

género” en la educación, la situación de desventaja relativa en que se encuentran las niñas sigue privándolas de educación secundaria en la mayoría de los países del África meridional, el África al sur del Sahara y varias otras regiones en desarrollo. En 2000, un 31% de las mujeres carecían de todo tipo de educación escolar, en comparación con el 18% de los hombres.

Las inversiones en educación tienen importancia crítica para el futuro.

Objetivos de población, pobreza y desarrollo mundial: El camino hacia adelante

El logro de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio depende en parte de la disponibilidad universal de servicios de planificación de la familia y otros servicios de salud reproductiva y salud sexual.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN. Los requerimientos esenciales son dirigir la asistencia directamente hacia los pobres, reducir sus costos y darles voz con respecto a las políticas y los programas que los afectan. Es preciso que los gobiernos, las comunidades, el sector privado y la comunidad internacional cooperen más estrechamente. Los donantes deberían alentar las alianzas entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Debería prestarse particular atención a incorporar las opiniones de los pobres en el diseño, la realización y el monitoreo de los programas.

Los servicios de salud reproductiva —planificación de la familia, prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, atención durante el embarazo y el parto y alumbramiento en condiciones de seguridad— son más eficaces cuando forman parte de un conjunto de servicios integrados. La eficiencia de la reforma del sector de salud depende de que se garanticen e incrementen los recursos, se aprovechen mejor los disponibles y se preste apoyo desde las instancias centrales para proteger servicios que no pueden ofrecerse localmente. Se necesitan medidas concretas de protección de servicios preventivos como los de salud reproductiva. Los pobres no pueden sufragar los cargos al usuario, que han privado a millones de pobres, particularmente mujeres y niños, de la atención necesaria.

En 1994, los países participantes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se comprometieron a alcanzar la meta del acceso universal a los servicios de salud reproductiva antes de 2015. Esta meta sigue siendo prioritaria para la comunidad internacional. A fin de conquistar dicha meta es preciso establecer medidas mínimas de seguridad social —servicios gratuitos, atención subsidiada, planes de seguros y honorarios variables y acordes con la capacidad de pago— para asegurar que los pobres reciban atención de la salud reproductiva.

Para obtener más información:

Fondo de Población de las Naciones Unidas
División de Información y Relaciones Externas
220 East 42nd Street, 23rd Fl., New York, New York 10017.
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (212) 297 5020; Fax: +1 (212) 557 6416
E-mail: ryanw@unfpa.org

El programa de la CIPD contribuye a encuadrar la cuestión de la financiación de la salud en función de las necesidades y el empoderamiento de los clientes. Lo que debe preguntarse frente a cualquier iniciativa en materia de políticas es ¿perjudicará a los pobres? ¿discriminará contra la mujer?

Cuando se presta mayor atención a la mitigación de la pobreza se asegura que los beneficios de los programas lleguen directamente a los pobres. Entre los grupos con servicios insuficientes figuran los pobres rurales y urbanos, los migrantes, los refugiados y personas desplazadas, así como los adolescentes.

Al aplicar enfoques integrados que abarcan la satisfacción de diferentes necesidades se faculta a las personas a escoger su propio rumbo para liberarse de la pobreza. Los planes de microcrédito figuran entre los medios más eficaces y a menudo abarcan otros servicios, como los de alfabetización y planificación de la familia.

Los países necesitan mejorar sus sistemas de recopilación y manejo de datos para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los países más pobres necesitan asistencia externa al respecto. El UNFPA está colaborando con otros organismos aliados del sistema de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales, donantes bilaterales y fundaciones para fortalecer la capacidad de monitoreo de los países.

Desde 1969, el UNFPA ha sido la mayor fuente multilateral de asistencia en materia de población; ha aportado casi 6.000 millones de dólares a programas de población y salud reproductiva.

En la CIPD, los países convinieron en que un tercio de los importes necesarios para programas básicos de salud reproductiva y población en 2000 (17.000 millones de dólares anuales), es decir, 5.700 millones de dólares, sería aportado por la comunidad internacional; dos tercios, o sea 11.400 millones de dólares, serían aportados por los países en desarrollo y otros países necesitados de asistencia.

En el año 2000, el gasto ascendió a un total de 10.900 millones de dólares, vale decir, hubo un déficit de 6.100 millones. Los países donantes aportaron 2.600 millones de dólares, menos de un cuarto (24%) del total de los gastos y menos de la mitad (46%) de los importes que habían prometido. Los países en desarrollo aportaron 8.300 millones de dólares, un 76% del total de los gastos y un 73% de los importes prometidos.

Las metas internacionales de reducción de la pobreza y mejor calidad de la vida ofrecen una visión noble. Para alcanzar y proteger esas metas, será necesario a la vez centrarse en ellas y ser sensibles al contexto. El acceso universal a servicios de salud reproductiva, la educación universal y el empoderamiento de la mujer son metas por derecho propio, pero también son condiciones para eliminar la pobreza.

En el sitio del UNFPA en la Web, www.unfpa.org, puede encontrarse el informe completo y este resumen en español, francés e inglés, además de materiales periodísticos y hojas de datos.

estado de la población mundial 2002 población, pobreza y oportunidades

Resumen para la prensa

(No debe darse a conocer antes del 3 de diciembre de 2002)

Para reducir la pobreza en los países en desarrollo es preciso actuar con urgencia y combatir la deficiente salud reproductiva, ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados y eliminar el analfabetismo y la discriminación por motivos de género, advierte el informe *El Estado de la Población Mundial 2000* preparado por el UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas

En el informe se afirma que abordar las cuestiones de población tiene importancia crítica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad antes de 2015 la pobreza y el hambre en todo el mundo, reducir el número de defunciones de madres y niños, contrarrestar el VIH/SIDA, impulsar la igualdad de género y promover el desarrollo ambientalmente sostenible.

El informe señala el “efecto de población” sobre el crecimiento económico y presenta datos recientes, según los cuales a partir de 1970 los países en desarrollo con menores tasas de fecundidad y de crecimiento demográfico han registrado mayor productividad, más ahorro y más inversión productiva. Su crecimiento económico ha sido más acelerado.

Para un mayor crecimiento económico, tienen importancia vital las inversiones en salud y educación, así como la igualdad de género. Puede atribuirse a los programas de planificación de la familia y población casi un tercio de la disminución de la fecundidad en todo el mundo entre 1972 y 1994. Esas inversiones sociales atacan la pobreza directamente y empoderan a la gente, especialmente las mujeres; posibilitan las opciones.

Cuando disponen de verdaderas opciones, los pobres en países en desarrollo tienen familias más pequeñas que sus padres y madres. Esta disminución de la fecundidad en “microescala” se traduce al cabo de una generación en un potencial crecimiento económico en “macroescala”, en forma de un grupo numeroso de personas en edad activa que apoyan a una cantidad relativamente menor de dependientes más viejos y más jóvenes.

Esta “oportunidad demográfica” sólo se abre por única vez y se cerrará a medida que las poblaciones vayan envejeciendo y que vaya aumentando el número de dependientes de más edad. Cuando las demás políticas son propicias, esa oportunidad puede dar lugar a progresos espectaculares. Varios países del Asia oriental, así como México y el Brasil, han aprovechado la oportunidad. La disminución de la fecundidad en el Brasil fue equivalente a un crecimiento económico del 0,7% del PIB per cápita por año.

No obstante, la distancia que separa a los ricos de los pobres sigue aumentando y los países más pobres continúan a la zaga. La pobreza, la mala salud y la fecundidad tienen las tasas más altas en los países menos adelantados, cuya población se ha triplicado en comparación con la de 1955 y, según se prevé, casi se triplicará nuevamente en los próximos 50 años.

Es necesario efectuar mayores inversiones sociales para promover una mejor salud, posibilitar que los padres y madres tengan el

número de hijos que desean, alentar nuevas disminuciones en la fecundidad y proporcionar mejor educación y mayores opciones en la vida. Ese proceso acelerará la acumulación del “capital humano” necesario para un desarrollo acelerado y sostenible. Se necesita mucha más atención de parte de los encargados de formular políticas y mucho más apoyo internacional a la población y la salud reproductiva para que los países puedan reducir la pobreza a la mitad hacia 2015 y lograr progresos reales hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Múltiples dimensiones de la pobreza

El ingreso no es la única forma de medir la pobreza y el crecimiento económico, por sí mismo, no la eliminará. Para escapar de la pobreza es preciso lograr mayor capacidad personal y mayor acceso a los recursos, las instituciones y el apoyo.

La discrepancia global entre ricos y pobres, en todo el mundo y dentro de un mismo país, ha ido en aumento. La diferencia en el ingreso per cápita entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial aumentó desde 30 a 1 en 1960 hasta 78 a 1 en 1994. Decreció levemente hasta 74 a 1 en 1999.

La mala salud, el analfabetismo, la insuficiente escolarización, la exclusión social, la falta de poder y la discriminación por motivos de género contribuyen a la pobreza. La mala salud reduce la capacidad personal, rebaja la productividad y aminora los ingresos. La alta prevalencia de la enfermedad y la mala salud en un país perjudica su rendimiento económico, mientras que una mayor esperanza de vida, indicador fundamental del estado de salud, estimula el crecimiento económico. Un análisis de 53 países entre 1953 y 1990 comprobó que un 8% del total del crecimiento económico podía atribuirse a las más altas tasas de supervivencia de adultos.

El progreso ha sido más fácil y rápido en los países que han ofrecido servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, mayor cobertura y calidad en la educación y mayor igualdad de género y que han establecido sistemas de gobernabilidad y participación social con responsabilidad y rendición de cuentas.

Para diagnosticar la pobreza y extraer implicaciones para las políticas, es preciso utilizar una sabia combinación de información sobre el ingreso, los indicadores y la participación. Las instituciones deben tener incentivos para utilizar esta información a los fines de la planificación.

Macroeconomía, pobreza, población y desarrollo

Los datos demográficos y económicos sobre 45 países en desarrollo en períodos largos muestran que una alta tasa de fecundidad acrecienta la pobreza al frenar el crecimiento económico y distorsionar la distribución del consumo en perjuicio de los pobres.

Al posibilitar que las mujeres tengan familias más pequeñas – reduciendo la mortalidad, aumentando la educación y mejorando el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación de la familia – se contrarrestan aquellos dos efectos. Los efectos sobre la reducción de la pobreza en los países se ponen en evidencia a juzgar por el aumento del producto interno bruto (PIB) medio y la variación en el consumo.

La incidencia media de la pobreza en 1980 era del 18,8%, o aproximadamente una de cada cinco personas. Si durante el decenio de 1980 todos los países hubieran reducido la tasa neta de fecundidad en 5 por 1.000, como lo hicieron muchos países asiáticos, se habría reducido la incidencia de la pobreza hasta 12,6%, o una de cada ocho personas.

Las familias más pequeñas tienen menores gastos y mayores oportunidades de acrecentar su ingreso y sus ahorros, lo cual conduce a un mayor consumo. La mitad del adelanto en el crecimiento económico atribuible a la población es resultado de aprovechar la “oportunidad demográfica” y la otra mitad, es consecuencia de desplazar el consumo económico hacia los pobres. Los efectos pueden ser considerables. Por ejemplo, una disminución de 4 por 1.000 en la tasa neta de natalidad se traduciría en el próximo decenio en una reducción en 2,4% del número de personas que viven en la pobreza absoluta.

Pobreza y género

Es mayor el número de mujeres que el de hombres que viven en la pobreza. En el último decenio la disparidad ha aumentado, particularmente en países en desarrollo. Al reducir la “discrepancia de género” en salud y educación se reduce la pobreza individual y se alienta el crecimiento económico.

Si bien el crecimiento económico y la elevación del ingreso reducen la desigualdad de género, no eliminan todas las barreras que se oponen a la participación social y el desarrollo de la mujer. Es preciso adoptar acciones concretas para asegurar que las instituciones sociales y jurídicas garanticen la igualdad de la mujer en cuanto a los derechos humanos y los derechos jurídicos básicos. Las mujeres necesitan tener acceso a la tierra y otros recursos y poder controlarlos, y también necesitan empleo e ingresos equitativos, además de participación social y política.

Los efectos más obvios y brutales del prejuicio de género se ponen de manifiesto en la violencia sexual. Una de cada tres mujeres será, en algún momento de su vida, víctima de violencia.

El grado de poder, el nivel de nutrición, el estado de salud y la asignación del tiempo pueden ser factores más importantes que el ingreso para determinar las diferencias en bienestar entre hombres y mujeres. Las encuestas muestran que en casi todos los países, las mujeres trabajan más horas que los hombres y que al menos la mitad del tiempo total de trabajo de la mujer se dedica a tareas no remuneradas. Gran parte de este trabajo no se computa en los sistemas de cuentas nacionales. Esta invisibilidad se trasunta en incapacidad: lo que los países no computan, tampoco lo apoyan.

Los programas que reducen la desigualdad de género pueden mejorar apreciablemente el bienestar de los individuos y los hogares

y el crecimiento económico de los países. Si los países de África al sur del Sahara, el Asia meridional y el Asia occidental hubieran tenido la misma proporción femenina/masculina en años de escolarización que el Asia oriental en 1960, y si aquellos países hubieran eliminado la discrepancia de género en la educación con la tasa lograda en el Asia oriental entre 1960 y 1992, su ingreso per cápita podría haber aumentado de 0,5 a 0,9 puntos porcentuales más por año en África al sur del Sahara, 1,7% más en el Asia meridional y 2,2% más en el Asia occidental.

Al mejorar la educación de la mujer se contribuye a reducir las tasas de fecundidad y de malnutrición infantil y a mejorar la supervivencia de las madres y los niños. Un estudio comprobó que un año adicional de educación femenina reduce la fecundidad total en 0,23 alumbramientos; según otro, la reducción es de 0,32 alumbramientos. En los países donde las niñas tienen una probabilidad de asistir a la escuela igual a la mitad de la de los niños, hay en promedio 21 defunciones más de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos que en los países donde no hay tal discrepancia de género.

Otro factor clave para frenar la epidemia de SIDA es empoderar a la mujer. Actualmente, las mujeres constituyen casi la mitad del total de adultos infectados; en los países más afectados de África al sur del Sahara, constituyen el 58% de los adultos infectados. Un estudio sobre Zambia reveló que sólo un 11% de las mujeres entrevistadas pensaban que una mujer casada podía pedir a su esposo que usara un condón, aun cuando supiera que él había visitado a trabajadoras del sexo y que probablemente estuviera infectado.

La comunidad mundial ha elaborado un valioso conjunto de disposiciones para abordar la desigualdad. Sus recomendaciones figuran en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

Mala salud y pobreza

La mala salud es a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. En los países menos adelantados, la esperanza de vida es de sólo 49 años y uno de cada 10 niños no llega a cumplir un año. En una encuesta realizada en 31 países, los pobres citaron con mayor frecuencia la enfermedad entre las causas de haber caído en la pobreza.

Se atribuye a la mala salud reproductiva un quinto de la carga de enfermedad que pesa sobre las mujeres en los países en desarrollo y un 40% de la carga sobre las mujeres de África al sur del Sahara.

Una de las mayores discrepancias entre ricos y pobres se registra en cuestiones de salud reproductiva. Esto se traduce en que las mujeres y las familias pobres tienen menores oportunidades de liberarse de la pobreza.

Las mujeres pobres enfrentan un riesgo de muerte durante el embarazo y el parto hasta 600 veces superior al que corren las mujeres de países desarrollados. Una mujer pierde la vida por esas causas cada minuto, es decir, más de medio millón de mujeres por año. El riesgo a lo largo de toda la vida de una mujer de fallecer por causas relacionadas con la maternidad es 1 en 19 en África, 1 en 132 Asia y 1 en 188 en América Latina, en comparación con 1 en 2.976 en países desarrollados. El personal capacitado en atención del parto podría reducir esos riesgos. No obstante, en el Asia meridional las probabilidades de que los pobres utilicen esos servicios es sólo un

décimo de las correspondientes a los ricos; en el Oriente Medio y el África septentrional, menos de un sexto.

Cuanto más pobres son las mujeres, tanto más jóvenes son cuando comienzan a procrear. En muchos países en desarrollo, las mujeres contraen matrimonio y comienzan a tener hijos entre los 15 y los 19 años de edad. En América Latina y el Caribe, así como en el Asia oriental y el Pacífico, los jóvenes de hogares más pobres tienen hijos en proporciones más de cinco veces superiores a las correspondientes a los jóvenes ricos. En las comunidades donde no se ha aceptado plenamente la planificación de la familia y donde las oportunidades son limitadas, la gente considera que el número de alumbramientos y el tamaño de la familia son cuestiones invariables, dentro de las cuales efectúan otras opciones.

Las inversiones en servicios básicos realizadas en los países en desarrollo son una mera fracción de lo necesario. Los países de bajos ingresos sólo gastan en servicios de salud 21 dólares por persona y por año, y gran parte de estos recursos se destinan a costosos servicios curativos y no a servicios básicos de prevención y atención. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud (Organización Mundial de la Salud (OMS)/Banco Mundial), estimó que se necesita un importe adicional de 30.000 millones de dólares anuales. Es preciso que se dé prioridad a la salud reproductiva.

Sea cual fuere su nivel de ingresos, los países pueden diseñar sus sistemas de salud de modo de mejorar el acceso de los pobres a los servicios. Viet Nam ha reducido las diferencias entre los más ricos y los más pobres en lo concerniente a la mayoría de los índices de salud, incluidos los relativos a la salud reproductiva, hasta menos de 2 a 1.

Una mejor salud, incluida la salud reproductiva, y una mejor educación contribuyen al crecimiento económico. La mejor educación ayuda a las mujeres a proteger su propia salud y la de sus hijos y amplía las opciones económicas. Los ingresos más altos mejoran las condiciones de vida, reducen la malnutrición y amortiguan los costos de la mala salud.

VIH/SIDA y pobreza

El VIH/SIDA plantea una sombría amenaza al desarrollo de los países pobres y sus efectos son más graves entre las personas pobres. El SIDA, que cada día agrega 14.000 hombres, mujeres y niños a las personas infectadas, es la principal causa de defunción en África al sur del Sahara y la cuarta causa de muerte, por orden de importancia, en todo el mundo. Hacia 2010, unos 40 millones de niños habrán quedado huérfanos debido a la pandemia.

Las mujeres son más vulnerables al contagio y las trabajadoras del sexo tienen muchas más probabilidades de estar infectadas que la población en general. Pero es el comportamiento sexual de los hombres la causa principal de propagación de la enfermedad.

La mitad de los nuevos contagios con el VIH ocurren entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, muchos de quienes carecen de información o servicios de prevención y nada saben sobre la epidemia y la manera de protegerse a sí mismos. Estudios realizados sobre siete países africanos muestran que al menos un 40% de los jóvenes de 15 a 19 años no creían estar corriendo ningún riesgo.

El sistema de salud en África está sobrecargado; los agentes de salud se contagian, lo cual diezma a un personal que debe enfrentar una crisis en explosivo aumento. Los sistemas de educación también se están desintegrando. En un reciente foro en el Camerún se planteó que un 10% de los maestros y un 20% de los alumnos podrían contagiarse con el VIH en los próximos cinco años.

En los países más gravemente afectados, el VIH/SIDA ya está frenando el crecimiento económico y la actividad en la economía. En el decenio de 1990, el SIDA redujo el crecimiento anual per cápita en un 0,8%. Los modelos para los próximos años indican que en los países más gravemente afectados habrá una merma de entre 1 y 2 puntos porcentuales en el crecimiento económico per cápita. Esto significa que después de dos decenios, muchas economías se habrán contraído entre 20% y 40% respecto del volumen que habrían tenido sin el SIDA.

Los pobres tienen escaso acceso a servicios preventivos, provisión de condones o cualquier forma de tratamiento. Sólo una de cada cinco personas que corre riesgo de contagiarse con el VIH tiene acceso a información y servicios preventivos. Menos del 5% de las personas que los necesitan reciben medicamentos contra los retrovirus. Las acciones contra la epidemia han quedado obstaculizadas por la lentitud de los líderes, a todos los niveles, en reconocer y admitir la naturaleza de la creciente crisis. Debido a la cultura universal de silencio que rodea al comportamiento sexual, se ha apartado la mirada y se han silenciado las voces.

Las estrategias eficaces para contrarrestar la epidemia abarcan una combinación de tratamiento, educación y prevención. Esas estrategias no deben limitarse a los servicios médicos y de salud, sino que deben llegar a la comunidad; y también se necesita un liderazgo firme y comprometido.

Pobreza y educación

Las inversiones en educación producen beneficios de gran alcance. La educación femenina, aparte de empoderar a la mujer y ampliar sus opciones, tiene una relación costo/beneficio particularmente buena, debido a que los beneficios se transmiten a sus hijos. Las mujeres educadas valoran la educación y tienen más probabilidades de enviar a sus hijos a la escuela.

Aun cuando en muchos países en desarrollo ha aumentado sustancialmente el acceso general a la educación básica durante el último decenio, los pobres siguen siendo quienes menos probabilidades tienen de asistir a la escuela. En muchos países, la mayoría de los niños de los hogares más pobres no están escolarizados. Un reciente estudio sobre 35 países del África occidental y central y del Asia meridional indicó que en 10 países, la mitad o más de los adolescentes de 15 a 19 años de hogares pobres nunca finalizaron el primer grado.

Los niveles de educación entre los pobres difieren netamente de una región a otra. En el Asia meridional y el África occidental y central, hay una gran minoría de niños pobres que jamás se matriculan en la escuela. En cambio, en América Latina casi todos los niños finalizan el primer grado, pero posteriormente son altas las tasas de abandono. En el Brasil, por ejemplo, un 92% de los adolescentes de 15 a 19 años de hogares pobres terminan el primer grado, pero sólo la mitad termina el quinto grado.

En casi todos los países, los niños de 6 a 14 años del 20% más rico de los hogares tienen probabilidades marcadamente mayores de estar matriculados en la escuela que los niños del 40% más pobre de los hogares.

Hay pruebas de que en numerosos países en desarrollo, un gran porcentaje del gasto público en educación sufraga acciones gubernamentales en beneficio de los ricos. Muchos países alcanzarían la meta de la educación primaria universal si sólo aumentaran la matriculación de los pobres.

Si bien en el último decenio ha disminuido la “discrepancia de