dólares, y posteriormente declinó y llegó a aproximadamente 47.600 millones de dólares en 1997⁴⁶. Dentro de la perspectiva de esta tendencia pronunciadamente descendente, la asistencia de población ha tenido una evolución razonablemente positiva. Las estimaciones preliminares sugieren que la proporción de AOD dedicada a la asistencia de población aumentó en 1997 hasta 2,8%, debido a que la asistencia global decreció más aceleradamente que la asistencia de población. Según se indica a continuación, en los últimos años han surgido nuevas formas y fuentes de asistencia que también es necesario tomar en cuenta al evaluar las tendencias de los recursos.

Cuadro 6.2 Asistencia oficial para el desarrollo aportada por países donantes, 1990-1997
(en millones de dólares EE.UU.)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
AOD total	52.961	56.678	60.850	55.636	59.153	58.643	55.114	47.580
AOD total para población	669	774	766	777	977	1.372	1.369	1.316
Total de la asistencia de población en dólares EE.UU. constantes de 1990	669	744	714	702	862	1.178	1.135	1.119
Asistencia de población como porcentaje de la AOD	1,26	1,37	1,26	1,40	1,65	2,34	2,46	2,77

Fuente: FNUAP, *Global Population Assistance Report*, varios años (Nueva York, FNUAP).

326. Históricamente, los Estados Unidos han sido la mayor fuente de asistencia de población y, hasta 1996, estaban incrementando su asistencia en esta esfera tanto o más rápidamente que otros países. Dinamarca, los Países Bajos, el Reino Unido y Australia también incrementaron notablemente su apoyo a las actividades de población en el período 1990-1997.

327. Los Estados Unidos también están muy a la vanguardia de cualquier otro país en lo que respecta a la proporción de AOD asignada a actividades de población. En 1995, aproximadamente el 9% de su AOD se destinó a actividades de población; en 1996, el 7% de su AOD se gastó en población. Esos porcentajes no tienen precedentes en la historia de la asistencia de población y son muy superiores a la meta tentativa del 4% de la AOD con destino a la asistencia de población que se utilizó a comienzos del decenio de 1990, cuando la definición de la asistencia de población era más estrecha. No obstante, en los últimos años, la cuantía de la AOD como porcentaje del producto nacional bruto (PNB) en los Estados Unidos fue inferior a 0,3%, menos de la mitad de la meta convenida desde hace mucho tiempo del 0,7%, reafirmada en 1995 en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. El cambio en la definición de atención integral de la salud reproductiva, de modo que incluya programas de maternidad sin riesgos y de prevención del VIH/SIDA, tuvo efectos sustanciales en cuanto a incrementar los fondos computados como AOD en el sector de población.

328. Es notable y alentador que varios países donantes cuyo desempeño general en lo concerniente a la AOD fue ejemplar en el decenio de 1990, encabezados por los gobiernos de Dinamarca, Noruega y Suecia, tradicionalmente hayan asignado una proporción relativamente grande de su AOD a cuestiones de población y, en los últimos años, que los Países Bajos, el Reino Unido y Australia hayan comenzado a destinar una proporción relativamente grande de su AOD a cuestiones de población. Por otra parte, debido a la adopción tras la Conferencia de El Cairo de una definición ampliada de programas de población y salud reproductiva, la anterior proporción tentativa de la asistencia para el desarrollo reservada a necesidades de población debería aumentar, tal vez hasta 4,5% o 5%.

329. La voluntad política de un país de proporcionar AOD al nivel convenido de 0,7% o de aproximarse a éste es un resultado complejo de muchos factores, entre ellos el nivel de riqueza disponible, la capacidad técnica, los sentimientos morales, el compromiso en pro del desarrollo internacional y las opiniones acerca de la eficacia de diferentes estrategias de asistencia a los países en desarrollo. En relación con su riqueza nacional relativa,

los países nórdicos y los Países Bajos han apoyado firmemente la AOD, incluso la destinada a cuestiones de población y salud reproductiva.

El conjunto de servicios de salud reproductiva y población presupuestado en la CIPD: Países en desarrollo

330. Los importes totales gastados por los gobiernos y las ONG para la financiación de los componentes del conjunto de actividades de población para el cual se calcularon los costos varían en gran medida de una región a otra y de un país a otro⁴⁷. Se han generado estimaciones de las corrientes de recursos mundiales, regionales y nacionales, sobre la base de los informes de 61 países presentados en 1996⁴⁸. A escala mundial, se estima que en 1996, los gobiernos y las ONG nacionales gastaron casi 7.000 millones de dólares en programas de población con cargo a recursos movilizados en países en desarrollo. También se estima que las entidades privadas en esos países aportaron otros 1.000 millones de dólares.

331. Los datos indican que los países de Asia y el Pacífico movilizaron la mayor cantidad de recursos nacionales con destino a programas de población y salud reproductiva (5.210 millones de dólares), seguidos por los países de América Latina y el Caribe (1.020 millones de dólares). Se movilizaron importes menores en el Asia occidental y el África septentrional (260 millones de dólares) y en África al sur del Sahara (192 millones de dólares). Además, se estima que se movilizaron 103 millones de dólares en los países con economías en transición.

332. Será necesario elaborar más a fondo las metodologías de monitoreo de la asignación de recursos nacionales, particularmente en lo tocante a la movilización de recursos privados, esfera en que será particularmente importante lograr mayores aumentos. Si bien se han logrado algunos adelantos, el monitoreo de la distribución de recursos entre diferentes componentes funcionales de los conjuntos de actividades de población y salud reproductiva sigue siendo problemático⁴⁹. Los datos en que aparecen esas distinciones sólo pueden ser indicativos y las consiguientes conclusiones, tentativas.

333. Algunas de las comprobaciones a escala regional están distorsionadas y deben ser consideradas con precaución, en la medida en que unos pocos países de gran magnitud representan una gran proporción de los totales regionales. Por ejemplo, los gastos combinados de China, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán y México ascendieron a 5.500 millones de dólares, aproximadamente un 80% del total estimado de 6.800 millones de dólares movilizados en fuentes nacionales durante 1996. Desde el punto de vista de los datos per cápita, los otros 56 países para los cuales se dispuso de datos gastaron sólo 0,35 dólar per cápita, en comparación con el gasto medio de los 61 países, de 2,20 dólares per cápita. Por consiguiente, aun cuando unos pocos países en desarrollo de gran magnitud, dotados de altos niveles de compromiso y políticas explícitas, estaban movilizando grandes cantidades de recursos en el plano nacional, los demás países en desarrollo, en su mayoría, tenían una capacidad limitada y/o recursos financieros limitados para programas de población y salud reproductiva, así como sistemas subdesarrollados de monitoreo de las corrientes de recursos. Los niveles de ingreso per cápita y los recursos públicos disponibles en la mayoría de esos países, y particularmente en los 51 países menos adelantados (PMA), eran evidentemente insuficientes para satisfacer las necesidades de su población en materia de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia.

334. Por ejemplo, en promedio, en África al sur del Sahara sólo un 26% de los recursos fueron movilizados en el plano nacional y algunos países de la región sólo pudieron movilizar una proporción más pequeña de los recursos. En cambio, las regiones de Asia y el Pacífico (89%) y América Latina y el Caribe (76%) aportaron

muchos más recursos de fuentes nacionales a la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD. Hubo variaciones notables en el interior de todas las regiones, particularmente entre países de gran magnitud con programas de población establecidos y países con programas menos desarrollados que dependían en gran medida del apoyo externo. Dentro de la asistencia externa, los subsidios representaron la mayor proporción de los insumos (75% de los insumos agregados, pero menos de dos tercios en Asia y el Pacífico y América Latina), salvo en países con economías en transición, donde predominaba la asistencia en forma de préstamos. En 1996, en general, aproximadamente el 20% de todos los recursos destinados a cuestiones de población que se gastaron en los países en desarrollo y los países en transición, o aproximadamente 2.000 millones de dólares de un total de 10.000 millones de dólares, fueron aportados por la comunidad internacional. Esas comprobaciones indican que, aun cuando los gastos generales aumentaron, el aumento general previsto en la proporción del apoyo externo a cuestiones de población y salud reproductiva no se materializó.

335. Junto con los demás componentes funcionales para los cuales se necesitan recursos, es preciso prestar una renovada atención a movilizar 1.300 millones de dólares para programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA en el año 2000, según lo propuesto en el Programa de Acción de la CIPD. Las más recientes estimaciones y proyecciones de población efectuadas por la División de Población de las Naciones Unidas sobre la base de datos del programa UNAIDS, sugieren que la pandemia probablemente tendrá efectos de mayores proporciones sobre la esperanza de vida y el crecimiento nacional (demográfico y económico) que lo que se había previsto en 1994. El número de personas contagiadas con el VIH/SIDA aumentó desde 14 millones en 1994 hasta 33,4 millones en noviembre de 1998, y el número de mujeres y niños infectados con el VIH aumentó astronómicamente en el mismo período. Más del 43% de las personas infectadas mayores de 15 años de edad son de sexo femenino, y la mitad de todos los nuevos contagios están ocurriendo entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Hasta ahora no hay indicios de que esas tendencias se hayan de invertir. Por consiguiente, las acciones de prevención, incluidas las orientadas a los adolescentes, requieren financiación completa. Se ha comprobado que los mejores modelos para las actividades de prevención son eficaces cuando se han movilizado apropiadamente el compromiso y los recursos. En un informe reciente de las Naciones Unidas⁵⁰ se indica que los jóvenes tenían mayores probabilidades que los adultos de optar por la abstinencia o practicar relaciones sexuales en condiciones de más seguridad cuando disponían de la información que posibilitaba que lo hicieran.

336. Las perspectivas de que haya cambios en la cuantía del apoyo nacional e internacional son difíciles de determinar. La información inicial sugiere que la crisis económica en el Asia sudoriental amenaza la capacidad de los países afectados para mantener las altas proporciones de apoyo financiero nacional a sus programas de población alcanzadas a comienzos y mediados del decenio de 1990. Las poblaciones empobrecidas y los jóvenes son particularmente vulnerables a las condiciones económicas negativas y a la potencial erosión de los programas. La demanda en aumento y la magnitud cada vez mayor de las poblaciones que necesitan servicios seguirá planteando retos al apoyo tanto nacional como internacional.

El papel del sector privado

337. Además de los gastos efectuados por los gobiernos y las ONG, el sector privado es un importante componente de las corrientes de recursos en los países en desarrollo y los países con economías en transición. En los programas de asistencia, tanto multilateral como bilateral, se está prestando cada vez mayor atención a ampliar el potencial de las acciones del sector privado. Es necesario desarrollar más a fondo las metodologías para el monitoreo de los insumos del sector privado. El estudio de las corrientes de recursos efectuado por el FNUAP y el NIDI aún no ha tratado de medir el papel del sector privado, pero se dispone de algunos datos

recogidos en estudios sobre países individuales. Ésas y otras investigaciones indican que es posible establecer diversas combinaciones de financiación pública y privada y provisión de servicios por los sectores público y privado. Entre esas combinaciones cabe mencionar la financiación de clínicas privadas por fundaciones privadas, la inversión privada en la educación sobre planificación de la familia, la provisión o el patrocinio de servicios de planificación de la familia en instituciones con fines de lucro y los planes de seguro público o privado que cubren los servicios de salud reproductiva.

338. Muchos países están alentando la provisión de servicios por el sector privado, particularmente en beneficio de quienes tienen capacidad de pago, y el cobro de derechos para recuperar parte del costo de la prestación de servicios públicos. Los programas de reforma del sector de salud están utilizando estos medios de incrementar la eficiencia y la eficacia en función de los costos de la prestación de servicios de salud. Las encuestas sobre gastos de los hogares han indicado reiteradamente que muchas personas efectúan pagos de su bolsillo a los encargados de prestar servicios de salud (públicos, privados y tradicionales), incluso pagos por servicios de salud reproductiva. Si se efectuaran diagnósticos regulares de la disposición y la capacidad de diferentes grupos de la población para pagar honorarios a cambio de servicios de calidad de salud reproductiva, esto podría mejorar la planificación de los programas.

339. La ampliación de las cuentas nacionales de salud y la inclusión en los estudios de datos sobre los costos y la disposición a pagar son hechos auspiciosos que facilitarán el monitoreo de las tendencias en los recursos privados. Entre las novedades nacionales interesantes cabe mencionar la inclusión de los servicios de salud reproductiva en la cobertura de los planes nacionales de seguros (como ocurre en Bolivia y en México). Pese a los numerosos problemas de índole técnica y de gestión que aún subsisten, especialmente en lo concerniente a asegurar el acceso equitativo de los pobres y otras poblaciones marginadas a los servicios, las perspectivas de aumentar el papel del sector privado en la provisión de recursos programáticos son positivas. El FNUAP ha copatrocinado reuniones a fin de desarrollar más el programa de fomento de la iniciativa del sector privado. En una reunión celebrada en noviembre de 1998 se recomendó la ampliación de dicha iniciativa a escala nacional y el apoyo a estudios técnicos que proporcionen información para alentar más el interés del sector privado y la alianza con éste.

El papel de las fundaciones privadas y las organizaciones no gubernamentales

340. Las organizaciones no gubernamentales han cobrado cada vez mayor importancia como aliadas cabales de los gobiernos y receptoras clave de corrientes de recursos, tanto nacionales como internacionales, con destino a la formulación de programas y la realización de actividades integrales de salud reproductiva. De conformidad con lo recomendado en el Programa de Acción, es preciso que esas acciones continúen y se basen en los éxitos del pasado, en particular en lo concerniente a la prevención y la lucha contra el VIH/SIDA, los programas para adolescentes y el ensayo de enfoques programáticos innovadores. Por su parte, en 1996 las fundaciones privadas aportaron en total 141 millones de dólares a fin de contribuir a financiar programas de población en países en desarrollo, cantidad que representa un aumento del 66% respecto del total correspondiente a 1995.

341. Muchas fundaciones internacionales y organismos de donantes apoyan las investigaciones y las actividades programáticas de promoción, IEC y prevención del VIH/SIDA, entre otros temas en que se hizo hincapié en la CIPD. Con frecuencia, los fondos se encauzan por conducto de ONG nacionales, y fomentan el desarrollo del sector general de las ONG como encargado alternativo de prestar servicios con alta eficiencia en función de los costos, en el plano de las comunidades de base, incluidos servicios de salud reproductiva e información al respecto y promoción de cuestiones de población.

342. En 1996, las fundaciones que efectuaron mayores donaciones fueron la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, la Fundación MacArthur, la Fundación Hewlett y la Fundación Mellon⁵¹, que aportaron en conjunto entre 10 millones y 30 millones de dólares con destino a actividades de población. Una novedad sumamente alentadora fue el anuncio efectuado en noviembre de 1998 por la Fundación Packard de que en los próximos cinco años (1999-2003) asignará más de 300 millones de dólares a programas internacionales de población y salud reproductiva.

343. Más recientemente, otras fundaciones recientemente creadas, entre ellas la Fundación para las Naciones Unidas, subsidiaria de la Fundación Turner, otorgaron subsidios con beneficiarios bien definidos para cuestiones relativas a la población y las mujeres, haciendo especial hincapié en los adolescentes. En su primera serie de subsidios, entregados en mayo de 1998, esta Fundación aportó al FNUAP 8 millones de dólares con destino a seis proyectos de población. En su segunda serie de subsidios, la misma Fundación entregará al FNUAP 4,3 millones de dólares en un período de dos años para la promoción de la salud reproductiva y la salud sexual de los adolescentes. Además, la Fundación William H. Gates aportó a las Naciones Unidas 1,7 millón de dólares para su uso por el FNUAP en apoyo de la colaboración entre países en desarrollo. Esos subsidios son ejemplos de las corrientes de recursos privados con beneficiarios bien definidos que tendrán efectos sobre el proceso de examen de la CIPD+5, al apoyar la celebración de un foro especial de jóvenes, así como la promoción de la recaudación de fondos y de programas de educación y capacitación para la salud reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe.

Programas de inversiones por sectores y enfoques sectoriales

344. Hay nuevas modalidades para mejorar los efectos y la sustentabilidad de la cooperación para el desarrollo que son especialmente pertinentes a las corrientes de recursos y la gestión de los programas. Los programas de inversiones por sectores (SIP) y los enfoques sectoriales (SWAps) son dos ejemplos de esas modalidades. En ambas se abordan las limitaciones o los aspectos débiles en los mecanismos tradicionales de apoyo de los donantes a proyectos y programas, incluida la fragmentación de la gestión de los recursos, la perpetuación de

los desequilibrios presupuestarios debido a la realización de proyectos de larga duración carentes de suficiente mecanismos de vigilancia y evaluación, y los variables grados de compromiso en pro de proyectos percibidos como impulsados desde el exterior.

345. Los programas de inversiones por sectores y los enfoques sectoriales, aun cuando no son conceptos nuevos, se están llevando a la práctica ahora en varios países, aplicándolos a un sector en particular. Los enfoques sectoriales difieren de los programas de inversiones por sectores primordialmente dado que incluyen en todos los tipos de recursos que abarca un programa sectorial y no sólo las inversiones, como es el caso de los programas de inversiones por sectores. En ambas modalidades se indican claramente las metas y objetivos sectoriales, las corrientes de recursos englobados o paralelos y una política y un marco de inversiones coherentes y bien desarrollados. Un elemento clave es la mayor responsabilidad del país receptor en cuanto a elaborar y expresar el enfoque, y su consecuente asunción de éste como propio. Aun cuando sólo se dispone de información preliminar sobre el grado de eficacia y eficiencia de los programas de inversiones por sectores y de los enfoques sectoriales, se sabe que proporcionan modalidades alternativas de asistencia para el desarrollo en las que se suscita un más alto grado de comunicación y colaboración entre los países en desarrollo y los donantes en lo concerniente a los objetivos programáticos y la asignación de recursos. Se está utilizando cada vez más el mecanismo de los enfoques sectoriales como un elemento de las iniciativas de reforma global del sector de salud.

346. En varios países (entre ellos, Nepal y Bangladesh) se están realizando experimentos nacionales que utilizan enfoques de amplia participación de los interesados en la prestación de conjuntos de servicios esenciales como parte de los sistemas de salud. Al mismo tiempo, la gestión descentralizada de la reforma del sector de salud proporciona oportunidades para generar y aprovechar más eficientemente los recursos privados. Asegurar una adecuada representación de todos los interesados directos, incluidos los que apoyan los programas de salud reproductiva, sigue siendo una cuestión clave.

Recursos para las metas generales de la CIPD

347. El Programa de Acción de la CIPD consideró que las cuestiones de población son parte fundamental de un enfoque más amplio necesario para el desarrollo sostenible. Dicho enfoque abarca, además de los programas integrados de salud reproductiva, acciones para proporcionar otros servicios sociales básicos, mejorar la condición de la mujer y realizar otras iniciativas de desarrollo. Si bien la CIPD se centró en las necesidades de recursos estimadas para los principales componentes de población y salud reproductiva dentro de un plan de acción concertado, el Programa de Acción también estipuló claramente que era preciso emprender en paralelo otras importantes acciones. Las metas de recursos, incluidos los 17.000 millones de dólares que se necesitan anualmente hacia el año 2000 para sufragar programas integrados de población, tendrían que ser complementadas con otros recursos a fin de satisfacer las demás metas y objetivos establecidos en el Plan de Acción, como la reducción de las tasas de mortalidad de lactantes, niños y madres, la educación básica para todos (y especialmente, para las niñas) y la ampliación de los medios de acción de la mujer.

348. Se ha estimado que los países en desarrollo y los países con economías en transición dedican aproximadamente 0,2% de sus PNB combinados a actividades de población que son parte del “conjunto presupuestado”. Los datos disponibles para todas las acciones en los sectores de salud y de educación ponen de manifiesto que, por lo general, en esos sectores se gastan sumas mucho mayores. En general, y en términos aproximados, esos países gastan un 2% del PNB en el sector de salud y un 4% en el sector de educación. Si se engloban salud y educación, las dos esferas principales del gasto social, los gastos para el “conjunto

presupuestado” de la CIPD ascienden a sólo al 3%, o menos, del gasto social. Sólo un 10% del total de los gastos de salud se destina a actividades de salud reproductiva y planificación de la familia, pese a la contribución de los servicios de salud reproductiva a aligerar la carga general de la enfermedad en los países en desarrollo y pese a la buena eficacia en función de los costos de muchas acciones pertinentes al respecto⁵².

Recientes adelantos en las alianzas para el desarrollo

349. La Iniciativa 20/20, que fue aprobada en 1995 en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social constituye un compromiso mutuo entre países copartícipes interesados, desarrollados y en desarrollo, de esforzarse por asignar, en promedio, 20% de su AOD y 20% de sus presupuestos nacionales, respectivamente, a los servicios sociales básicos. Los cinco componentes de los servicios sociales básicos, según la definición convenida en la reunión de la Iniciativa 20/20 celebrada en Oslo en 1996, son: atención primaria de la salud; educación básica; salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual; nutrición; y abastecimiento de agua y saneamiento básicos. Las cuentas de gastos gubernamentales raramente desagregan los servicios sociales básicos respecto de otros gastos, como o los efectuados en sistemas terciarios de salud, por ejemplo, hospitales, o de educación, incluidas las universidades.

350. A partir de 1996, los intentos de muchos países en desarrollo trataron de efectuar mediciones del gasto en servicios sociales básicos y con esos fines realizaron varios estudios especiales. En una reunión de seguimiento en la que participaron representantes de 29 países en desarrollo, 19 países donantes, 11 ONG internacionales y 13 organizaciones multilaterales de desarrollo, que se celebró en Hanoi en octubre de 1998, se acordó el “Consenso de Hanoi sobre la Iniciativa 20/20: Acceso Universal a los Servicios Sociales Básicos”, documento de 31 párrafos. En dicha reunión se convino en que la actual crisis económica y financiera pone de relieve la pertinencia de la Iniciativa 20/20 para proteger el acceso de las personas más vulnerables a los servicios sociales básicos. En la misma reunión también se determinó que la Iniciativa 20/20 aborda los aspectos de insumos de la estrategia de alianzas propuesta por el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) en el documento *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation* (Conformación del siglo XXI: Contribución de la cooperación para el desarrollo), en que se señaló que las necesidades compartidas a escala de país variarán en función de las circunstancias locales. En la reunión se exhortó al CAD a preparar un informe sobre el apoyo de donantes a servicios sociales básicos, utilizando tanto los datos aportados por los miembros como la evaluación de la asistencia por colegas y presentar la información a la reunión preparatoria del examen de los resultados al cabo de cinco años de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. En la reunión se convino en que el Consenso de Hanoi y el objetivo de lograr acceso universal a los servicios sociales básicos deberían presentarse y promoverse en los foros internacionales pertinentes.

351. El Banco Mundial, mediante los servicios de préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) proporcionó recursos para inversiones en el sector social por un total de 8.480 millones de dólares en el ejercicio económico de 1998. Este cómputo abarca préstamos reservados para el sector social: para salud, nutrición y población, para educación y para los componentes de protección social correspondientes a otros compromisos sectoriales. Los préstamos bancarios han apoyado cada vez más los programas integrados de salud reproductiva que asignan prioridad a las cuestiones de población, tanto directamente como por conducto de la asistencia sectorial y las acciones de reforma del sector de salud. Según su informe anual correspondiente a 1998, a partir del ejercicio financiero de 1992 el Banco Mundial aportó, en promedio, 354 millones de dólares anuales a proyectos que abarcaban

aquellos dos componentes.

352. En el informe anual del Banco correspondiente a 1998 se señalan asignaciones sustanciales a proyectos con componentes de género (2.500 millones de dólares); a los sectores de salud, nutrición y población (2.000 millones de dólares); y educación (3.100 millones de dólares). Se concedieron préstamos adicionales por un importe de 3.760 millones de dólares para acciones en materia de protección social, que abarca proyectos cuyo objetivo es ayudar a los pobres a hacer frente a las dificultades económicas y el cambio en la economía, prestar asistencia a los refugiados y otras personas desplazadas en situaciones de emergencia, así como formular políticas pertinentes y ejecutar iniciativas de desarrollo social generadas localmente.

353. En noviembre de 1998 se anunció que entre mediados de 1999 y mediados de 2002, la AIF dispondrá de 20.500 millones de dólares para desembolsar entre 80 o más de los países más pobres del mundo. El Banco indicó que su propósito es proporcionar durante ese período un 50% de los recursos de la AIF a los países africanos comprometidos en pro de la reducción de la pobreza, incluidas acciones de servicios sociales, reforma económica y crecimiento económico sostenible de amplia base.

354. Varios estudios realizados para la Iniciativa 20/20 aportan estimaciones a grandes rasgos de las cuantías de gastos corrientes de países en desarrollo en servicios sociales básicos, así como de los recursos adicionales necesarios. Al englobar los componentes de los servicios sociales básicos, se determina que se necesitarán entre 70.000 y 80.000 millones de dólares, además de lo que se gasta actualmente, a fin de lograr el acceso universal al conjunto completo de servicios sociales básicos. El déficit de recursos incluye los 7.000 millones de dólares adicionales necesarios para llevar a la práctica las partes presupuestadas del Programa de Acción de la CIPD.

355. La Unión Europea anunció en El Cairo que se proponía incrementar hacia fines de siglo su asistencia al sector de población, decuplicándola con creces para llegar a un total anual que, según las proyecciones, ascendería a 347 millones de dólares hacia el año 2000. Su apoyo financiero a proyectos y programas de población ha ido en aumento; hacia 1997, la Unión Europea asignó un importe estimado en 140 millones de dólares con destino a actividades de población. Si se contara con un creciente compromiso político y se fortaleciera la capacidad técnica para asignar esos fondos y vigilar su empleo, esta modalidad podría complementar aún más los mecanismos bilaterales y multilaterales existentes.

356. La cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) ha ido en aumento merced a las actividades ampliadas del programa del grupo Asociados para la Población y el Desarrollo (“la Iniciativa Sur-Sur”), que recibe apoyo del FNUAP y financiación de fundaciones privadas. Esas acciones de CTPD proporcionan un mecanismo adicional para la asistencia técnica con eficacia en función de los costos y un componente que se agrega a las corrientes de recursos.

Obstáculos

Países donantes

357. Después de la CIPD, se observaron algunas tendencias positivas. En primer lugar, en el período 1994-1995 se registró algún grado de aumento de la asistencia externa para cuestiones de población. En segundo lugar, varios países donantes respondieron a la CIPD replanteando sus políticas de asistencia y el papel que deberá desempeñar el Programa de Acción en su estrategia general de asistencia para el desarrollo. Alemania, Dinamarca, los Estados Unidos, el Japón, los Países Bajos y el Reino Unido han introducido en sus estrategias de asistencia cambios sustanciales y de gran entidad para abordar mejor las metas de la CIPD.

358. Asimismo, después de la CIPD aumentó la proporción del total de AOD destinada a cuestiones de población y en 1997 ascendió a un nivel alto sin precedentes históricos de 3,09% (cálculo preliminar) de la AOD, lo cual demostró que los donantes hacían mayor hincapié que en el pasado en las cuestiones de población. Aun cuando esta tendencia es alentadora, en los últimos años ha disminuido *el total* de la AOD y, en consecuencia, ese porcentaje refleja en verdad un crecimiento mucho más lento, o incluso un crecimiento negativo, del total de los recursos asignados a actividades de población.

359. Lamentablemente, aun cuando después de la CIPD aumentaron los recursos destinados a cuestiones de población, ese aumento no se ha efectuado a una velocidad que posibilite satisfacer la meta convenida de 17.000 millones de dólares hacia el año 2000. Un obstáculo de grandes proporciones que se opuso al incremento de la movilización de recursos, de conformidad con las metas de recursos establecidas en la CIPD, ha sido la tendencia a un lento decrecimiento de la AOD. Hay varias razones para esta tendencia. Algunos países donantes han reducido la asistencia como medida global para reducir los déficit presupuestarios. En algunos países se ha perdido confianza en la eficacia de la asistencia para el desarrollo. Los grandes aumentos en las inversiones del sector privado efectuadas en 10 ó 12 países en desarrollo en el período 1993-1996, así como la convicción cada vez mayor de la importancia del desarrollo impulsado por el mercado, también pueden haber militado contra la AOD, que está preponderantemente vinculada a proyectos en el sector público.

360. Las tendencias a la descentralización de la asistencia externa y de los recursos nacionales, sumadas a la reforma estructural global, han planteado nuevos retos para la gestión, la vigilancia y la evaluación de programas. Esas tendencias a la reestructuración, que incrementan la eficacia de la asistencia en el largo plazo, han impulsado a los países a enfrentar la necesidad de ampliar más rápidamente su capacidad técnica y financiera para ejecutar programas.

361. Las rígidas políticas de asistencia de algunos países donantes menoscaban la flexibilidad necesaria para aumentar y aprovechar eficazmente las corrientes de recursos y los sistemas de información de gestión de los donantes, que imponen exigencias al mismo tiempo que son inapropiados para vigilar la asistencia de población descentralizada.

362. Otro obstáculo que se opone a alcanzar las metas de recursos indicadas en el Programa de Acción es el grado de compromiso de algunos países donantes. Varios países donantes que antes de la CIPD habían dedicado una porción relativamente pequeña del total de su AOD a cuestiones de población, mantienen esos bajos niveles, pese al consenso sobre la importancia fundamental de las cuestiones de población para el

desarrollo y la necesidad de llevar a la práctica el plan a 20 años estipulado en el Programa de Acción. Es así como varios países de Europa dedican sustancialmente menos que siquiera el 1% de su AOD a la realización del Programa de Acción.

363. Desde otra perspectiva, si todos los países donantes que actualmente no ofrecen asistencia con una cuantía de al menos 3,5% a 4% de la AOD lo hubieran hecho en 1996, se habría dispuesto de un importe adicional de entre 902 millones y 1.110 millones de dólares con destino a la financiación de las acciones internacionales en materia de población, además de los 2.000 millones asignados actualmente⁵³. Si se hubiera logrado una cuantía superior (4% a 5%) de la AOD, con arreglo a la definición ampliada de los programas de población y salud reproductiva, los recursos agregados podrían haber llegado hasta 1.710 millones de dólares.

Países en desarrollo

364. Además de las limitaciones financieras, la insuficiencia de los recursos técnicos y humanos figura entre las limitaciones más frecuentemente señaladas en los informes de los países en desarrollo relativos a los obstáculos que se oponen a la realización del Programa de Acción de la CIPD. Hay otros obstáculos que han militado contra el aumento de las corrientes de recursos, como las crisis financieras, los muy bajos precios de los productos de exportación, las limitaciones impuestas por programas de ajuste estructural en curso y la inestabilidad política. En esas circunstancias, los pronunciamientos anteriores no siempre se traducen en corrientes de recursos nacionales destinados a programas de población, servicios sociales básicos y programas encaminados a fomentar la equidad e igualdad de género.

365. La pobreza y las necesarias respuestas a las crisis económicas que han erosionado los recursos ya escasos del sector público se traducen en una cuantía excesivamente pequeña de recursos disponibles para programas sociales básicos. Las respuestas a las preguntas acerca de qué prioridades deberían orientar la gobernabilidad y las decisiones financieras siguen revistiendo importancia crítica. El importe, estimado en 8.000 millones de dólares, recaudado en el plano nacional con destino a cuestiones de población sigue siendo inferior en 3.300 millones de dólares a la meta fijada para el año 2000. Si bien en las circunstancias reinantes será difícil cubrir totalmente ese déficit, es preciso realizar mayores esfuerzos para incrementar los adelantos, y los progresos resultantes, logrados en el período 1994-1997.

366. Un obstáculo que puede redundar en falta de compromiso político es la ausencia de información oportuna, fidedigna y políticamente pertinente generada en los países en desarrollo, la cual arrojaría luz sobre los problemas nacionales de población, los adelantos de los programas y los vínculos con otras cuestiones de desarrollo y contribuiría a obtener apoyo para futuras acciones. Los insuficientes e incompletos datos sistemáticos sobre corrientes de recursos y necesidades de programas obstaculizan los esfuerzos por diagnosticar las necesidades, asignarles prioridad y evaluar los programas en curso, así como movilizar y asignar recursos.

367. Si bien después de la CIPD se han logrado algunos notables progresos, la oposición a los programas de población por motivos tradicionales o culturales sigue siendo un obstáculo que se opone a la movilización de los recursos en ciertos contextos nacionales. Esa oposición también puede influir sobre el alcance de los programas de población a los que se asignarían los recursos. En algunos casos, se han utilizado campañas de información errónea sobre el propósito real de los programas de población, a fin de estigmatizar las actividades de población y suscitar una opinión pública adversa. Las actividades de IEC, la capacitación y la promoción relativa a cuestiones de población y su pertinencia a las estrategias de desarrollo pueden contribuir a rectificar

esas percepciones erróneas.

Acción futura necesaria

368. Deberían redoblarse los esfuerzos – por parte de los países receptores, de los países donantes, de las organizaciones multilaterales, incluidos los bancos regionales de desarrollo, de las fundaciones, del sector privado, de las ONG y de otros representantes de la sociedad civil – tanto para promover que se logre el nivel necesario de recursos a fin de realizar cabalmente el Programa de Acción de la CIPD como para contribuir a la provisión de esos recursos.

369. Los gobiernos de países en desarrollo deberían tratar de incrementar sus inversiones en el sector social en general y que se proporcione a escala nacional una mayor parte de los recursos necesarios.

370. Los gobiernos de los países en desarrollo deberían seguir tratando de velar por el aprovechamiento eficaz y eficiente de recursos, tanto nacionales como externos, fortaleciendo la capacidad técnica y de gestión de los programas de salud reproductiva, especialmente habida cuenta de adelantos como los enfoques sectoriales y la descentralización.

371. Los gobiernos de los países en desarrollo deberían fortalecer los mecanismos de coordinación de programas nacionales de salud reproductiva involucrando a todos los copartícipes, entre ellos las organizaciones de la sociedad civil, las ONG y las entidades del sector privado. Además, todos los países, tanto donantes como receptores, deberían tratar de mejorar la planificación y realización de los programas de población y las relaciones de estos con las estrategias de desarrollo.

372. Los gobiernos de países en desarrollo deberían realizar estudios a fin de crear una base de conocimientos capaz de poner de relieve las relaciones recíprocas entre cuestiones de población, de medio ambiente, de pobreza y de desarrollo. Es preciso iniciar esos estudios en un plano avanzado y vincularlos a una estrategia de promoción, de modo que dichos mensajes lleguen al público, a los medios de difusión, a los parlamentarios y a los líderes de opinión, y sean oídos e incorporados internamente.

373. Finalmente, es preciso que todos los países y todos los copartícipes consideren que la ejecución del Programa de Acción ha de ser una acción en colaboración, en que todas las partes sigan colaborando y esforzándose más por alcanzar las metas y objetivos de la CIPD. Todos los países, tanto desarrollados como en desarrollo, deberían participar en un intercambio abierto, fiel y oportuno de la información sobre los adelantos de los programas, los obstáculos con que han tropezado y los compromisos que han asumido en materia de recursos y gastos.

374. Tras dos años, 1994 y 1995, en que se produjeron alentadores aumentos en la cuantía de la asistencia internacional de población, en 1996 y 1997 disminuyeron los importes de la AOD. En 1996, la asistencia internacional de población osciló en el mismo nivel que en 1995; las cifras provisionales indican que en 1997 hubo una ligera disminución. Éste es un hecho que desalienta y desanima, especialmente si se tienen en cuenta los grandes efectos negativos sobre la provisión de servicios sociales causados por la crisis económica y financiera que asoló durante los pasados 18 meses a los países del Asia sudoriental, a la Federación de Rusia y a los países de América Latina, así como la persistente vulnerabilidad de otros países y regiones en desarrollo. Esos acontecimientos sumamente inquietantes ahondan en gran medida la preocupación de todas las partes e individuos que se han comprometido a alcanzar las metas y objetivos planteados en el Programa de Acción de

la CIPD para mejorar la calidad de la vida. Cabe esperar que lo ocurrido en el período 1996-1998 resulte ser una mera anomalía y que en 1999 se reanude la tendencia al aumento en la movilización de la asistencia internacional de población y que ésta se acelere en el año 2000 y más adelante.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Family Planning and Reproductive Health in CCEE and CIS: documento de trabajo, FNUAP/OMS Europa, diciembre de 1997.

Informal Trip Reports from High-Level Meetings in Addis Ababa, Ethiopia; Aruba, and Bangkok, Thailand. FNUAP, 1998.

Informes al Consejo Económico y Social presentados por las Comisiones Económicas y Sociales Regionales CEPAL, CESPAP y CEP, 1998.

Informes de diversos países al FNUAP. FNUAP, División de Asuntos Técnicos y de Políticas, 1997.

Naciones Unidas. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Volumen 1. Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, ST/ESA/SER.A/149. Nueva York, Naciones Unidas, 1995.

Naciones Unidas. *World Population Monitoring 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. Nueva York, Naciones Unidas, 1998.

OMS. *Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (WHO/RHT/MSM/97.16), Ginebra, OMS, 1998.

OMS/UNICEF. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (WHO/FRH/MSM/96.11 y UNICEF/PLN/96.1), Ginebra, 1996.

Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries, K. Hardee y otros, *The POLICY Project of the Futures Group*, 1998.

Preliminary Report on Research Project Examining Follow-up to the ICPD. Nueva York, Center for International Cooperation, NYU, 1998.

UNFPA Field Inquiry Responses, Secretaría de la CIPD+5, FNUAP, División de Asuntos Técnicos y de Políticas, 1998.

NOTAS

¹Naciones Unidas. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Volumen 1. Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, ST/ESA/SER.A/149. Nueva York, Naciones Unidas, 1995.

² *Ibíd.*, párrafos 3.4 a 3.9.

³*Preliminary Project Summary for National Report Summaries on Cairo +5* (Nueva York, Center for International Cooperation, New York University, 1998).

⁴La Mesa Redonda de Expertos sobre la vigencia de los derechos reproductivos y la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la ampliación de los medios de acción de la mujer, la participación masculina y los derechos humanos, se celebró en Kampala del 22 al 25 de junio de 1998; la Mesa Redonda sobre salud sexual y salud reproductiva de los adolescentes se celebró en Nueva York en abril de 1998.

⁵ Ministerio de Salud, *Population and Health Sector Strategy* (Dhaka, 1997).

⁶ FNUAP, “*ICPD: Four Years Later*”, documento de antecedentes presentado en la Mesa Redonda de Expertos sobre la vigencia de los derechos reproductivos y la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la ampliación de los medios de acción de la mujer, la participación masculina y los derechos humanos, celebrada en Kampala del 22 al 25 de junio de 1998.

⁷ K. Hardee, K. Agarwal, N. Luke, E. Wilson, M. Pendzich, y H. Cross, *Post-Cairo Reproductive Health Policies: A Comparative Study of Eight Countries* (North Carolina, The Futures Group International, 1998).

⁸ M. Xaba, S. Fonn, K. Tint, D. Conco y S. Varkey, *Transformation of Reproductive Health Services Project, South Africa: A Collaboration Between the Women’s Health Project and Three Provincial Departments of Health and Welfare*, texto editado, 1998.

⁹ Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva y Planificación de la Familia, *Accountability Mechanisms: Marking Progress in the Implementation of ICPD, National-level Policy Reform in Brazil: the Paisme Experience* (Nueva York, 1997).

¹⁰ Hardee y otros, obra citada.

¹¹ *Ibíd.*

¹² Z. U. Gill, “*ICPD 1994, RH Agenda: Experience of Turning Dream into Reality in Bangladesh*”, documento inédito, 1997.

¹³ F. Mehrotra y E. Singh, *Assessment of Gender Mainstreaming in UNFPA Programmes and Projects: The India Country programme* (1997).

¹⁴ Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, *Report and Key Future Actions Required to Achieve the Goals of the ICPD POA and Bali Declaration* (Bangkok, CESPAP, 1998).

- ¹⁵Haberland, Miller, Bruce, y Fassihian, *Unutilized Capacity and Missed Opportunities in Family Planning Services* (Nueva York, *Population Council*, de próxima publicación).
- ¹⁶División de Salud de la Familia, Departamento de Salud, Ministerio de Salud, *National Reproductive Health Strategy* (Nepal, 1998).
- ¹⁷RCardich, J. Helzner, M. Marques, J. Schutt-Aine, V. Ward, y T. Williams, “Estudio de la calidad desde la perspectiva de género”, texto inédito, 1998.
- ¹⁸ FNUAP, “*Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes including Women’s Empowerment, Male Involvement and Human Rights*”, informe presentado a la Mesa Redonda de Expertos celebrada en Kampala, 22 a 25 de junio de 1998.
- ¹⁹“*The Unfinished Transition*”, *The Population Council Issues Papers* (Nueva York, *The Population Council*).
- ²⁰FNUAP, “*Reproductive Health and Rights of Refugees*”, documentos de antecedentes preparado para la Consulta Técnica sobre salud reproductiva de los refugiados, celebrada en Rennes, Francia, 3 a 5 de noviembre de 1998.
- ²¹ Naciones Unidas, *World Population Monitoring. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (Nueva York, Naciones Unidas, 1998).
- ²²FNUAP, *Estado de la Población Mundial 1997*. “*El derecho a elegir: Derechos reproductivos y salud reproductiva*” (Nueva York, FNUAP, 1997).
- ²³ Haberland, Miller, Bruce y Fassihian, obra citada.
- ²⁴ *Ibíd.*
- ²⁵ Esta estimación se efectuó para el período 1990-1995. Naciones Unidas, *World Population Monitoring 1996 Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*” (Nueva York, Naciones Unidas, 1998).
- ²⁶ Naciones Unidas, *World Population Monitoring*, obra citada.
- ²⁷ Notas de la Segunda, la Tercera y la Cuarta Reunión Anual sobre Anticoncepción de Emergencia, organizadas por el *Consortium on Emergency Contraception*, 1996, 1997 y 1998.
- ²⁸“*FDA Tells Two Researchers to Stop Distribution of Drug for Sterilization*”, *The Wall Street Journal*, 19 de octubre de 1998.
- ²⁹ FNUAP, *Donor Support for Contraceptive Commodities 1996* (Nueva York, FNUAP, 1998).
- ³⁰ DKT International, *1997 Contraceptive Social Marketing Statistics* (Washington, 1998).
- ³¹Ch. Westoff, A. Sharmanov, y J. Sullivan, *The Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics* (Princeton, *Population Resource Center*, 1997).
- ³² OMS/UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (WHO/FRH/MSM/96.11 y UNICEF/PLN/96.1) (Ginebra, OMS, 1996).

³³ Grupo Interinstitucional para la Maternidad sin Riesgos, “*Safe Motherhood in the New Millenium: The Action Agenda*”, informe sobre de la Consula Técnica sobre maternidad sin riesgos, proyecto de texto, 1998.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ OMS, *Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (WHO/RHT/MSM/97.16) (Ginebra, OMS, 1998).

³⁶ Ch. Westoff, A. Sharmanov, y J. Sullivan, obra citada

³⁷ V. Ghetau, *Maternal Mortality and Abortion in Romania 1990-1997* (Bucarest, FNUAP, 1998).

³⁸ IPAS, Comunicación personal, 1998.

³⁹ Naciones Unidas, *World Population Estimates and Projections, 1998 Revision* (Nueva York, Naciones Unidas, 1998).

⁴⁰ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update: 1998* (Ginebra, UNAIDS, 1998).

⁴¹ UNAIDS, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update* (UNAIDS/97.4) (Ginebra, UNAIDS, 1997).

⁴² En el Programa de Acción se alude a la “sociedad civil”, pero no se la menciona específicamente. Las definiciones del concepto de “sociedad civil” son diversas. A los fines del presente documento, se utilizará la frase “sociedad civil” para denotar a instituciones no estatales (por ejemplo, ONG; grupos comunitarios; asociaciones profesionales; comunidades confesionales; entidades del sector privado (con fines de lucro); sindicatos; fundaciones; instituciones académicas; y grupos de mujeres, de hombres y de jóvenes), así como miembros individuales de la sociedad. Los parlamentarios son un caso singular, pues establecen puentes entre la sociedad civil y los mecanismos gubernamentales.

⁴³ El informe del FNUAP *Global Population Assistance Report* está disponible en la *Internet*, en la siguiente dirección: <http://www.nidi.nl/resflows>.

⁴⁴ Aun cuando esos préstamos por lo general se computan como asistencia externa, los países receptores deben devolver una parte, de modo que una fracción grande del total de los préstamos podría realmente computarse como asignación de créditos nacionales.

⁴⁵ La AOD está constituida por los recursos originados exclusivamente en los países donantes, a diferencia de las fuentes multilaterales o privadas.

⁴⁶ Los datos proporcionados para 1997 (y a continuación, para 1998) son preliminares e incompletos.

⁴⁷ Los gastos de las ONGsufiagados con sus propios ingresos constituyen una porción muy pequeña del total, en comparación con los gastos gubernamentales.

⁴⁸ Las estimaciones de gastos per cápita se calcularon por subregión y luego se extrapolaron de modo de abarcar el total de las poblaciones de las regiones.

⁴⁹ Los autores de los estudios de casos efectuados por el NIDI manifiestan que, si bien las categorías

funcionales de población utilizadas para la medición de las corrientes de recursos se basan en el párrafo 13.14 del Programa de Acción de la CIPD, los informes acerca de asignaciones presupuestarias distribuidas entre los elementos de salud reproductiva, planificación de la familia y, en algunos casos, actividades de prevención del VIH/SIDA, no guardan coherencia entre distintos países. La dificultad en asignar corrientes de recursos de la infraestructura común del sistema de prestación de servicios entre servicios de planificación de la familia y otros servicios de salud reproductiva fue reconocida en el párrafo 13.15 del Programa de Acción, donde se indicó una proporción para el sistema combinado de prestación de servicios.

⁵⁰. UNAIDS y OMS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Ginebra, 1998).

⁵¹. FNUAP, *Global Population Assistance Report 1996* (Nueva York, FNUAP, 1998), pág. 20.