

Políticas de población: avances en los derechos de la mujer

por Lori S. Ashford

Las nuevas políticas de población trascienden la planificación familiar al concentrarse en el desarrollo social.

La condición de la mujer se considera esencial en cuestiones de población y desarrollo.

Las nuevas políticas se caracterizan por una mayor participación cívica.

Population Reference Bureau (PRB)

Fundado en 1929 y sigue a la cabeza en proporcionar información oportuna y objetiva sobre las tendencias demográficas tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional, y lo que dichas tendencias implican. Mediante una variedad de actividades, entre las que se encuentran publicaciones, servicios de información, seminarios, talleres, y apoyo técnico, PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, los educadores, los medios de comunicación y los ciudadanos interesados que trabajan por el bien de la sociedad en todo el mundo. PRB es una organización sin fines de lucro, que no se dedica a propugnar causa alguna. Nuestras tareas son financiadas por contratos gubernamentales, donaciones de fundaciones y contribuciones a nivel individual y empresarial, así como también mediante la venta de publicaciones. PRB se rige por un Consejo de Administración que representa diversos intereses profesionales y comunitarios.

Ejecutivos

Michael P. Bentzen, *Presidente del Consejo de Administración*

Socio de la firma Huges and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.

Jodie T. Allen, *Vice Presidenta del Consejo de Administración*

Redactora de primer nivel, U.S. News & World Report, Washington, D.C.

Peter J. Donaldson, *Presidente*

Population Reference Bureau, Washington, D.C.

Montague Yudelman, *Secretario del Consejo*

Oficial de primer nivel, World Wildlife Fund, Washington, D.C.

Jennifer Kulper, *Tesorera del Consejo*

Gerente de Auditoría, Arthur Andersen, LLP, Paris

Miembros del Consejo de Administración

Francisco Alba, *Profesor, El Colegio de México, México DF*

Patty Perkins Andringa, *Consultora y Facilitadora, Bethesda, Maryland*

Pape Syr Diagne, *Director, Centre for African Family Studies, Nairobi, Kenia*

Patricia Gober, *Profesora de geografía, Universidad Estatal de Arizona, Tempe, Arizona*

Richard F. Hokenson, *Director de investigación demográfica, Credit Suisse First Boston, Nueva York*

Klaus M. Leisinger, *Director Ejecutivo, Novartis Foundation for Sustainable Development, Basel, Suiza*

Karen Oppenheim Mason, *Directora, Género y Desarrollo, Banco Mundial, Washington, D.C.*

Francis L. Price, *Presidente y Gerente General, Q3 Industries e Interact Performance Systems, Columbus, Ohio*

Dr. Charles S. Tidball, *Profesor Honorario de medicina computarizada y cirugía neurológica, Escuela de medicina y ciencias de la salud, Universidad de George Washington, Washington, D.C.*

Barbara Boyle Torrey, *Directora Ejecutiva, Comisión sobre ciencias conductistas y sociales, National Research Council, National Academy of Sciences, Washington, D.C.*

Mildred Marcy, *Presidenta Honoraria*

Editora: Mary Mederios Kent

Diseño/Producción: Lolan O'Rourke

Population Bulletin se publica cuatro veces al año y se distribuye a los miembros de Population Reference Bureau. También puede obtenerse por US\$7 (con descuentos por pedidos grandes). Para convertirse en miembro de PRB o pedir materiales de PRB, la dirección es la siguiente: PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728, EE.UU.; Teléfono: 800/877-9881; Fax: 202/328-3937; C. elec.: popref@prb.org; sitio Web: www.prb.org.

La forma apropiada de citar esta publicación es como sigue: Lori S. Ashford, "Políticas de población: avances en los derechos de la mujer", *Population Bulletin*, Vol. 56, No. 1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, marzo del 2001).

Si desean solicitar permiso para reproducir partes del Population Bulletin, escriban a PRB, Attn: Permissions

©2001 por Population Reference Bureau

ISSN 0032-468X

Políticas de población: avances en los derechos de la mujer

Introducción	3
Evolución en la política demográfica	4
<i>Recuadro 1.</i> ¿Qué se logra con las conferencias de Naciones Unidas?	5
<i>Recuadro 2.</i> ¿Ha terminado la “explosión demográfica”?	8
Mejora de la salud reproductiva	13
<i>Cuadro 1.</i> Algunos aspectos de la salud reproductiva de hombres y mujeres del mundo entero, década de 1990	12
<i>Figura 1.</i> Fecundidad en las regiones del mundo, 1950 y 2000	14
<i>Figura 2.</i> Uso de métodos anticonceptivos, países seleccionados, mediados de 1970 y mediados de 1990 o más tarde	15
<i>Figura 3.</i> Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres que prefieren no quedar embarazadas, países seleccionados, década de 1990	16
<i>Figura 4.</i> Índices de mortalidad materna en regiones del mundo, principios de la década de 1990	17
<i>Figura 5.</i> Partos asistidos por personal de salud capacitado, países seleccionados, 1990-1997	18
<i>Recuadro 3.</i> Combate del VIH y SIDA en Uganda	20
<i>Cuadro 2.</i> Adultos y niños que viven con VIH o SIDA, año 2000	21
Potenciación de la mujer	24
<i>Cuadro 3.</i> Fecundidad y acceso a la salud reproductiva entre las mujeres más ricas y más pobres, países seleccionados, década de los 90	25
<i>Recuadro 4.</i> Violencia en contra de la mujer	26
<i>Cuadro 4.</i> Matrículas en la escuela secundaria por sexo en diferentes regiones del mundo, 1980 y década de 1990	28
<i>Figura 6.</i> Educación y maternidad entre las mujeres, países seleccionados, 1995-1999	29
<i>Cuadro 5.</i> Participación de la mujer en la población activa, 1980 y 1997	30
<i>Figura 7.</i> Jornales de las mujeres como porcentaje de los de los hombres, en el sector de fabricación, países seleccionados, 1992-1997	31
<i>Figura 8.</i> Escaños legislativos ocupados por mujeres en países seleccionados, 1999	32

Llevar las políticas a la práctica	32
<i>Recuadro 5.</i> Brasil: La reforma sanitaria mejora la salud reproductiva.	33
<i>Cuadro 6.</i> Gasto per cápita de la salud, por región, década de 1990.	35
<i>Recuadro 6.</i> La India: De las metas de planificación familiar a los servicios de salud reproductiva.	36
<i>Recuadro 7.</i> China: Prueba de la política de población.	40
El futuro de las políticas	42
<i>Figura 9.</i> Proyecciones mundiales de población hasta el 2050, suponiendo tres niveles de fecundidad	43
Apéndice	45
La salud reproductiva y los derechos según la definición en el Programa de Acción de El Cairo.	45
Referencias	46
Páginas en Internet	48

Sobre la Autora

Lori S. Ashford es una de las analistas en jefe de políticas en Population Reference Bureau. Es autora y editora de numerosas publicaciones sobre cuestiones internacionales de población y salud reproductiva, incluido el Population Bulletin de 1995 "New Perspectives on Population: Lessons from Cairo". La señora Ashford tiene una maestría de la Escuela del Servicio Exterior de la Universidad de Georgetown, y ha trabajado en la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional y en la Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation). Su trabajo actual se centra en comunicar los resultados de investigación sobre población y salud a públicos en el área de establecimiento de políticas en los países menos desarrollados.

La autora aprecia los comentarios y sugerencias de Michal Avni, Barbara Crane, Deborah Levison, Thomas Merrick, Barbara Seligman y Ellen Starbird, quienes examinaron las versiones iniciales de este manuscrito. Asimismo agradece la colaboración de los diversos miembros del personal de PRB que le proporcionaron asesoría en la edición. Este Population Bulletin lo financia en parte la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional.

Políticas de población: avances en los derechos de la mujer

por Lori S. Ashford

Las políticas relativas a temas de población tocan los aspectos más sensibles de la vida: la sexualidad, la procreación y las relaciones familiares, por lo que la búsqueda de un consenso internacional a este respecto suele ser un proceso contencioso. Al comienzo del decenio de los noventa hubo un cambio drástico en las ideas tradicionales sobre la forma en la que los gobiernos deben influir en el tamaño y el bienestar de las sociedades bajo su cargo, y las naciones llegaron a un consenso sin paralelo en su política demográfica. En esta nueva perspectiva se restó énfasis a las políticas dirigidas a reducir el crecimiento de la población, para concentrarse en mejorar la vida de la gente —especialmente las mujeres; las políticas resultantes siguen evolucionando.

El enfoque previo, de reducir el aumento de la población, se basaba en la preocupación generalizada de que el ritmo y el volumen sin precedentes en el crecimiento demográfico tras la década de los cincuenta constituían una amenaza seria para el desarrollo económico, la salud pública y el medio ambiente. Muchos gobiernos apoyaron programas de planificación familiar para reducir el índice de natalidad y frenar ese crecimiento, pero las políticas nacionales dirigidas al “control demográfico” encontraron mayor resistencia y menor apoyo a mediados de la década de los noventa, porque los defensores de los derechos

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

México se encuentra entre los países que han adoptado un enfoque demográfico más integral, que puede llevar a mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes.

de salud de la mujer las consideraron (y continúan considerándolas) en oposición al derecho esencial de la mujer de decidir si desea tener hijos y cuándo tenerlos.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo, fue un punto decisivo en el debate internacional sobre el tema. Dicha conferencia amplió el enfoque de las políticas demográficas anteriores. Los gobiernos convinieron en que había que ir más allá de la planificación familiar para abordar el desarrollo social (y especialmente mejorar la condición de la mujer), y que la planificación familiar tenía que propor-

cionarse en el contexto de la atención a la salud reproductiva, la cual abarca la maternidad sana y sin riesgo, la prevención de las infecciones de transmisión sexual —incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA— y otros factores que contribuyen a minar la salud femenina, como el tráfico sexual y la violencia contra la mujer. El nuevo énfasis se basa en la creencia de que dichas mejoras en la salud y los derechos de la persona llevarán a reducir la tasa de fecundidad y el crecimiento de la población.

Muchas naciones han tratado de aplicar las recomendaciones de la conferencia de El Cairo, pero el progreso ha sido desigual. En muchos países catalogados como de bajos ingresos se necesitan mayores recursos y capacidad institucional para abordar tan amplia variedad de inquietudes sociales y de salud. Asimismo el financiamiento de los organismos donantes para apoyar los cambios ha sido menor de lo esperado. Sin embargo, a pesar de tales obstáculos, un gran número de países han vuelto a definir los objetivos de sus programas y políticas, y han adoptado enfoques dirigidos a satisfacer las necesidades individuales en vez de los fines demográficos del país. En la segunda mitad de los noventa, los dos países más poblados del planeta, la India y China, comenzaron nuevas iniciativas que reconfiguraron sus programas nacionales de planificación familiar.

El debate sobre la importancia de controlar el crecimiento demográfico y sobre si el programa de El Cairo es factible continúa. Debido a que grandes cantidades de jóvenes se encuentran en edad de procrear o cerca de ella, la población mundial continuará creciendo hasta bastante entrado el siglo XXI. Los gobiernos adoptarán diferentes posturas sobre si se debe o no controlar el crecimiento demográfico, pero existe un amplio consenso internacional (junto con una comunidad de apoyo bien organizada) que propugna la adopción de políticas de población dirigidas a proteger y a mejorar los derechos de la persona.

Este *Population Bulletin* repasa la evolución de las políticas nacionales, principalmente a raíz de la histórica conferencia de El Cairo en 1994. Se describe el nuevo énfasis en mejorar la salud reproductiva y los derechos de la mujer, y cómo los gobiernos han tratado de incluir dicha actitud en sus políticas y programas. También se hace referencia a posibles cambios de dirección en el rumbo de las políticas demográficas.

Evolución en la política demográfica

Las políticas demográficas son acciones gubernamentales —leyes, reglamentos, programas— que tratan de influir en los tres factores de cambio demográfico (los nacimientos, las defunciones y la migración), para promover el desarrollo económico y social. El fin declarado de estas políticas suele ser mejorar la calidad de vida teniendo en cuenta los recursos del país. En la segunda mitad del siglo XX un gran número de países establecieron políticas dirigidas a reducir la inusitada rapidez del crecimiento demográfico, pero en los albores del siglo XXI la mayoría han cambiado sus políticas en respuesta a nuevos puntos de vista y lo que se consideran soluciones apropiadas para los problemas de población.

Las reuniones internacionales sobre población proporcionan una guía útil sobre la forma en que los gobiernos (y recientemente las instituciones fuera del gobierno) conciben las cuestiones de población. Dichas reuniones comenzaron en pequeña escala a finales del siglo XIX y se han venido celebrando aproximadamente cada 10 años desde 1954, principalmente bajo los auspicios de las Organizaciones de las Naciones Unidas (ONU), pero a partir de 1974 dieron lugar a acuerdos formales que, si bien no establecen políticas nacionales, reflejan la opinión del momento y tratan de orientar la dirección que toman dichas políticas (ver el recuadro 1).

¿Qué se logra con las conferencias de Naciones Unidas?

Cuando Naciones Unidas convoca una conferencia internacional sobre población, medio ambiente o desarrollo social, los gobiernos son llamados a considerar sus políticas a largo plazo sobre temas que quizás reciban poca atención en sus programas nacionales. A diferencia de cuestiones como la economía, la seguridad nacional o los desastres naturales, los efectos de las tendencias demográficas pueden no hacerse sentir sino después de muchos años, por lo que los dirigentes nacionales tienden a posponer su consideración y a concentrarse en problemas más acuciantes. Asimismo los gobiernos nacionales están menos dispuestos a considerar cuestiones de orden mundial, a no ser que participen en un foro internacional. Las reuniones de Naciones Unidas se centran en temas mundiales, y a veces son cubiertas por los medios de comunicación masiva y reciben extensa atención pública.

Las conferencias de Naciones Unidas son procesos complejos que abarcan varios meses o años. Los representantes de los gobiernos asisten a numerosas reuniones formales e informales para redactar y revisar documentos que constituyen un consenso entre todos los participantes. Los delegados pueden asistir a una serie de reuniones preparatorias oficiales a nivel de comisiones (“prepas”) antes de la conferencia, en las que los dirigentes nacionales adoptan formalmente un acuerdo por consenso. Los acuerdos de población forjados en las últimas décadas no se firman o ratifican, por lo que no existe forma alguna de exigir su cumplimiento bajo las leyes de los países, pero son importantes por varias razones.

Un documento resultante de una conferencia de Naciones Unidas (denominado a veces plataforma, programa o plan de acción) constituye una declaración normativa conjunta por todas las naciones que participan en el proceso. Al ser la

“expresión de la conciencia del mundo”, como lo llama Naciones Unidas, un acuerdo por consenso puede ser un poderoso instrumento para promover el cambio; sirve como documento de referencia o señalización para los profesionales que perfilan las políticas y programas nacionales, tanto dentro como fuera del gobierno. Las palabras utilizadas en el documento son cruciales, porque se traducen y citan un sinnúmero de documentos de planificación nacional y local en todo el mundo, así como en programas de capacitación para proveedores de atención.

Los acuerdos de dichas conferencias pueden constituir un elemento catalizador que redunde en acciones nacionales, por varias razones:

- Pueden influir en las políticas gubernamentales por la “presión entre iguales” a nivel internacional que surge del proceso de redacción y del repaso del documento.
- Los defensores de causas pueden usar el documento para poner presión a los gobiernos y a las legislaturas, con el objeto de lograr el financiamiento o la aprobación de acciones que de otra forma parecerían olvidadas en el temario de las políticas nacionales.
- Las metas y los puntos de referencia que contienen los documentos pueden servir como instrumento de supervisión del progreso nacional y alentar mayores acciones.
- Los documentos pueden servir de apoyo para solicitar mayor financiamiento de los organismos donantes.

Asimismo, los propugnadores de causas dedicados a temas que suscitan sensibilidades políticas o culturales (como la sexualidad entre adolescentes y el aborto) pueden señalar los acuerdos internacionales como norma y enfoque extensamente aceptado sobre la forma de tratar dichos temas, lo que ayuda a resolver controversias a nivel local.

Naciones Unidas celebró las primeras reuniones sobre población mundial en 1954 y 1965, en colaboración con la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. En dicho período una serie de científicos empezaron a preocuparse por las consecuencias negativas del rápido crecimiento demográfico. En las naciones menos desarrolladas la introducción de la medicina moderna y el mayor acceso a los servicios de salud redujo drásticamente los índices de mortalidad después de 1950, mientras que los de fecundidad permanecieron altos. El resultado fue la expansión demográfica de mayor rapidez en la historia de la humanidad, a veces denominada “explosión demográfica”. La población mundial pasó de 2.500 millones en 1950 a 3.700 millones en 1970, y el ritmo de crecimiento parecía ir en aumento (ver el recuadro 2 en la página 8). En las reuniones iniciales de Naciones Unidas se advirtió que el rápido crecimiento demográfico podía recrudecer la pobreza y obstaculizar el desarrollo en países de limitados recursos.

Las primeras políticas y programas sobre población surgieron en este período. La mayoría tenía como objeto desacelerar el crecimiento alentando a las parejas a tener menos hijos y proporcionando acceso a servicios de planificación familiar. En 1952 la India inició una política nacional para frenar el crecimiento demográfico, y después de que el hambre afectara muchas partes del país a mediados de los sesenta, intensificó sus esfuerzos por promover la planificación familiar¹. Asimismo en 1952 se fundó la Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation - IPPF), la mayor organización del sector privado sobre la materia.

A mediados de la década de los sesenta, Estados Unidos, Suecia y varios otros países industrializados lanzaron programas de ayuda a gran escala para apoyar los esfuerzos nacionales de planificación familiar en los países menos desarrollados. Estados

Unidos se convirtió en el mayor donante de ayuda en este sentido, y continúa siéndolo. En 1969 Naciones Unidas creó el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades en Materia de Población (FNUAP), cuya misión incluía la promoción de programas nacionales de planificación familiar. De ahí en adelante los “programas de población” y los “programas de planificación familiar” se volvieron casi sinónimos.

Aumento y disminución en el apoyo

Entre los primeros críticos de dichos programas se encontraban los mismos países que recibían la asistencia internacional. La idea de que las parejas debían limitar el tamaño de sus familias iba en contra de los valores culturales de muchas sociedades. Diversos gobiernos en los países menos desarrollados dudaban en promover la planificación familiar, incluso aunque les preocupara el rápido crecimiento demográfico. Algunos prefirieron aferrarse a la idea de que la fecundidad disminuiría por sí sola, y con ello el crecimiento de la población, tan pronto se mejorara el nivel de vida mediante el desarrollo económico. En la Conferencia de Naciones Unidas sobre Población, que tuvo lugar en 1974, un delegado de la India expresó la opinión de los dirigentes de muchos de los países menos desarrollados al declarar que el “desarrollo es el mejor anticonceptivo”.

Durante la última parte de la década de los setenta y a lo largo de los ochenta, comenzaron a cambiar las opiniones en muchos de los países menos desarrollados. A los líderes gubernamentales les preocupaba cada vez más que el rápido crecimiento demográfico fuera a interferir con su desarrollo económico, por lo que un creciente número de países aceptó la idea de reducir el crecimiento demográfico mediante la acción gubernamental, y empezaron a adoptarse políticas nacionales para tal fin. Un factor importante que contribuyó a ese cambio de actitud fue la paulatina

acumulación de datos e investigaciones sobre los países menos desarrollados, que mostraba altas tasas de crecimiento demográfico, alta mortalidad infantil y muertes maternas, y un deseo generalizado entre las mujeres de reducir el número de sus hijos. Para 1994 más de la mitad de los países menos desarrollados tenían políticas nacionales de población para reducir el crecimiento demográfico².

Surgieron críticas contra los programas de población en muchos frentes. En la década de los ochenta, en Estados Unidos, la oposición más seria provino de los militantes contra el aborto, que asociaban la planificación familiar con los abortos provocados y se oponían por ello al apoyo de los programas internacionales de planificación familiar. Asimismo los economistas conservadores en el gobierno del Presidente Ronald Reagan aducían que los gobiernos no debían tratar de controlar el crecimiento demográfico para promover el desarrollo económico, sino más bien permitir el funcionamiento de los mercados libres. Dichos economistas afirmaban que el crecimiento económico y las innovaciones tecnológicas redundarían en prosperidad, con lo que se superaría la escasez de recursos resultante del crecimiento demográfico.

En la Conferencia Mundial de Población que tuvo lugar en 1984 en la Ciudad de México, el gobierno estadounidense alteró el ánimo del proceso al anunciar que retiraría su contribución al financiamiento de toda organización que proporcionara servicios de aborto o asesoría al respecto, incluso si lo hacía con fondos no procedentes del gobierno estadounidense. Dicha restricción se conoció por el nombre de la Política de la Ciudad de México.

La mayoría de los gobiernos restantes que participaron en la conferencia reiteraron la necesidad de programas eficaces de planificación familiar para reducir el crecimiento demográfico y promover la salud. La declaración formal de la conferencia hizo un llamado “urgente” a

los gobiernos para lograr “la disponibilidad generalizada de servicios de planificación familiar”. Los organizadores de Naciones Unidas que venían trabajando durante años para elevar la conciencia de los problemas demográficos consideraron dicho consenso como un gran logro, no obstante la oposición estadounidense. Mientras los gobiernos en los países menos desarrollados acogían las políticas de población y especialmente la planificación familiar, los defensores de la salud y los derechos de la mujer empezaron a criticar cada vez más dichas políticas y programas en los países menos desarrollados.³

Los grupos de mujeres aseguraban que los programas financiados por los gobiernos distribuían anticonceptivos sin tener en cuenta la salud de las mujeres que los usaban. Especialmente en Asia, donde los gobiernos son los mayores proveedores de servicios, los programas de planificación familiar eran administrados y evaluados basándose en metas y cupos de “aceptantes de anticonceptivos” (es decir mujeres o parejas reclutadas por los trabajadores de salud para que se convirtieran en usuarios de un método anticonceptivo).

Los defensores de los derechos de la mujer, tanto en los países más desarrollados como en los menos industrializados, unieron fuerzas para oponerse a estos enfoques de control demográfico impuestos desde arriba y basados en metas, por considerar que son coercitivos, infringen el derecho de libertad de reproducción de la mujer, y tienden a aferrarse a los números sin preocuparse de la calidad del servicio y las opciones reproductivas a disposición de la mujer.

Dichos propugnadores también aducían que el fin de muchos programas de planificación familiar (la entrega de anticonceptivos e información al respecto) era demasiado limitado, y que sería más efectivo tener en cuenta el contexto social y cultural de las relaciones sexuales, la creación y el uso de anticonceptivos.

El Programa de Acción de El Cairo incrementó el alcance de las políticas de población previas.

¿Ha terminado la “explosión demográfica”?

En recientes debates internacionales sobre política demográfica se ha dado menor importancia al crecimiento mundial de la población, aunque sigue siendo alto en muchas partes del globo. Las políticas iniciales sobre población se vieron impulsadas principalmente por temores de que el rápido aumento demográfico impediría el progreso socioeconómico. Esta inquietud surgió durante un período de crecimiento demográfico sin precedentes, que se inició en la década de 1950 en los países menos desarrollados, dando lugar a lo que comúnmente se denominó la “explosión demográfica”. En dichos países la disponibilidad de medicina moderna, la mejor nutrición y la ampliación de las redes de transporte, entre otros factores, contribuyeron a reducir rápidamente la mortalidad, mientras que los niveles de fecundidad se mantuvieron relativamente altos. Como los nacimientos superaban cada vez más las defunciones, la población de los países menos desarrollados se disparó de 1.700 millones en 1950, a 4.900 en el año 2000; en los países más desarrollados pasó de 800 millones a 1.200 millones en el mismo período. Si bien se espera que el total en los países más desarrollados disminuya ligeramente para el año 2050, las cifras continúan aumentando en los países menos desarrollados, y probablemente excedan los 8.000 millones para dicho año, con lo que la población mundial pasará de 6.000 millones en el año 2000 a 9.000 millones en el 2050 (ver la figura).

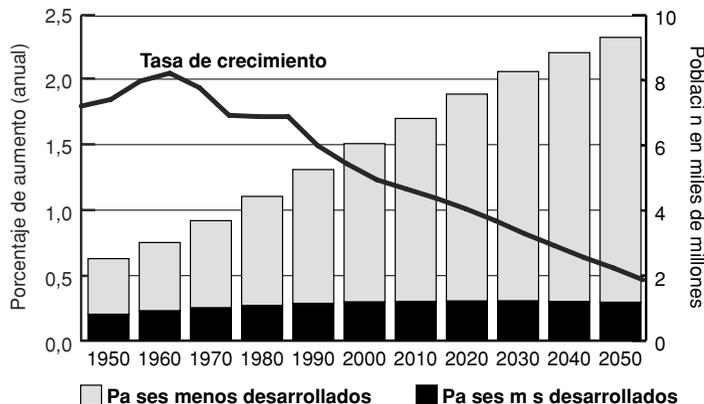
El ritmo de crecimiento mundial de la población llegó a su punto máximo en la década de 1960, y luego comenzó a descender lentamente, a medida que se redujeron los índices de fecundidad en muchas regiones del mundo. Entre las décadas de 1960 y 1990, los avances logrados en el plano socioeconómico reforzaron la idea de que las parejas podían controlar el tamaño de sus familias y que se preferían las familias pequeñas. Al ampliar las oportunidades laborales y educativas de la mujer, se la alentó a posponer el matrimonio y por lo tanto la maternidad, lo que a su vez redujo el ritmo de crecimiento demográfico.

Las políticas demográficas y los programas de planificación familiar contribuyeron en gran manera a la reducción generalizada en los índices de fecundidad. Dichos programas promovieron el mayor acceso a los métodos anticonceptivos modernos y permitieron que las parejas pudieran decidir con mayor efectividad que antes cuándo iban a tener hijos.

En ciertos países en el este y sudeste asiático, así como en América Latina tuvo lugar un fuerte desarrollo económico durante dicho período. Los gobiernos en algunos de los países de mayor tamaño (como China, Indonesia, Tailandia y México) también establecieron políticas específicas para reducir el crecimiento demográfico alentando a la población a tener familias pequeñas, con lo que la fecundidad bajó rápidamente en muchos de los países.

La marcada reducción en la fecundidad en ciertos países de Asia y América Latina,

Población mundial y tasa de crecimiento demográfico, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (a publicarse en el 2001).

así como en países más desarrollados, ha llevado a ciertos observadores a decir que se ha puesto fin a la “explosión demográfica.”¹ Pero existen dos mundos paralelos, uno en el que la fecundidad es baja y va en declive a medida que se avanza en desarrollo económico, y otro en el que continúa alta y la mayor parte de la población está sumergida en la pobreza.

Las parejas en Estados Unidos tienen un promedio de dos hijos, que es el nivel de reemplazo de la población, lo cual evita el crecimiento demográfico a largo plazo, pero en la mayor parte de las sociedades industrializadas existe actualmente un promedio de menos de dos hijos por pareja y habrá países que acaben registrando una reducción en su población. Algunos de los mayores países en desarrollo (como China, Corea del Sur, Tailandia y Brasil) también tienen tasas de fecundidad cercanas o inferiores al promedio de dos hijos por pareja. En la década de 1990 Naciones Unidas recortó dos veces sus proyecciones de crecimiento demográfico para reflejar las reducciones inesperadamente rápidas que tuvieron lugar en la fecundidad en varias regiones. Dicha desaceleración ha dado lugar al comentario de que “la escasez de bebés se está convirtiendo en muchos países (y no sólo en los ricos) en una preocupación incluso más seria que su exceso”.²

Esta perspectiva ignora el “otro mundo” en términos de población, que consta de los países del África subsahariana, el Asia meridional y otros lugares donde la fecundidad (y la mortalidad) continúan relativamente altas, y también pierde de vista el efecto del ímpetu poblacional. Debido a las décadas de rápido crecimiento en la actualidad existen mayor número de jóvenes de ambos sexos en edad de procrear, y tras ellos se encuentra otra gran generación de niños que estarán en las mismas condiciones en la próxima década. Esta tremenda generación de gente joven crea un ímpetu poblacional que prolongará el crecimiento demográfico hasta bien entrado el siglo XXI, incluso aunque las parejas tengan menos hijos que en generaciones pasadas. La población mundial ascendió a 6.000 millones en 1999 y puede que supere los 9.000 millones para el 2050, suponiendo que el promedio del tamaño familiar se reduzca del actual, de 2,8 hijos por mujer, a 2,1 para el 2050.

La población dejará de crecer si la fecundidad se reduce a un promedio de dos hijos en todo el mundo (“nivel de reemplazo”). De esta forma los nacimientos se equilibrarán con las defunciones para dar lugar a una población estable, pero para llegar a un índice de fecundidad equivalente al nivel de reemplazo tiene que haber acceso generalizado a los métodos de planificación familiar, y deben realizarse grandes cambios en algunos países. En las regiones más pobres las mujeres tienen un promedio de cinco o seis hijos. En India (el segundo país en tamaño) la fecundidad ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, pero continúa estando por encima del nivel de reemplazo (a 3,2 hijos por pareja). Por otra parte, aunque los países alcancen el nivel de reemplazo, el ímpetu poblacional dará lugar al crecimiento demográfico. China, por ejemplo, lleva teniendo un promedio de dos hijos (o menos) por pareja durante aproximadamente diez años, pero el ímpetu resultante de la estructura de la población hizo que cada año en la década de los noventa nacieran 11 millones más de personas de las que fallecieron. A los niveles actuales de fecundidad, la población de China continuará creciendo hasta el año 2030 aproximadamente, según los pronósticos de Naciones Unidas.

Cuando los informes de los medios de comunicación masiva oscilan entre “la explosión demográfica” y la “ausencia de nacimientos” no es de extrañar que el público esté confuso y que las autoridades normativas pongan en duda la necesidad de aplicar políticas y programas sobre población. Las recientes conferencias de Naciones Unidas no han tocado el tema del rápido crecimiento demográfico (o el ímpetu poblacional), sino que han adoptado la perspectiva de mejorar la salud y el bienestar de la persona, pero queda por preguntarse si las autoridades normativas invertirán las sumas de dinero necesarias para mejorar la salud y el bienestar, aunque perciban o no una crisis de población.

Referencias

- 1 Ben Wattenberg, “The Population Explosion is Over”, *The New York Times Magazine*, 23 de noviembre del 1997.
- 2 “The Empty Nursery”, *The Economist*, 23 de diciembre del 2000. Puede obtenerse en línea en www.economist.com, a partir del 26 de enero del 2001.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Las nuevas políticas de población proponen integrar la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva con la provisión de atención básica a la salud.

La Conferencia de 1994 en El Cairo

Cuando Naciones Unidas reunió a líderes nacionales en El Cairo, al convocar la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en septiembre de 1994, surgieron desacuerdos drásticos ideológicos, entre los participantes, sobre ciertos temas, al mismo tiempo que se observó un sorprendente consenso de opinión sobre otros. La conferencia fue precedida por años de difíciles negociaciones y se trabajó arduamente durante la misma por llegar a un acuerdo con sentido. Los defensores de la salud de la mujer, participaron o no en las delegaciones nacionales, propugnaron con tesón la incorporación de los conceptos de salud reproductiva y los derechos de la mujer en el documento de la conferencia — términos que no habían sido definidos hasta entonces en el contexto internacional, por lo que fue difícil negociar una definición de los mismos aceptable para todos (ver la página 13 y el Apéndice en la página 45). El Vaticano y un pequeño número de países católicos y musulmanes se opusieron a la definición de salud reproductiva y derechos de reproducción. El principal punto sensible era si el aborto podía

considerarse como componente de la salud reproductiva a la que las mujeres tendrían derecho universal. El debate del aborto hizo que la Conferencia recibiera amplia cobertura en los medios de comunicación, aunque la salud reproductiva de la mujer no fue sino uno de los muchos temas tratados.

Al final de la conferencia las 180 naciones reunidas en El Cairo acordaron adoptar un nuevo enfoque demográfico. Se adoptó un Programa de Acción de 20 años para ampliar el alcance de las políticas de población anteriores, evitando mencionar metas demográficas específicas, pero se pidió a los gobiernos que tomaran medidas en muchas áreas para promover el desarrollo humano y estabilizar el crecimiento de la población. El programa proponía que se realizaran inversiones para mejorar la salud, la educación y los derechos de las personas (y las mujeres en particular), y que los servicios de planificación familiar fueran parte de un servicio de atención reproductiva integral.

Esta conferencia decisiva “replanteó” el debate sobre población, por lo que el enfoque actual es que responder a las necesidades de la persona es más humano y eficaz para reducir el crecimiento demográfico que la actitud anterior sobre el uso de planificación familiar. Al considerar las causas y efectos del rápido crecimiento demográfico en el contexto del desarrollo humano y el progreso social, las recomendaciones podían ser apoyadas por todos los gobiernos y personas de cualquier fondo político, religioso o cultural, y si bien existieron diferencias ideológicas y religiosas sobre cuestiones como la definición de la salud reproductiva, la sexualidad de los adolescentes y el aborto, con excepción de unas pocas naciones todas las demás apoyaron el programa final en su totalidad.

El Programa de Acción de El Cairo es amplio: Contiene más de doscientas recomendaciones en las áreas de salud, desarrollo y bienestar social. Algo central es la recomendación de proporcionar salud reproductiva integral, que incluye planificación familiar, servicios

para asegurar el embarazo y el parto sin riesgo, servicios de aborto donde sea legal, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH y el SIDA), información y asesoría sobre la sexualidad y la eliminación de prácticas dañinas para la mujer (como la mutilación genital y los matrimonios forzados).

Factores que influyeron en el consenso de El Cairo

La conferencia de El Cairo fue mucho mayor y cubrió mucho más que cualquier otra conferencia mundial anterior sobre población. En ella se reunieron 11.000 representantes de gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG), organismos internacionales y ciudadanos militantes, y la diversidad de las opiniones presentadas contribuyeron a lograr el consenso internacional sin precedentes que tuvo lugar en 1994.

Amplia participación de las ONG.

El énfasis de la conferencia sobre la salud y los derechos de la mujer se debió en parte a la activa participación de más de 1.200 ONG. En las reuniones internacionales anteriores había habido menor representación y una participación más limitada de dicho sector. En la Ciudad de México, en 1984, sólo asistieron 139 ONG en calidad de observadoras. En El Cairo los representantes de las ONG participaron como delegados y observadores, trabajaron estrechamente con los gobiernos en la preparación del Programa de Acción, y por primera vez se integraron en las deliberaciones de una amplia variedad de intereses, desde los sectores populares a los más altos niveles del gobierno.

Influencia de las redes de mujeres.

Para 1994 se habían constituido grupos de mujeres bien organizados que tenían gran impacto en las reuniones de Naciones Unidas. Algunos comenzaron a construir redes activas con varios años de anterioridad a la conferencia de El Cairo; crearon y distribuyeron materiales de información usados por los gobiernos y las ONG en preparación para la conferencia, y un grupo de mujeres que abarcaba más de 400 orga-

nizaciones procedentes de 62 países se ocupó de promover diariamente los intereses de la mujer ante los delegados durante toda la conferencia. La presión sistemática de los grupos de mujeres sobre las delegaciones es la razón principal por la que el documento de El Cairo se expresó con lenguaje tan firme sobre la promoción de la salud y los derechos de la mujer (y las oportunidades que le corresponden)⁴.

Liderazgo de alto nivel. La persona a cargo de FNUPA, Nafis Sadik, trabajó infatigablemente con los gobiernos y las ONG de todo el mundo para plantear el debate de población desde la perspectiva de los derechos y la salud de la mujer. El gobierno del Presidente Clinton apoyó firmemente el programa de El Cairo, y el Departamento de Estado de EE.UU. y la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) trabajaron estrechamente con grupos de mujeres y otras ONG para establecer posturas oficiales, además de tratar de convencer a otros gobiernos para que apoyaran el consenso que estaba empujando a formarse.

Énfasis en los derechos humanos.

Naciones Unidas ha auspiciado una serie de tratados y convenciones que establecen un fundamento legal para garantizar los derechos de la persona a la libertad, la vida privada y la dignidad humana. Dichas convenciones también solicitan igualdad de derechos para el hombre y la mujer, así como la acción gubernamental para eliminar todo tipo de discriminación. La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, que tuvo lugar en 1993 en Viena, resaltó que los derechos de las mujeres y las niñas son parte integral de los derechos humanos y afirmó que las mujeres deben poder disfrutar los más altos niveles de salud mental y física durante su vida. Basándose en dicho precedente, la conferencia de El Cairo definió la salud reproductiva y sexual como uno más de los derechos reconocidos universalmente.

Reiteración en conferencias posteriores. Otras reuniones de Naciones Unidas durante la década de los noventa contribuyeron a consolidar el apoyo al consenso de El Cairo, entre ellas la

Algunos aspectos de la salud reproductiva de hombres y mujeres del mundo entero, década de 1990

Preocupación de salud	Total	Mujeres	Hombres
Muertes maternas anuales (por complicaciones durante el embarazo y el parto)	515.000	515.000	—
Lesiones serias debido al embarazo o el parto, por año	15–20 millones	15–20 millones	—
Abortos en condiciones de riesgo, por año	20 millones	20 millones	—
Adultos que viven con VIH o SIDA (en el 2000)	34,7 millones	16,4 millones	18,3 millones
Nuevas infecciones de VIH entre los adultos (en el 2000)	4,7 millones	2,2 millones	2,5 millones
Nuevos casos de ITS que pueden curarse, por año	333 millones	166 millones	167 millones
Incidencia de ITS	250 millones	175 millones	75 millones
Mujeres y hombres infértiles	50–80 millones	—	—
Nuevos casos de cáncer del cuello uterino anualmente	470.000	470.000	—
Mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital	130 millones	130 millones	—
Parejas cuyas necesidades de planificación familiar no están satisfechas	100–150 millones	—	—

— No corresponde, o no se dispone de datos

Nota: las ITS son infecciones de transmisión sexual, la necesidad no satisfecha de planificación familiar existe cuando la pareja quiere retrasar o evitar el embarazo pero no usa métodos anticonceptivos.

Fuentes: C. AbouZahr, "Background Paper on Reproductive Health" (Preparado para el Instituto del Banco Mundial, Washington D.C. 1999); NUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (diciembre del 2000); B. Robey, J. Ross y I. Bhushan, *Population Reports Serie J*, no. 43 (septiembre de 1996): 3-6; aproximaciones no publicadas de la necesidad no satisfecha, hechas por el Center for Population, Health and Nutrition, Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional; J.Ferlay, F. Bray, P. Pisani y D.M. Parkin, *Globocan 2000* (Organización Mundial de la Salud Internacional Agencia para la Investigación sobre el Cáncer, a publicarse próximamente); Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Statistics and Trends* (2000); y UNICEF, "Maternal Health". Acceso en línea en: www.childinfo.org/eddb/maternal.htm, a partir del 6 de marzo del 2001.

Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en 1995, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, en 1995. Muchas de las mismas redes de mujeres cuya presencia se había hecho sentir en El Cairo participaron activamente en el establecimiento de los temas a tratar, y para garantizar que se adoptara un lenguaje similar sobre la salud reproductiva y los derechos de la mujer.

Repaso de los propósitos del El Cairo después de 5 años

En 1999, cinco años después de la conferencia de El Cairo, Naciones Unidas convocó una vez más a los gobiernos para celebrar una serie de reuniones con el fin de debatir las políticas de población y desarrollo. Dicho repaso, conocido por el nombre de CIPD+5, o Cairo+5, constó de una serie de reuniones que culminaron en una sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 1999, la cual versó sobre las acciones claves necesarias para alcanzar las metas establecidas en 1994.

Muchos de los temas que resultaron polémicos en El Cairo, como la sexualidad de los adolescentes y el aborto, también fueron objeto de controversia durante este repaso, pero de nuevo las delegaciones fueron capaces de superar sus diferencias políticas, culturales y religiosas para llegar a un consenso. El repaso concluyó con la adopción de un documento titulado "Acciones claves para continuar aplicando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo". Dicho documento establece nuevos puntos de referencia para el año 2015, para concretar más a lo propuesto en 1994.

El proceso de revisión puso de relieve una serie de ejemplos sobre la forma en que los nuevos enfoques en políticas y programas han funcionado en todo el mundo, y los obstáculos que se han encontrado en la aplicación del programa. Dicho repaso reafirmó dos principios importantes: que los derechos y salud de la mujer son centrales para las políticas de población y desarrollo, y que los actores no guber-

namentales juegan un papel crucial a nivel local y nacional, así como en las deliberaciones internacionales sobre temas de población.

Mejora de la salud reproductiva

La salud reproductiva es un concepto relativamente nuevo en los debates mundiales sobre población. La expresión se usó extensamente en todo el mundo durante la década de los 90, para referirse tanto a un conjunto específico de inquietudes en el área de salud como a un enfoque general al considerar temas de población

Establecimiento del temario

El Programa de Acción de El Cairo definió la salud reproductiva por primera vez en un documento sobre política internacional. La definición afirma que la “salud reproductiva es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o malestar, en todo lo que se refiere al sistema reproductivo...”. Dice que la atención a la salud reproductiva debe proteger los derechos de la persona, incluido el “derecho a decidir libremente y con responsabilidad” el número de hijos que se desea tener y el espacio entre uno y otro, así como el derecho a tener “una vida sexual satisfactoria y sin riesgo” (ver una definición más completa en el Apéndice de la página 45). Dicha definición va más allá de los conceptos tradicionales de atención a la salud, centrados en evitar la enfermedad y la muerte, al promover una visión más amplia de la salud de la persona.

La salud reproductiva integra el derecho individual de la persona, el trato de igualdad y dignidad, y la actuación responsable en las relaciones⁵. Si una mujer no puede controlar aspectos básicos de su relación, como el coito libre sin coacción, ello constituye un tema de salud reproductiva, si bien el sistema de salud normalmente

sólo aborda las consecuencias de dicha situación, como pueden ser el embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual (ITS), denominadas normalmente enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Mejorar la salud reproductiva implica más que una mera provisión de atención a la mujer durante sus años fértiles⁶. Por ejemplo la deficiencia nutritiva durante la infancia y la adolescencia es una causa importante de mala salud durante el embarazo y el parto, lo que puede transmitirse al bebé especialmente si nace con poco peso (menos de 2.500 gramos). Las costumbres dañinas, como la mutilación genital femenina (que se practica principalmente en África), la violencia familiar y el tráfico sexual van en contra de la salud física y sexual de la mujer y de sus derechos de reproducción. Por otra parte la mujer puede quedar incapacitada por el parto, lo que quizás la afecte más adelante durante su vida.

Si bien los hombres también tienen problemas de salud reproductiva (especialmente ITS), son las mujeres quienes sufren la mayor carga (ver el cuadro 1). El embarazo y el parto (incluido el aborto en condiciones de riesgo) constituyen la mayor fuente de problemas de salud para la mujer en edad de procrear; y, aparte de la maternidad, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) son una importante causa de incapacidad y muerte entre las mujeres en todo el mundo.

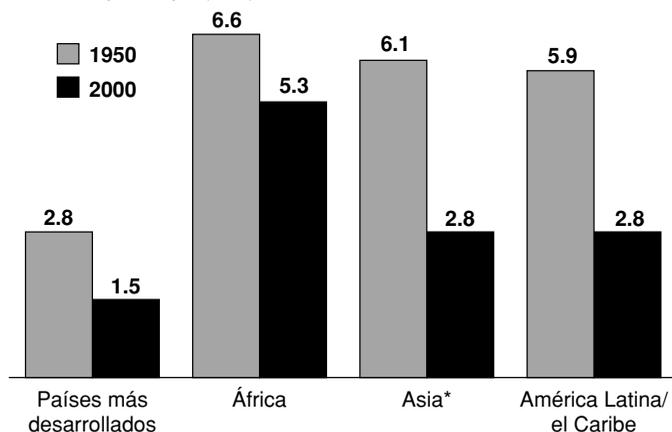
La atención a la salud reproductiva abarca muchos elementos, entre los que se encuentran:

- La provisión de información y servicios sobre métodos anticonceptivos;
- La atención prenatal;
- El parto sin riesgo y atención después del parto;
- La prevención y tratamiento de las ITS, incluidos el VIH y el SIDA;
- Los abortos (donde sean legales) y la atención después del aborto;
- La prevención y tratamiento de la infertilidad;
- La eliminación de prácticas dañinas, como la mutilación genital femenina, el tráfico sexual y la violencia en contra de la mujer; y

Figura 1

Fecundidad en las regiones del mundo, 1950 y 2000

Nacimientos por mujer (TTF)



Nota: TTF (tasa total de fecundidad) es el promedio total de hijos por mujer teniendo en cuenta los índices reinantes de natalidad.

*Excluye Japón, porque dicho país se incluye en el promedio de los más desarrollados.

Fuentes: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1998 Revision* (1998); cuadros A.1 y A.20; y C. Haub y D. Cornelius, *2000 Cuadro de la Población Mundial* (Population Reference Bureau, 2000)

- Otros servicios de salud para la mujer, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamas o del cuello del útero.

El Programa de Acción de El Cairo pide a todos los países que proporcionen estos servicios para el año 2015, principalmente mediante el sistema de atención primaria a la salud.

Si bien el Programa de Acción definió la salud reproductiva de manera amplia, sólo estableció metas numéricas y proporcionó cálculos de costo en tres áreas principales: elevar el uso de la planificación familiar, reducir las muertes maternas y prevenir las infecciones de transmisión sexual. Las siguientes secciones presentan temas normativos y de programas relativos a estas tres áreas, así como un cuarto tema de crucial importancia: las necesidades especiales de los adolescentes.

Elevar el uso de la planificación familiar

La planificación familiar hace tiempo que constituye un elemento central de las políticas y programas de población,

y es también esencial en la salud reproductiva. Aparte de hacer posible que las parejas limiten su número de hijos, contribuye a reducir las tasas de fecundidad y el crecimiento demográfico al ayudar a las mujeres a espaciar los hijos. Asimismo fomenta la salud materna y de los bebés, porque las mujeres esperan hasta salir de la adolescencia y de los primeros años de juventud antes de tener hijos, y luego ponen un espacio de por lo menos dos años entre un hijo y otro. La planificación familiar también puede proteger a las mujeres mayores y a las que, por tener ciertos problemas de salud, podrían estar en peligro si quedan embarazadas.

Aunque existen más usuarios de planificación familiar que nunca, probablemente también haya más personas que necesiten o deseen usar dichos métodos; su número está creciendo a mayor ritmo que la población en edad de procrear, debido a que cada vez existe más gente en este grupo de edad que desea reducir el tamaño de su familia.

En la actualidad, más de la mitad de todas las parejas en el mundo menos desarrollado hacen uso de la planificación familiar comparado con tan sólo el 10% en la década de 1960. Este drástico aumento ha llevado a reducir la fecundidad con mucha más rapidez en los países menos desarrollados que en los más desarrollados. El cambio de mayor a menor tamaño de las familias en Estados Unidos y Europa ocurrió en el transcurso de 100 ó 150 años, mientras que el promedio del tamaño familiar se ha reducido casi en la misma proporción en los países menos desarrollados en tan sólo unas décadas (ver la figura 1).

El menor tamaño de las familias refleja la transformación en la actitud hacia la procreación. A medida que los países se modernizan y se vuelven más urbanos, y a medida que las mujeres logran mayores niveles de educación y comienzan a casarse más tarde, las parejas empiezan a querer menos hijos. Por ejemplo, en la década de 1970 en Kenya las mujeres decían en general que querían tener siete o más hijos. En los 90 han dicho por termino medio

que quieren menos de cuatro. En Colombia e Indonesia actualmente, las mujeres quieren menos de tres hijos, comparado con cuatro en los años 70⁷.

En los últimos 30 años la mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, como las píldoras, las inyecciones, los dispositivos intrauterinos y la esterilización ha permitido a las mujeres tener familias más pequeñas si lo desean. Los programas organizados de planificación familiar y la promoción gubernamental a este respecto también juegan un papel importante. Algunos demógrafos dicen que los programas de planificación familiar son responsables del 40 ó el 50% de la reducción lograda en la fecundidad en los países menos desarrollados desde la década de 1960⁸. Incluso las parejas que viven en comunidades rurales de bajo ingreso en países como Bangladesh y Kenia han tenido acceso a los métodos anticonceptivos modernos gracias a programas organizados que han llevado información y servicios cerca de las comunidades (ver la figura 2).

Necesidad de planificación familiar no satisfecha

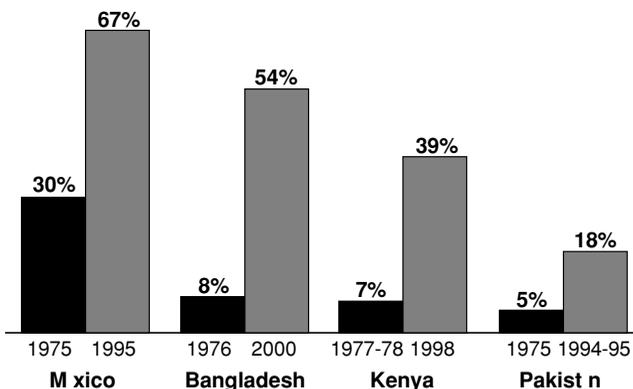
A pesar de estos avances, continúa habiendo grandes disparidades en el uso de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres en edad de procrear que usan métodos anticonceptivos varía de menos del 10% en muchos países del África subsahariana a más del 60% en Brasil y Tailandia, y por encima del 80% en China. En el seno de los países, el uso de la planificación familiar suele ser mucho más alto en las áreas urbanas que en las rurales, y entre la gente rica que entre los pobres.

Muchas mujeres, especialmente en los países menos desarrollados continúan quedando embarazadas antes de lo esperado y teniendo más hijos de lo que pensaban. Los expertos calculan que entre 100 y 150 millones de mujeres en el mundo menos desarrollado tienen una “necesidad no satisfecha” de planificación familiar⁹. Dichos cálculos se basan en sondeos que incluyen preguntas sobre las intenciones de procreación de la mujer. Los demógrafos consideran que una mujer tiene una

Figura 2

Uso de métodos anticonceptivos, países seleccionados, mediados de 1970 y mediados de 1990 o más tarde

Porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años que usan en todos anticonceptivos



Fuentes: Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (1999); y *Demographic and Health Surveys* from 1994 to 2000 (Encuestas de demografía y salud de 1994 al 2000). Acceso en línea en: www.measuredhs.com, a partir del 23 de enero del 2001.

necesidad no satisfecha si dice que prefiere no quedar embarazada, pero no está usando ningún método anticonceptivo. En algunos países más de la cuarta parte de las mujeres casadas en edad de procrear se encuentran en dichas condiciones (ver la figura 3). Si las mujeres solteras con vida sexual fueran incluidas en las encuestas, es casi seguro que dichas cifras serían más altas.

El Programa de Acción de El Cairo pide que se proporcione acceso universal a “una muy amplia variedad de métodos de planificación familiar fiables y sin riesgo, así como a los servicios de salud reproductiva relacionados con los mismos⁷. En el repaso realizado a los 5 años de la conferencia, los gobiernos acordaron establecer un objetivo más específico: reducir la necesidad no satisfecha de planificación familiar sin establecer metas o cupos¹⁰.

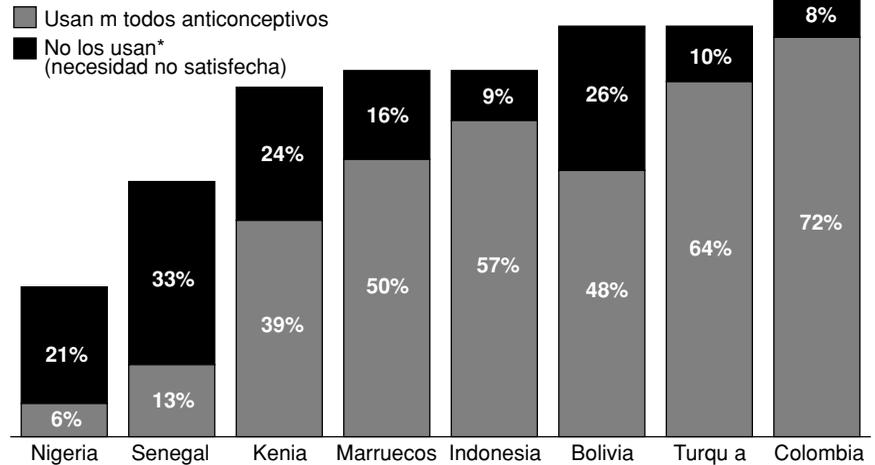
Obstáculos al uso de la planificación familiar

Si bien la gran mayoría de la gente en todos los lugares ha oído hablar de la planificación familiar, existen estudios que revelan una serie de razones por las que las mujeres no utilizan métodos

Figura 3

Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres que prefieren no quedar embarazadas, países seleccionados, década de 1990

Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años que prefieren no quedar embarazadas



*Se considera que las mujeres que desean evitar el embarazo pero no usan ningún método anticonceptivo tienen una necesidad de planificación familiar "no satisfecha".

Fuente: *Demographic and Health Surveys, Final Country Reports*. Pueden obtenerse en línea en www.measuredhs.com.

anticonceptivos incluso cuando dicen que prefieren no quedar embarazadas¹¹. Muchas mujeres (y sus maridos) temen los efectos secundarios de dichos métodos; otras se convencen de no usarlos porque sus maridos se oponen, o sucumben a la presión de la familia de tener más hijos. Algunas parejas no aprueban los métodos anticonceptivos por razones religiosas. La dificultad para obtener dichos métodos y la escasez de personal de salud capacitado también puede restringir el acceso a los mismos, y la gente joven, en particular, se enfrenta a obstáculos de tipo económico, social, político y cultural.

Los expertos en planificación familiar están cada vez más preocupados de que quizás no existan suficientes suministros de métodos económicamente asequibles para quienes los necesitan. Los gobiernos y las entidades proveedoras de servicios sin fines de lucro en los países menos desarrollados normalmente pueden obtener métodos anticonceptivos a precio reducido o procedentes de donaciones, lo que les permite dar servicio a poblaciones de

bajo ingreso que no podrían comprarlos en el mercado minorista. Tales descuentos en el precio, así como las donaciones, han sido posible gracias al financiamiento de países más desarrollados (especialmente EE.UU.) e instituciones multilaterales como el Banco Mundial y Naciones Unidas.

Naciones Unidas calcula que el número de usuarias aumentará en más del 40%, de 525 millones a 742 millones, entre el año 2000 y el 2015. Dados los niveles actuales de ayuda, los suministros quizás no sean suficientes para abastecer la creciente necesidad. De hecho ya existen informes de "falta de existencias" en algunos países, en parte debido a la mala administración en las redes de suministro e insuficientes compras de los gobiernos¹².

Reducción de la mortalidad materna

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son importantes causas de incapacidad y muerte entre las mujeres en edad de procrear en los

países menos desarrollados. Más de 500.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo; y por encima del 95% de dichas muertes tienen lugar en el mundo menos desarrollado, especialmente en África y Asia. De todas las estadísticas de salud entre adultos vigilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor diferencia que existe entre los países más y menos desarrollados es en los índices de muertes maternas. La proporción de muertes maternas por nacimientos vivos oscila entre un promedio de 10 por cada 100.000 nacidos vivos en las regiones más desarrolladas, a 880 muertes maternas en África (ver la figura 4).

Debido a que la mayoría de las mujeres en los países más desarrollados tienen acceso a atención médica de alta calidad, es raro que hoy día las mujeres mueran en el parto, pero corren muchísimo más riesgo en los países menos desarrollados. Las muertes maternas están claramente relacionadas con la existencia de servicios de salud de baja calidad y la falta de atención médica durante el parto e inmediatamente después del mismo.

La mayoría de los nacimientos en los países menos desarrollados (aproximadamente el 60%) tienen lugar fuera de establecimientos de atención a la salud. Los partos en casa no necesariamente conllevan riesgo, si la familia y la partera reconocen los signos de complicaciones durante el parto y si pueden trasladar rápidamente a la mujer a las debidas instalaciones para recibir la atención que necesita.

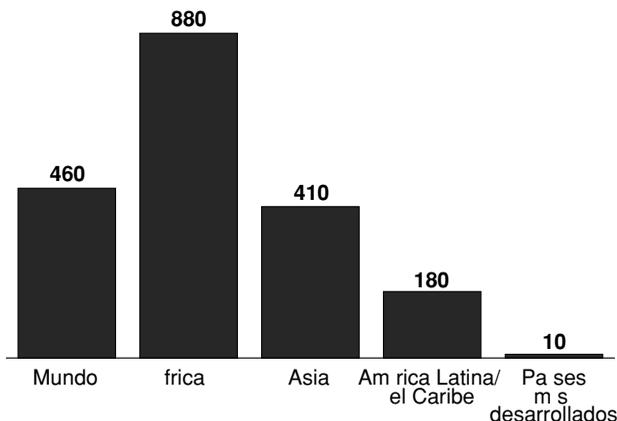
Quizás la familia no pueda trasladar a la mujer a un centro médico a tiempo, o no lo hagan por temor a que les traten de forma condescendiente, o porque cuesta mucho, o la calidad de la atención deje que desear. Los partos en instalaciones de salud también pueden presentar riesgos si la atención médica es deficiente.

La muerte de la madre puede tener profundas consecuencias para su familia; en algunos países menos desarrollados, si falta la madre el riesgo de muerte de los hijos menores

Figura 4

Índices de mortalidad materna en regiones del mundo, principios de la década de 1990

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos



Fuente: L. Parikh y B. Shane, 1998 *Las mujeres de nuestro mundo* (Population Reference Bureau, 1998), basado en datos de la OMS, UNICEF y Naciones Unidas.

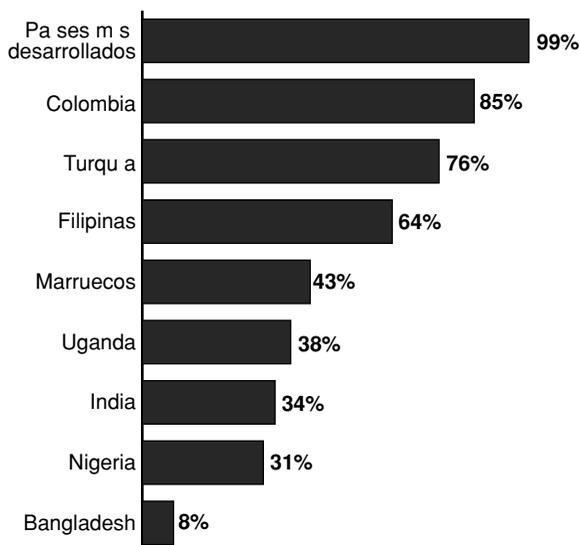
de 5 años aumenta hasta en un 50 por ciento¹³. Asimismo, debido a que las mujeres mueren en las edades que son más productivas, su muerte afecta a la toda la sociedad y la economía.

Por cada muerte materna existen muchas mujeres que sufren lesiones, infecciones e incapacidades debidas al embarazo y al parto, como rupturas del útero, inflamaciones pélvicas y daños al aparato reproductivo que pueden resultar en incontinencia si no se reparan. La OMS calcula que más de 20 millones de mujeres sufren anualmente lesiones relacionadas con el embarazo y el parto que no son tratadas.

El Programa de Acción de El Cairo pidió a los gobiernos reducir la disparidad entre los índices de muerte materna en los países más desarrollados y los menos desarrollados, y tratar de mantenerlos por debajo de 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en todas las naciones. En el repaso al cabo de cinco años se añadió algo más para los países con altos índices de mortalidad: Asegurarse de que al menos el 60% de los nacimientos sean asistidos por personal de salud capacitado (ver la figura 5).

Figura 5

Partos asistidos por personal de salud capacitado, países seleccionados, 1990–1997



Fuente: UNICEF, *State of the World's Children 1999* (1999): cuadro 7.

Todos los embarazos implican cierto riesgo, incluso para las mujeres sanas: Se calcula que el 15% de los embarazos resultan en complicaciones que requieren asistencia médica. En los casos en que corre peligro la vida, las mujeres necesitan recibir atención obstétrica de urgencia, con cirugía y anestesia, así como transfusiones de sangre y otras atenciones especializadas. También se necesita atención especial cuando surgen complicaciones en los abortos, como ocurre cuando son incompletos, o generan infecciones o hemorragia, o lesiones en el cuello uterino o en el mismo útero. La planificación familiar permite a las mujeres estar menos expuestas al embarazo y a los riesgos que conlleva para su salud.

En 1987 una coalición de organismos internacionales lanzó la iniciativa denominada “Maternidad sin riesgo” para elevar la conciencia sobre las muertes maternas y encontrar formas de reducir su incidencia. Se ha avanzado lentamente, debido a insuficiente financiamiento y a compromisos políticos, así como a sistemas de salud defi-

cientes, falta de toma de conciencia y obstáculos logísticos en el caso de las familias en áreas rurales. Las principales entidades donantes, como el Banco Mundial, han renovado su compromiso con la maternidad sin riesgo en los últimos años y han incluido dicho objetivo como componente esencial de los programas de salud de la mujer.

Abortos en condiciones de riesgo

La OMS calcula que el 13% de las muertes maternas, o aproximadamente 80.000 anualmente, se deben a complicaciones resultantes del aborto debido a procedimientos que implican riesgo, lo que normalmente ocurre donde los abortos son ilegales o inaccesibles. El número aproximado de muertes por cada 100.000 abortos es de 400, pero dicha cifra oculta importantes variaciones regionales. En África los abortos en condiciones de riesgo tienen por lo menos 700 más probabilidades de terminar en muerte que en los países más desarrollados¹⁴.

En los países en que el aborto es ilegal, o donde no se dispone de servicios de aborto en condiciones seguras, las mujeres con embarazos no deseados quizás busquen servicios clandestinos o usen drogas u otros medios para provocarse el aborto; y cuando éste ha causado lesiones, van frecuentemente al hospital a recibir tratamiento urgente. Se calcula que en algunos países hasta el 50% de las camas de hospital para pacientes de ginecología las ocupan mujeres con complicaciones por abortos¹⁵.

El aborto es quizás el tema de salud femenina más polémico a que se enfrentan las autoridades normativas. Todas las conferencias mundiales recientes sobre población y salud reproductiva se han enfrentado a alguna protesta sobre el aborto, dentro o fuera de las reuniones. El consenso internacional en la actualidad (logrado en la conferencia de El Cairo y afinado en su repaso 5 años después) es que se necesita hacer algo con respecto a los abortos en condiciones de riesgo para reducir los

efectos negativos sobre la salud. Los documentos respectivos establecen claramente que “en ningún caso debe promoverse el aborto como método de planificación familiar”¹⁶; pero se hagan o no abortos legales, los delegados coinciden en que las mujeres deben ser atendidas cuando existan complicaciones, y que en los lugares donde el aborto es legal los “sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores y tomar otras medidas para asegurarse de que el aborto sea accesible y sin riesgo”¹⁷.

Prevención de infecciones de transmisión sexual

El aumento mundial en las infecciones de transmisión sexual, y especialmente en la incidencia del VIH, dio lugar a una nueva era de debates en la década de 1990. Las discusiones sobre tendencias de salud y población anteriormente se centraban en la fecundidad, pero ahora, debido a la creciente presencia del VIH y el SIDA, así como de otras infecciones de transmisión sexual, se está poniendo más énfasis en el acto sexual en sí. Con objeto de salvar vidas, muchos dirigentes nacionales han comenzado a hablar abiertamente sobre la actividad sexual, tema que hasta hace poco se consideraba tabú.

Uno de cada 10 adultos en todo el mundo contrae una infección de transmisión sexual (ITS) cada año, y el total de infecciones nuevas anuales asciende a los 333 millones (ver el cuadro 1 en la página 12). La propagación de las ITS se debe principalmente a conductas sexuales peligrosas, entre las que se encuentran el comenzar a tener relaciones sexuales a edades jóvenes, el tener varios compañeros sexuales, la prostitución y ciertas prácticas sexuales específicas¹⁸.

Dos ITS comunes, la clamidia y la gonorrea, no exhiben síntomas en la mujer pero pueden extenderse en el útero y llegar a las trompas de Falopio, donde la infección denominada inflamación pélvica puede minar considerablemente la capacidad de tener hijos. Por dicha razón, las enfermedades de transmisión sexual son una

importante causa de infertilidad en el mundo menos desarrollado. En las mujeres embarazadas dichas infecciones pueden pasarse al feto o al bebé y dar lugar a consecuencias serias al recién nacido¹⁹.

La presencia de otras infecciones de transmisión sexual facilita la propagación del VIH, por lo que los gobiernos y los sistemas de salud han redoblado sus esfuerzos por elevar la conciencia sobre el peligro de las “relaciones sexuales sin protección” y tratan de desacelerar la propagación de dichas infecciones mediante programas de prevención y tratamiento. Aparte de abstenerse de tener relaciones sexuales, la forma más eficaz de no contraer ITS es usar condones. En algunos países como Uganda los gobiernos han promovido fuertemente el uso de condones con ciertos resultados positivos (ver el recuadro 3); en otros, como Kenya y Zambia, las instituciones religiosas o los dirigentes políticos se han opuesto a las campañas públicas de promoción de dicha práctica²⁰. En concreto, muchos líderes católicos se han mostrado renuentes a apoyar el uso del condón porque consideran que la abstinencia y la monogamia son las únicas formas de protección consecuentes con la doctrina católica.

Las estrategias para combatir la expansión de las ITS tienen con frecuencia dos vertientes: un esfuerzo intenso de prevención y tratamiento, dirigido a “grupos básicos” (como trabajadoras sexuales y hombres con varios compañeros sexuales) que representan la mayor fuente de transmisión, y la incorporación de programas de ITS en los servicios existentes de planificación familiar y otras formas de atención a la salud. En la práctica la detección de las ITS es difícil, debido a que varias de ellas no muestran síntoma alguno, y las pruebas de laboratorio son caras. Asimismo puede que el tratamiento con antibióticos de grandes números de personas de alto riesgo (se detecte o no en ellas una infección) no sea eficaz, aparte de que resulta sumamente costoso en la mayoría de los sitios.

Combate del VIH y SIDA en Uganda

La epidemia del VIH y el SIDA en Uganda ha constituido un gran problema para el desarrollo económico y social del país, y redundado en una respuesta gubernamental sin precedentes. La actitud abierta del gobierno al hacer frente al SIDA (hablando públicamente de la sexualidad y sus consecuencias) contrasta claramente con otros países africanos que evitan dichos debates públicos.

Uganda fue uno de los primeros países en registrar una altísima incidencia de la infección del VIH. En 1992, apenas 10 años después de que se identificaran los primeros casos de SIDA, aproximadamente una tercera parte de las mujeres embarazadas en las zonas urbanas del país estaban infectadas con el VIH, y el número de casos notificados de SIDA estaba creciendo a un ritmo alarmante.

Para principios de los 90 el gobierno ugandés había reconocido las tremendas consecuencias que el SIDA tendría para el desarrollo del país. Los oficiales de salud pública también eran conscientes de que otras infecciones de transmisión sexual promovían la transmisión del VIH. Con apoyo financiero de importantes entidades donantes, el gobierno instituyó una estrategia múltiple de gran alcance que abarcaba los ministerios de salud, trabajo, género, defensa, educación, información y agricultura. Los programas realizados incluyeron campañas de información pública, investigación, pruebas voluntarias de detección y asesoría, transfusiones sin riesgo, programas de salud escolar, atención en el hogar a las personas que vivían con la enfermedad, y una campaña nacional para tratar las ITS. El programa de control de las ITS y de la infección por el VIH es apoyado

por el Banco Mundial y pone énfasis en contactar a los grupos vulnerables (especialmente los jóvenes), así como en la participación de los padres y las comunidades. Una comisión nacional sobre el SIDA también coordina políticas y programas en todo el país y colabora con los miembros del parlamento, autoridades gubernamentales y líderes religiosos.

La epidemia del VIH y el SIDA continúa. A finales de 1999 casi 1 millón de personas (de una población total de 23 millones) vivían con el VIH/SIDA y 1,7 millones de niños habían quedado huérfanos por dicha enfermedad, pero la amplitud del esfuerzo nacional ha dado resultados prometedores. Casi todos los adultos en Uganda son conscientes del peligro del VIH. El porcentaje de varones que dicen tener contacto sexual fuera de una relación estable se redujo considerablemente durante los años noventa. En general los índices de infección han bajado, de un máximo de casi el 14% de los adultos entre las edades de 15 a 49 años a principios de 1990, a cerca del 8% en 1999.

Referencias

Florence Mirembe, Freddie Ssengooba y Rosalind Lubanga, *Reproductive Health in Policy and Practice: Uganda* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998); NUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic June 2000* (Ginebra: NUSIDA, 2000); y Rand Stoneburner, Daniel Low-Beer, Tony Barnett y Alan Whiteside, "Enhancing HIV Prevention in Africa: Investigating the Role of Social Cohesion on Knowledge Diffusion and Behavior Change in Uganda" (documento presentado en la Conferencia Internacional sobre el SIDA, en Durban, Sudáfrica, en julio del 2000).

El VIH y el SIDA están creando una generación en la que "faltan adultos".

La epidemia del VIH y el SIDA

El VIH y el SIDA constituyen las más devastadoras de las infecciones transmitidas sexualmente. No hay cura y la enfermedad casi siempre es mortal. Debido al gran período que existe entre la infección y el comienzo de los

síntomas de la enfermedad, la persona infectada puede transmitir el VIH a otros sin saber que lo tiene. Se calculaba que a finales del año 2000 existían 36 millones de adultos y niños en todo el mundo viviendo con el VIH o el SIDA, y que la mayoría (más de 25 millones) estaban en el África

Subsahariana (ver el cuadro 2)²¹. A comienzos de los 90 los expertos advirtieron que se estaba fraguando una creciente crisis de salud debida al VIH y el SIDA, pero pocos predijeron su enormidad. Se estima que en África meridional entre una cuarta y una tercera parte de toda la población adulta está infectada por el VIH.

En el África subsahariana, el VIH se propaga principalmente por contacto heterosexual. Las conductas de alto riesgo y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual favorecen la propagación. En otras regiones, incluidas partes de Asia, América Latina, Europa oriental y Asia central, el VIH se transmite por uso intravenoso de drogas y relaciones homosexuales entre varones, además del contacto heterosexual. Los índices nacionales de infección en estas regiones están muy por debajo de los de África, si bien son altos y van en aumento entre ciertos sectores de la población.

En la mayoría de las regiones del mundo los hombres tienen mayores probabilidades que las mujeres de contraer la enfermedad, pero en África subsahariana las mujeres (especialmente las jóvenes) corren más riesgo. Se calcula que en esta última región existen 12 mujeres con VIH/SIDA por cada 10 hombres con la infección o enfermedad. Entre los jóvenes de poco más de 20 años los índices son tres veces superiores en las mujeres que en los varones, y entre los adolescentes y menores de 20 años la proporción es cinco veces mayor en las mujeres que en los varones de la misma edad²².

Las jóvenes están más expuestas por razones biológicas y sociales. Las niñas quedan infectadas más fácilmente que los varones durante el coito. Por otra parte también es más probable que las niñas tengan relaciones sexuales con alguien de mayor edad que haya estado expuesto al VIH. Asimismo las niñas con frecuencia no pueden oponerse a los avances sexuales de los hombres y tienen dificultad en convencer a sus parejas de mayor edad para que usen condones, lo que las hace más vulnerables a la infección.

Cuadro 2

Adultos y niños que viven con VIH o SIDA, año 2000

Región/país	Número de adultos y niños con VIH/SIDA	Porcentaje de adultos infectados, edades 15-49 años
Mundo	36.100.000	1.1
África subsahariana	25.300.000	8.8
<i>Sudáfrica</i>	4.200.000	19.9
<i>Botswana</i>	290.000	35.8
Asia meridional y sudeste asiático	5.800.000	0.6
<i>India</i>	3.700.000	0.7
América Latina	1.400.000	0.5
Norte América	920.000	0.6
<i>Estados Unidos</i>	850.000	0.6
Europa oriental y Asia central	700.000	0.4
Asia oriental y del Pacífico	640.000	0.1
<i>China</i>	500.000	0.1
Europa occidental	540.000	0.2
África septentrional y Oriente Medio	400.000	0.2
El Caribe	390.000	2.3
Australia y Nueva Zelanda	15.000	0.1

Nota: Los cálculos relativos a países corresponden a diciembre de 1999; los de regiones a diciembre del 2000.

Fuente: NUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA* (junio del 2000 y diciembre del 2000). Puede verse en línea en www.unaids.org/epidemic_update/report, el 22 de enero del 2001.

Las mujeres jóvenes con VIH o SIDA pueden quedar infértiles o morir prematuramente y dejar a niños huérfanos; también pueden pasar el VIH a sus bebés, quienes a su vez tendrán pocas probabilidades de sobrevivir la infección.

El VIH y el SIDA están creando una generación en la que “faltan adultos”. Las consecuencias demográficas, sociales y económicas del SIDA son profundas en países con altos índices de infección. En algunas sociedades el VIH o el SIDA están acabando con tantos jóvenes, que van a crear una generación en la que faltan adultos (por que los jóvenes de ambos sexos, que tienen 20 ó 30 años en la actualidad, morirán antes de llegar a una edad media, dejando así sin mantener a sus familias). Los hogares y las comunidades tendrán que atender a crecientes números de huérfanos y personas mayores cuando éstos pierden a los miembros de su familia que les proporcionan el sustento. Debido a que el SIDA mata a los adultos en sus años más productivos, sus efectos se hacen sentir en el campo militar,

Ningún gobierno puede negar que las mujeres merecen que se eleve su condición y se las dé mejores oportunidades

educativo, así como en la industria, la agricultura y el transporte —en la economía en general. Su efecto potencialmente desestabilizador llevó al Consejo de Seguridad de Naciones Unidas a declarar en el año 2000 el SIDA como una amenaza para la seguridad del planeta, y fue la primera vez que una entidad mundial definió un problema de salud de tal forma.

A corto plazo, existe poca esperanza de supervivencia para los que ya están infectados en países de bajo ingreso. Las terapias de tratamiento son demasiado caras para la gran mayoría de los ciudadanos en esas naciones, y la vacuna contra el VIH y el SIDA tardará todavía varios años. Las estrategias de prevención constituyen la forma más efectiva y realista en que los gobiernos de los países en desarrollo pueden combatir la epidemia del VIH/SIDA. La sólida actividad de prevención en Uganda (ver el recuadro 3 en la página 20) ha permitido reducir los índices de prevalencia entre la población adulta a cifras de sólo un dígito, en comparación con los dos dígitos en los países del alrededor.

El programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) indica que una forma efectiva de combatir la epidemia es combinar diferentes estrategias, como un plan nacional integral contra el SIDA, la apertura social y estar dispuesto a dar mayor visibilidad a la enfermedad, la participación de todos los sectores (no sólo del sector sanitario), el apoyo a programas a nivel de la comunidad e intervenciones especiales entre la población más vulnerable, incluidos los jóvenes²³.

Necesidades de los jóvenes

Por una serie de razones, la gente joven es más vulnerable que los adultos a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y a tener embarazos no deseados, por lo que en recientes conferencias mundiales se ha pedido que se ponga especial atención a sus necesidades. Las autoridades normativas tienen buenas razones para concentrarse en este sector, puesto

que más de una cuarta parte de los 6.000 millones de personas en todo el mundo se encuentran entre las edades de 10 a 24 años, y las decisiones de este grupo de edad sobre su estado civil, actividad sexual y planes reproductivos tendrán considerable efecto en sus respectivas sociedades y en la población futura del planeta.

Los jóvenes de hoy en día son en general más sanos y tienen mayor educación que sus padres, pero siguen expuestos a serios riesgos de salud reproductiva. Las complicaciones debidas al embarazo, el parto y los abortos en condiciones de riesgo son las principales causas de muerte entre las niñas de 15 a 19 años en los países menos desarrollados, y los jóvenes de ambos sexos entre 15 y 24 años tienen la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Los jóvenes también se están casando más tarde que la generación de sus padres, y esta es una de las razones por las que se está reduciendo la tasa de natalidad, pero la combinación del retraso en el matrimonio junto con la existencia de relaciones premaritales les pone en mayor riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, nacimientos de niños ilegítimos e infecciones de transmisión sexual. Si bien las relaciones sexuales antes del matrimonio son generalmente menos comunes en los países menos desarrollados que en los industrializados, se está registrando un aumento en todas las regiones²⁴. Cuando los adolescentes empiezan su vida sexual tienden a tener varios compañeros sexuales, y no usan sistemáticamente condones u otros métodos anticonceptivos, además de que carecen del conocimiento necesario para protegerse.

Las mujeres de menos de 20 años están especialmente expuestas a problemas de salud reproductiva y tienen mayores probabilidades que las de mayor edad de morir de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. El parto es más peligroso para las jóvenes porque no han acabado de desarrollarse y suelen tener menor información y acceso a atención pre-

natal, así como durante el parto y en el puerperio. También es más probable que las jóvenes recurran a abortos en condiciones de riesgo ante un embarazo no deseado, y las niñas tienen más probabilidades que los niños (o que las mujeres de mayor edad) de verse forzadas a tener relaciones sexuales o aceptar dicha situación a cambio de regalos o dinero; y cuando las jóvenes tienen coito con compañeros sexuales de mayor edad y experiencia, corren el riesgo de contraer una infección, incluido el VIH.

Protección de la salud de los adolescentes

Los debates sobre la salud sexual de los adolescentes en reuniones internacionales han sido controvertidos. Varios gobiernos, especialmente de países musulmanes, han expresado formalmente sus reservas; es decir se han abstenido de aceptar partes del Programa de El Cairo que tratan de la sexualidad de los adolescentes porque las relaciones sexuales premaritales no se condonan en dichas sociedades. Asimismo muchos otros gobiernos, si bien no se oponen explícitamente al debate de Naciones Unidas, se muestran renuentes a abordar el tema de manera directa en sus políticas nacionales.

En países con valores y tradiciones conservadores, como Estados Unidos, muchos padres y autoridades normativas temen que proporcionar información y servicios sobre métodos anticonceptivos va a promover conductas sexuales promiscuas entre los jóvenes solteros, si bien existen pocas pruebas de que tales programas fomenten la actividad sexual. Al repasar los programas de educación sexual en todo el mundo se ha llegado a la conclusión de que la educación sexual no alienta la actividad sexual entre los jóvenes, sino que puede llevarles a posponer la primera relación sexual y a utilizar métodos anticonceptivos de forma más sistemática, así como a adoptar conductas sexuales que conlleven menos riesgos²⁵.

No obstante las polémicas sobre el tema de la sexualidad de los adoles-

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los riesgos de los adolescentes con respecto a la salud reproductiva, incluyendo embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, son una creciente preocupación de los legisladores.

centes en recientes conferencias mundiales sobre sexualidad, en El Cairo los gobiernos acordaron una serie de medidas para mejorar la salud de los adolescentes —que fueron luego ampliadas en la conferencia de Beijing y en el repaso cinco años después de El Cairo. Entre ellas están proporcionarles información sobre salud reproductiva y sexual, alentar el interés de los padres, usar educadores de la misma edad que los jóvenes para ponerse en contacto con ellos, proporcionar servicios integrales de salud que incluyan la planificación familiar para los jóvenes con vida sexual, y medidas para eliminar prácticas dañinas y violencia en contra de las mujeres jóvenes.

Eliminación de prácticas dañinas

Las últimas conferencias internacionales han abordado el tema de las prácticas contra las mujeres jóvenes, como son el tráfico sexual, la mutilación genital femenina y la violencia en contra de la mujer (ver el recuadro 4 en la página 26). Naciones Unidas calcula que cada año se introducen 2 millones de niñas menores de 16 años en el mercado del comercio sexual, muchas de ellas embaucadas con promesas de trabajo o mejor vida²⁶. El mayor volumen de tráfico sexual tiene lugar en Asia, donde cada año se introducen miles

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Las mujeres quienes tienen entradas económicas fuera del hogar, tienen por lo general la doble carga de las responsabilidades de la familia y del trabajo.

de niñas en el mercado sexual de la India y Tailandia, y las mujeres en Europa oriental cada vez se ven más expuestas al tráfico sexual.

La comunidad internacional se ha expresado recientemente en contra de dichas prácticas y ha tomado medidas para fortalecer su combate, pero es complicado poner fin al tráfico sexual, por tratarse de un comercio lucrativo que trasciende las fronteras internacionales y las jurisdicciones legales.

La mutilación genital de la mujer, también denominada circuncisión femenina, afecta a aproximadamente 2 millones de niñas cada año, y se calcula que 130 millones de mujeres han sido víctimas de la misma, principalmente en África y entre inmigrantes africanos en otros países²⁷. Se trata de una práctica cultural que lleva mucho tiempo en existencia y conlleva la escisión de parte o la totalidad de los órganos genitales externos femeninos, con el fin principal de reducir el deseo sexual de la mujer y asegurar su virginidad antes del matrimonio, así como su fidelidad durante el mismo. Dicha práctica tiene serios efectos sobre la salud, incluida la posibilidad de hemorragias y que la niña entre en choque, además de dolor crónico, infecciones y otras complicaciones que pueden

dejar secuelas duraderas, pero para acabar con la práctica hay que oponerse a valores muy arraigados entre las mujeres, sus familias y comunidades. El esfuerzo a nivel comunitario en varios países está contribuyendo a incrementar los conocimientos sobre la mejor forma de poner fin a esta conducta.

Potenciación de la mujer

Gracias al creciente activismo y a la influencia de los defensores de los derechos de la mujer en todo el mundo, el tema de la condición femenina se encuentra a la cabeza en los debates sobre política de población, tanto a nivel nacional como internacional. A raíz de las conferencias de El Cairo y Beijing existe un mayor debate sobre las diferencias entre los papeles establecidos por la sociedad para el hombre y la mujer, y temas afines. Tanto los gobiernos como los organismos donantes reconocen cada vez más que la condición inferior de la mujer obstaculiza el desarrollo, y también las políticas y programas de apoyo para reducir las desigualdades entre los sexos; asimismo, quienes se preocupan por los efectos negativos del crecimiento demográfico, también observan que al elevar la condición de la mujer en el seno de la familia y la sociedad, ella adquiere mayor capacidad para controlar el número de hijos que tiene.

Los acuerdos adoptados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, y en la conferencia sobre la mujer en Beijing, pedían una relación de igualdad de participación y acción entre hombres y mujeres en todas las áreas de la vida pública y privada. Por muy innovadores (e incluso revolucionarios) que parezcan, estos conceptos no recibieron mucha oposición durante las conferencias, puesto que, no obstante la diversidad de las culturas representadas, ningún gobierno podía negar que las mujeres merecen un nivel más alto en la sociedad y mejores oportunidades; pero

Fecundidad y acceso a la salud reproductiva entre las mujeres más ricas y más pobres, países seleccionados, década de los 90

País	Nacimientos por mujer (TTF)*		Atención prenatal (porcentaje de mujeres embarazadas)		Partos asistidos por personal competente (porcentaje de partos)	
	Quinta parte más pobre	Quinta parte más rica	Quinta parte más pobre	Quinta parte más rica	Quinta parte más pobre	Quinta parte más rica
	Bolivia	7,4	2,1	39	95	20
Camerún	6,2	4,8	53	99	32	95
Guatemala	8,0	2,4	35	90	9	92
India	4,1	2,1	25	89	12	79
Indonesia	3,3	2,0	74	99	21	89
Marruecos	6,7	2,3	8	74	5	78
Viet Nam	3,1	1,6	50	92	49	99

*TTF (tasa total de fecundidad) es el promedio total de nacimientos por mujer a los índices existentes de natalidad

Nota: Las mujeres fueron clasificadas según los recursos de sus hogares.

Fuente: A. Tinker, K. Finn y J. Epp, *Improving Women's Health: Issues and Interventions* (Banco Mundial, junio del 2000): 10.

fuera de la conferencia, para poner dichas ideas en práctica hay que superar valores culturales y estilos de vida sumamente arraigados.

El concepto de género

En este sentido género se refiere a los diferentes papeles que el hombre y la mujer juegan en la sociedad y al poder relativo que ejercen. Sus papeles varían de un país a otro, pero en casi todos los lugares las mujeres tienen una posición de desventaja con respecto a los hombres en la esfera social, económica y política. Donde se considera a los varones como los principales encargados de tomar decisiones, las mujeres frecuentemente tienen un lugar subordinado en cuanto a la reducción del tamaño de la familia, el uso de anticonceptivos, la administración de los recursos familiares, la protección de la salud familiar o la obtención de empleo.

Dicha disparidad entre uno y otro sexo afecta muy de cerca la salud de la mujer, por lo que es un tema que se trata en los debates sobre la forma de mejorar la salud reproductiva. Las diferencias entre los sexos inciden sobre la salud y el bienestar de la mujer durante toda su vida²⁸:

- Antes del nacimiento o en el parto, los padres que prefieren hijos varones pueden poner a las niñas en

peligro debido al aborto como selección del sexo (donde existe tecnología para conocer el sexo de antemano) o el infanticidio.

- Donde escasea la comida, las niñas frecuentemente son las últimas que comen y normalmente reciben menos que los varones.
- Quizás las niñas reciben menor atención a la salud que los varones cuando caen enfermas.
- En algunos países (principalmente en África) las niñas están sujetas a mutilación genital.
- Las niñas adolescentes pueden verse presionadas a tener relaciones sexuales a edades jóvenes, ya sea por la existencia de matrimonios forzados, o porque los varones adolescentes quieren probar su virilidad, o bien porque los hombres mayores buscan compañeras sexuales no infectadas con ITS.
- Las mujeres casadas pueden verse presionadas por sus esposos o familias a tener más hijos de lo que prefieren, y a muchas no se les permite obtener o usar métodos anticonceptivos.
- Las mujeres (tanto casadas como solteras) a veces no pueden rechazar los avances sexuales de sus parejas, o convencerlas para que usen condones, por lo que se exponen a contraer infecciones de transmisión sexual.

Violencia en contra de la mujer

La violencia en contra de la mujer es el tema que quizás mejor muestra la relación entre los derechos de la mujer y su salud, y las terribles consecuencias de la posición de inferioridad en que viven las mujeres. En el pasado se consideraba que este tipo de violencia era una cosa privada, pero se ha convertido en un tema serio de salud y política pública que ha adquirido visibilidad.

La violencia en contra de la mujer (también denominada violencia de género) tiene lugar en casi todas las sociedades, dentro del hogar o en el seno de la comunidad, y normalmente es algo en lo que no se mete la policía. Incluye el infanticidio de las niñas, el incesto, la prostitución de niñas, la violación sexual, el maltrato físico de la esposa, el acoso sexual, la violencia contra la mujer en tiempos de guerra o prácticas dañinas tradicionales como son los matrimonios forzados a edades jóvenes, la mutilación genital femenina, y la quema de novias o viudas. En un estudio recientemente publicado por el Centro para la Salud y la Igualdad entre los Sexos, de la Universidad de Johns Hopkins, se calcula que una de cada tres mujeres en todo el mundo sufre algún tipo de violencia de esta naturaleza.

La violencia en contra de la mujer en el seno del hogar es la forma más común y con frecuencia la ejerce el marido o el novio (ver la figura). El abuso físico casi siempre va acompañado de abuso psicológico y la mayoría de las mujeres que sufren dicho trato lo experimentan repetidamente. En

muchos casos lo toleran porque temen represalias de su esposo o la familia (o ambos) si protestan. Su susceptibilidad a la violencia se ve reforzada por la dependencia económica de la mujer respecto al hombre, así como por la amplia aceptación social de la violencia familiar, y la ausencia de leyes al respecto y de mecanismos para combatirla.

Si bien el control de la mujer sobre su sexualidad es esencial para hacer frente a las inquietudes sociales sobre población y la salud, la cuestión de si la actividad sexual es forzada o coaccionada es algo que apenas se ha empezado a contemplar recientemente. La mayor parte del contacto sexual forzado tiene lugar entre gente que se conoce (ya sean esposos, miembros de la familia u otros conocidos). Entre la cuarta parte y la mitad de los casos de violencia familiar incluyen contacto sexual forzado, y dicha coacción tiene lugar también en contra de los niños y adolescentes, tanto en los países más desarrollados como en los menos desarrollados. Las estadísticas sobre la violación sexual sugieren que entre una y dos terceras partes de las víctimas en todo el mundo son menores de 16 años.

¿Qué relación existe entre la violencia en contra de la mujer y la salud reproductiva? Dicha violencia se basa en la diferencia de poder entre los sexos, y afecta el bienestar físico, mental, económico y social de la mujer, además de dar lugar a una variedad de problemas de salud. Debido a que las niñas son víctimas del contacto sexual forzado con

Para abordar las inquietudes sobre la salud y la población es esencial que la mujer controle su sexualidad.

- En todas las sociedades las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de convertirse en víctimas de violencia familiar. Las mujeres pueden sufrir lesiones por el abuso físico de sus compañeros o familiares, y su temor a ser maltratadas puede restarles capacidad para oponerse a las exigencias de sus esposos u otros miembros de la familia.

Existe una combinación de factores culturales y sociales que explican la falta de poder de la mujer para protegerse a sí misma y a sus hijas de

dichos peligros para su salud. Entre ellos se encuentran la falta de información y no estar expuesta a nuevas ideas, la falta de conocimiento de lo que constituyen conductas saludables, su limitada movilidad física y la falta de control sobre el dinero y otros recursos²⁹. Por ejemplo, en algunos países del sur de Asia y del Oriente Medio, el uso de servicios de atención a la salud por la mujer se ve limitado debido a restricciones culturales que le impiden viajar sola o ser tratada por varones.

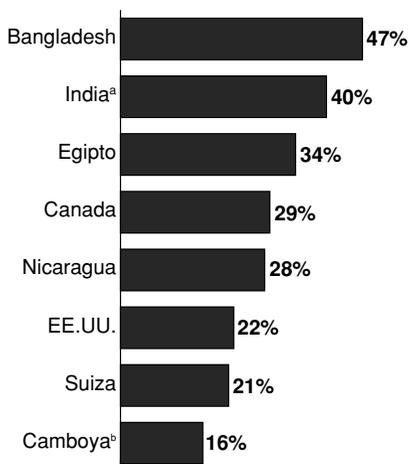
más frecuencia que los niños, ellas corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual que pueden degenerar en la inflamación pélvica, la infertilidad o el SIDA. El contacto sexual forzado o sin protección también tiene como consecuencia embarazos no planeados, abortos e hijos no deseados. La experiencia de dicho abuso deja a la mujer más susceptible de sufrir problemas de salud mental, como depresión, suicidio y abuso de alcohol y drogas, y en último término dichas consecuencias tienen un efecto negativo en la sociedad en general, no sólo en las mujeres sobre las que recae directamente la violencia.

Después de que una serie de conferencias y convenciones internacionales celebradas en la década de los 90 pidieron la eliminación de todo tipo de violencia en contra de la mujer, muchos países reforzaron sus leyes sobre violencia familiar y los mecanismos para asegurar su cumplimiento. Mucha de la presión para cambiar las leyes y las normas de la comunidad ha surgido de las organizaciones no gubernamentales y especialmente de grupos de mujeres, que constituyen la vanguardia del esfuerzo por combatir la violencia en contra del sexo femenino mediante la militancia popular, las actividades de cabildeo y el apoyo a las mujeres víctimas de la misma; pero para acabar con dicha violencia se necesitan acciones a nivel de la comunidad y en último término cambiar los valores que llevan al sometimiento de la mujer.

La conexión con la pobreza

A las desventajas del sexo femenino se une la pobreza, que está estrechamente relacionada con la mala salud y afecta en sobremanera a las mujeres. En todas las regiones del mundo, incluidas las más ricas, la salud reproductiva es menor entre los pobres (ver el cuadro 3 en la página 25). Las mujeres en los hogares más pobres tienen los mayores índices de fecundidad, la peor alimentación, y el acceso más limitado a atención capacitada durante el embarazo y el parto, lo que

Mujeres que dicen haber sido agredidas físicamente por sus compañeros, estudios seleccionados durante la década de 1990



^a sólo seis estados

^b Phnom Penh y seis provincias.

Fuente: L. Heise, M. Ellsberg y M. Gottemoeller, *Population Reports Serie L*, no. 11 (1999): cuadro 1.

Referencias

Lori Heise, Mary Ellsberg y Megan Gottemoeller, "Ending Violence Against Women", *Population Reports Serie L*, no. 11 (Baltimore: Johns Hopkins University, 1999); FNUAP, *The State of the World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart* (Nueva York: FNUAP, 2000); y Yvette Collymore, editora, *Conveying Concerns: Women Report on Gender-Based Violence* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2000)

contribuye a mayores muertes maternas y de lactantes. La posición de desventaja de la mujer también perpetua su mala salud, la insuficiente dieta alimenticia, la maternidad a edades jóvenes, los embarazos frecuentes y un ciclo continuo de pobreza³⁰.

El bajo nivel socioeconómico de la mujer la deja asimismo más vulnerable al abuso físico y sexual. La desigualdad de poder en las relaciones sexuales la expone a relaciones sexuales forzadas (ver el recuadro 4), los embarazos no deseados e infecciones

Matrículas en la escuela secundaria por sexo en diferentes regiones del mundo, 1980 y década de 1990

Región	Porcentaje matriculado*			
	1980		década de 1990	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Países más desarrollados	88	89	99	102
Países menos desarrollados	43	30	57	48
África septentrional	47	29	63	57
África subsahariana	19	10	29	23
África occidental	49	31	63	48
Asia meridional central	38	20	55	37
Asia meridional oriental	40	35	53	49
Asia oriental	59	45	77	70
América Central	46	42	56	57
Caribe	—	—	49	55
América del Sur	38	42	—	—

— no se dispone de cifras

*El porcentaje de matriculados es la razón entre el número total de matriculados en la escuela secundaria (sin importar la edad) y el número de niños en edad de escuela secundaria, o bien el índice total de matriculación. Los datos de la década de 1990 son los últimos disponibles, generalmente van de 1990 a 1996.

Fuente: A. Boyd, C. Haub y D. Cornelius, *The World's Youth 2000* (Population Reference Bureau, 2000), basado en cifras nacionales de UNESCO, *Statistical Yearbook 1999* (1999).

de transmisión sexual, y la pobreza también puede llevarla a la prostitución³¹. Es por ello que el acceso a los recursos y el control sobre los mismos puede dar a la mujer mayor dominio sobre su propia sexualidad, lo que es esencial para reducir su fecundidad y mejorar su salud.

Reducción de las desigualdades entre los sexos

En informes recientes del Banco Mundial se observa que al reducir las desigualdades entre los sexos se puede lograr mayor prosperidad económica y contribuir a aliviar la pobreza. Un estudio descubrió que un aumento del 1% en la escolaridad de la mujer a nivel secundario resulta en un incremento del 0,3% en el crecimiento económico³². De igual manera la estrecha relación entre la condición de la mujer y su salud y fecundidad, hace que la igualdad entre los sexos sea una estrategia crucial en las políticas para mejorar la salud y estabilizar el crecimiento demográfico.

La potenciación de la mujer se considera algo clave para reducir la desigualdad de género que existe en casi

todas las sociedades. Potenciación se refiere al “proceso mediante el cual quienes se encuentran en una situación de impotencia adquieren mayor control sobre sus vidas”³³. Significa no sólo mayor control sobre los recursos, sino mayor confianza en sí misma, y la capacidad de tomar decisiones a la par de los hombres. La potenciación de la mujer también requiere que los hombres sean conscientes de las desigualdades entre los sexos y estén dispuestos a poner en entredicho las definiciones tradicionales de lo que constituye la masculinidad.

En muchas sociedades los hombres pueden considerar estos conceptos como amenaza, si están acostumbrados a ejercer la autoridad en el hogar, la comunidad, la economía y la política nacional. También pueden ser conceptos intimidantes para las mujeres por las implicaciones que conllevan en su vida personal³⁴. Por dichas razones y porque los conceptos de derechos de la mujer, potenciación, e igualdad entre los sexos son todavía relativamente nuevos en muchos sitios, el progreso realizado en promover los derechos de la mujer ha sido más bien poco.

Educación de la mujer

El Banco Mundial define la educación de la mujer como “la inversión más influyente que puede hacerse en el mundo en desarrollo”. Muchos gobiernos apoyan en la actualidad dicha educación, tanto para promover el crecimiento económico como para alentar la reducción en el tamaño de la familia, elevar el uso de los métodos anticonceptivos modernos y mejorar la salud infantil. La educación de la mujer no sólo es importante como fin en sí mismo, sino que constituye además una estrategia a largo plazo para mejorar la salud reproductiva femenina. En la conferencia de El Cairo se pidió acceso universal a la educación primaria (y lograr que se complete), así como reducir la disparidad entre los niños y las niñas que se matriculan en las escuelas secundarias.

En todo el mundo el porcentaje de varones que pueden leer y escribir es

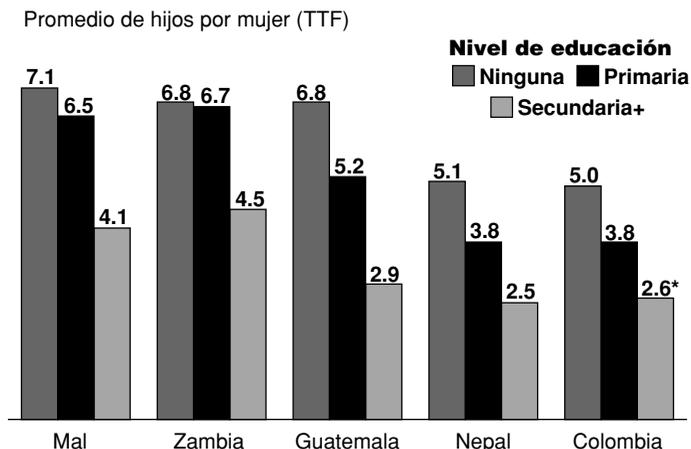
superior al de las mujeres (80% comparado con 64%). Si bien en los países más desarrollados casi todos los niños y niñas se inscriben en la escuela primaria y la secundaria, en los países menos desarrollados las niñas completan por término medio menos años de educación que los varones, y es más probable que sean analfabetas.

Según Naciones Unidas la matrícula en la escuela primaria y secundaria aumentó para ambos sexos durante la década de los 90 en casi todas las regiones del mundo. La disparidad entre los sexos en lo referente a la inscripción escolar se ha reducido en años recientes, pero continúa siendo pronunciada en la escuela secundaria (ver el cuadro 4). Es más probable que las niñas dejen de asistir a la escuela por una de las siguientes razones: las labores domésticas, el matrimonio y el embarazo a edades jóvenes, la percepción de los padres de que la educación es de mayor utilidad para los varones, la preocupación por la seguridad de las niñas que viajan a la escuela lejos de sus aldeas, y las limitadas oportunidades laborales para la mujer en los sectores que requieren educación superior. En algunos lugares la discriminación por parte de los maestros y el acoso sexual del que son objeto las jóvenes pueden ser la razón por la que un mayor número de niñas abandonan la escuela³⁵.

Durante la década de los 90 los países que experimentaron los mayores logros en eliminar la disparidad entre los sexos fueron las regiones que habían tenido las cifras más bajas de matrícula escolar en el pasado: África septentrional y subsahariana, y Asia meridional y occidental. Pero en las regiones donde vive casi una tercera parte de las mujeres del mundo (Asia meridional y África subsahariana) es mucho menos probable que las niñas asistan a la escuela secundaria que los niños, y las poblaciones en ambos lugares se encuentran entre las de crecimiento más rápido de todo el planeta, por lo que es de suponer que el número de mujeres analfabetas continuará creciendo en esas regiones³⁶.

Figura 6

Educación y maternidad entre las mujeres, países seleccionados, 1995-1999



*nivel de secundaria solamente

Nota: La TTF (tasa total de fecundidad) es el promedio total de hijos por mujer a los índices de natalidad reinantes

Fuente: Demographic and Health Surveys, Final Country Reports. Disponible en línea en www.measuredhs.com.

La investigación en los últimos 20 años ha mostrado que las mujeres con mayor educación retrasan su paso a la vida adulta y tienen familias de menor tamaño y más sanas. Asimismo tienen su primer contacto sexual más tarde, posponen su matrimonio, desean tener familias más pequeñas, y es más probable que usen métodos anticonceptivos y otro tipo de atención a la salud que las mujeres de su edad menos educadas (ver la figura 6). En muchos de los países menos desarrollados las mujeres sin escolaridad tienen el doble de hijos que las que han asistido a la escuela por 10 o más años³⁷. La ampliación de las oportunidades educativas para la mujer ha sido aceptada como un medio para reducir las tasas nacionales de fecundidad y por ende el crecimiento demográfico.

El empleo de la mujer

Otra forma en que las mujeres pueden elevar su condición es mediante el empleo, ya que les permite adquirir ingresos y tener mayor control sobre los recursos. También puede ampliar la participación de la mujer en la vida

Participación de la mujer en la población activa, 1980 y 1997

Región	Porcentaje de mujeres en la población activa	
	1980	1997
África		
Septentrional	20	26
Subsahariana	42	43
América Latina y el Caribe		
El Caribe	38	43
América Central	27	33
América del Sur	27	38
Asia		
Asia oriental	40	43
Asia meridional oriental	41	43
Asia meridional	31	33
Asia central	47	46
Asia occidental	23	27
Regiones más desarrolladas		
Europa oriental	45	45
Europa occidental	36	42
Otras regiones más desarrolladas	39	44

Fuente: Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (2000): 110.

pública y contribuir a mejorar su capacidad para tomar decisiones. La participación de la mujer en la población activa aumentó durante la década de 1990, si bien las mujeres continúan en el estrato más bajo del mercado laboral en cuanto a pago y autoridad.

Las mujeres constituyen un porcentaje cada vez mayor de la población activa en casi todas las regiones del mundo (ver el cuadro 5). Ello se debe a varios factores: la mayor capacidad de la mujer para limitar el número de hijos que tiene y poner más espacio entre uno y otro, lo que significa que puede dedicar menos tiempo a cuidar a los niños y más al trabajo fuera del hogar; el cambio de actitudes que hace más aceptable el empleo de la mujer; y las nuevas políticas sobre la atención a la familia y los niños, que permiten mayor flexibilidad y favorecen el empleo de la mujer fuera del hogar. Asimismo el crecimiento económico y especialmente la expansión de las industrias de servicios (como finanzas, comunicaciones y turismo), que tienden a emplear un gran número de mujeres, han dado lugar a la expansión de oportunidades para la mujer en el mercado laboral; y finalmente otro fac-

tor es el beneficio que ha supuesto para la mujer los programas que ofrecen crédito a empresas pequeñas³⁸.

Estas tendencias son positivas pero todavía queda mucho por hacer para que exista igualdad entre la población activa. Las mujeres normalmente tienen los trabajos peor pagados y de menor nivel que los hombres, los índices de desempleo entre las mujeres son mayores que entre los hombres; y hay muchas más mujeres que hombres que trabajan en el "sector informal", en empleos como las ventas en la calle y en mercados, donde los jornales son bajos; pero incluso cuando trabajan en el mismo sector que los hombres las mujeres normalmente reciben menor salario (ver la figura 7).

Asimismo muchas de las mujeres permanecen en la población activa durante sus años fértiles, lo que significa que tienen una "doble carga": el empleo fuera del hogar y la mayor parte del trabajo doméstico (como la crianza de los hijos, cocinar y limpiar). Los pocos estudios que existen sobre la forma en que las mujeres distribuyen su tiempo (en los países más desarrollados) indican que dedican al trabajo remunerado entre el 50% y el 70% del tiempo que dedican los hombres, pero trabajan el doble o más que los hombres en labores no remuneradas. En un estudio de varios países sobre la vida de la mujer y la planificación familiar en las regiones menos desarrolladas se descubrió que muchas mujeres decían que esa doble responsabilidad significaba mayor tensión, por lo que muchas preferían no trabajar fuera de casa³⁹. Las mujeres que obtienen un ingreso fuera del hogar frecuentemente llevan la doble carga del hogar y las responsabilidades laborales⁴⁰.

En la conferencia de El Cairo sobre población y desarrollo y la de Beijing sobre la mujer se pidió a los gobiernos que redujeran las disparidades entre los sexos en la fuerza laboral y que proporcionaran mayor apoyo a las mujeres trabajadoras (como licencia de maternidad, guarderías o apoyo en el cuidado de los niños, u otro tipo de flexibilidad). Un área que ha recibido

mucha visibilidad y alto apoyo político es la concesión de microcréditos (préstamos de poca cuantía con bajo tipo de interés) que permiten a las mujeres iniciar empresas pequeñas propias. La experiencia demuestra que las mujeres constituyen un “buen riesgo” y que los índices de pago de los créditos son altos; sin embargo tales programas tienden a ser pequeños y no hacen frente a las razones sociales y culturales que ponen a la mujer en desventaja económica.

Cambio de la dinámica familiar

La fuerte unión de la mujer a su familia y su responsabilización del hogar define la mayor parte de su vida adulta. Las mujeres normalmente se casan a edades más jóvenes que los hombres, y la diferencia de edad entre ellas y sus esposos tiende a ser mayor en los países de bajo ingreso. Dicha diferencia de edad contribuye a perpetuar la menor autoridad de la mujer. En las sociedades en que la llegada de los hijos comienza poco después de casarse, las oportunidades de la mujer —de tener una carrera, continuar su escolaridad, o desarrollar otro contacto fuera de su familia— se ven limitadas.

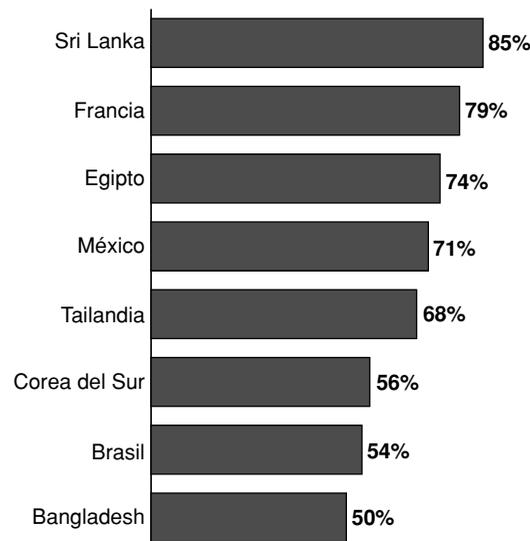
En muchas sociedades las leyes sobre la familia ponen a la mujer en desventaja y refuerzan su dependencia del hombre: a veces no pueden heredar tierras u otro tipo de propiedad, ni pueden divorciarse de sus maridos u obtener la tutela de los niños en caso de divorcio. En algunos países se está reduciendo paulatinamente la disparidad de los derechos legales entre los sexos. Por ejemplo, Egipto enmendó sus leyes en el año 2000 para conceder a las mujeres el mismo derecho al divorcio que los hombres, y en la década de 1990 Marruecos cambió sus leyes referentes a la condición de la persona, para mejorar los derechos de la mujer en el matrimonio (incluidos los matrimonios polígamos) y con respecto al divorcio⁴¹.

Mujeres en posiciones de liderazgo político

La igualdad de participación de la mujer en la vida política está garanti-

Figura 7

Jornales de las mujeres como porcentaje de los de los hombres, en el sector de fabricación, países seleccionados, 1992-1997



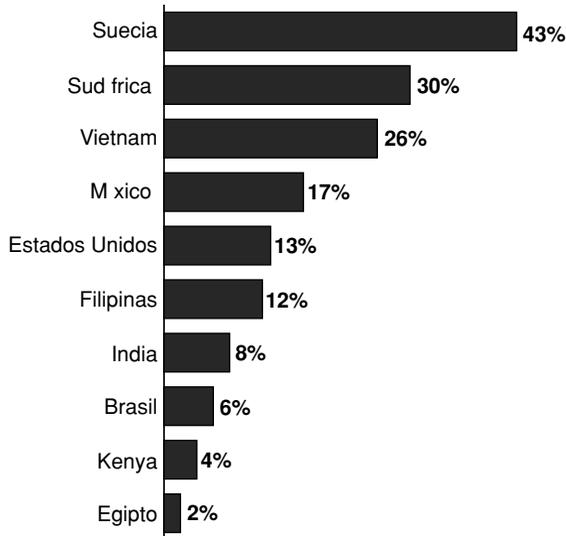
Fuente: Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (2000): cuadro 5.23.

zada por una serie de convenciones internacionales, especialmente la Convención para eliminar todo tipo de discriminación en contra de la mujer —adoptada en 1979, aunque no ha sido ratificada por todos los gobiernos; pero en la práctica los porcentajes de participación de la mujer a cualquier nivel del gobierno son inferiores a los de los hombres en todos los países, especialmente en los cuerpos legislativos y los puestos ejecutivos de alto nivel.

En 1999 las mujeres ocupaban tan sólo el 11% de los escaños en los parlamentos y congresos de las naciones, lo que es superior al 9% registrado en 1987⁴². En 1999 dichos porcentajes oscilaban entre el 10% y el 13% en Estados Unidos, África subsahariana, América Latina y el Caribe, así como en el sudeste asiático y Asia oriental, mientras que en África septentrional, y Asia meridional y occidental las mujeres sólo tenían entre el 3% y el 5% de los escaños legislativos (ver la figura 8 en la página 32). Existen algunas excepciones: En Viet

Figura 8

Escaños legislativos ocupados por mujeres en países seleccionados, 1999



Fuente: Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (2000): cuadro 6.A.

Nam, Sudáfrica, Mozambique, Cuba y Argentina las mujeres ostentan entre el 25% y el 30% de los escaños parlamentarios.

En la década de 1990 una serie de países, incluida la India, Uganda, Brasil y Filipinas reservaron formalmente para las mujeres un porcentaje de escaños en sus congresos nacionales y locales. En Sudáfrica la proporción de mujeres en el parlamento ascendió del 1% al 30% cuando se instituyó la nueva Constitución.

Un inconveniente de dicho cupo obligatorio es el riesgo de que las mujeres aparezcan en las papeletas electorales y que sean elegidas para ocupar puestos políticos antes de que adquieran la destreza política y los conocimientos técnicos necesarios para gobernar de forma eficaz. Pero a no ser que dichas reformas se generalicen y sean reformas con sentido, la falta de poder político de la mujer le impedirá tener influencia en la adopción de leyes y políticas que afectan sus derechos, así como en el establecimiento de prioridades en el área de atención a la salud y otros servicios públicos.

Llevar las políticas a la práctica

Las recientes conferencias mundiales han dado lugar a una sorprendente variedad de recomendaciones para los gobiernos y las organizaciones privadas el Programa de Acción de la conferencia de 1994 de El Cairo incluye 16 capítulos que proponen 243 acciones referentes a muchos aspectos de población, salud e igualdad entre los sexos, así como sobre otras áreas de política social, desarrollo socioeconómico y medio ambiente. No es realista esperar que los gobiernos lleven a la práctica todo lo que se propone. La mayoría establecen prioridades nacionales que reflejan las necesidades que consideran más críticas, ya que dada la escasez de recursos en los países menos desarrollados sólo pueden permitirse actuar hasta cierto punto; por otra parte los países más pobres necesitan apoyo de entidades donantes para lograr algún tipo de progreso.

En el repaso de El Cairo que tuvo lugar 5 años después, en 1999, se obtuvo información sobre los avances logrados por los gobiernos en cumplir con los compromisos adquiridos en el Programa de Acción. Tanto los gobiernos como las ONG dijeron haber encontrado una gran variedad de obstáculos pero también indicaron haber logrado ciertos resultados sorprendentes, así como sembrado mucho interés y ganado un gran impulso con vistas al cambio.

Dificultades en las nuevas políticas y programas

El aspecto central del programa de El Cairo (lograr el acceso universal a la salud reproductiva) requiere mucho tiempo para llevarse a cabo. La adopción de un “enfoque de salud reproductiva” implica ofrecer a las mujeres y sus familias servicios más integrales, con el apoyo no sólo de la totalidad del sistema sanitario sino también de otros sectores sociales.

Brasil: La reforma sanitaria mejora la salud reproductiva

En 1984 Brasil adoptó un enfoque integral en salud reproductiva que abarcó casi todos los elementos que 10 años después pasarían a formar parte de las recomendaciones de El Cairo, pero por falta de fondos el programa no llegó a integrarse al sistema nacional de salud. Los disturbios políticos y las crisis económicas hasta 1995 también impidieron el avance en la salud reproductiva.

A partir de 1995 Brasil experimentó una mayor estabilidad institucional y un clima favorable a las propuestas de El Cairo. La salud reproductiva y los derechos recibieron mayor visibilidad, como resultado de la activa participación del país en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing. Dicho renovado interés político, junto con la reforma del sector sanitario, sentó las bases que permitieron ampliar la disponibilidad de servicios de salud reproductiva —reformas que han sido cruciales para abordar las grandes desigualdades entre los ciudadanos en cuanto a su estado de salud y el acceso a servicios médicos.

El sistema nacional de salud de Brasil (denominado “sistema unificado de salud” o SUS) ha pasado por grandes reformas en su gerencia y estructura desde 1995. El gobierno ha mejorado la atención primaria a la salud de las comunidades, mediante estrategias

que ponen de relieve la salud familiar, y ha impulsado la descentralización de del sistema de salud. Ello pone a los municipios en control del presupuesto y la provisión de servicios, de forma que pueden utilizar proveedores de salud pública o celebrar contratos con el sector privado. SUS garantiza el acceso de todos los brasileños a un mínimo de servicios de salud básicos, como planificación familiar, atención prenatal, atención materna, y otros de carácter preventivo.

¿Es Brasil un modelo para otros países? No existe un sistema de salud que pueda replicarse fácilmente —cada país tiene características singulares sociales, políticas y económicas—, pero los expertos de salud reproductiva de Brasil observan que los principios básicos de la reforma sanitaria (acceso universal, atención integral, igualdad entre los diferentes subgrupos de población, descentralización y rendición de cuentas ante el público) han sido los elementos necesarios para lograr este enfoque integral en salud reproductiva.

Referencias

Adaptado de Sonia Correa y Sergio Piola, *Reproductive Health in Policy and Practice: Brazil* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998)

Sistema de salud y capacidad gubernamental

Los gobiernos en los países menos desarrollados se enfrentan a enormes dificultades para proveer servicios básicos a sus ciudadanos. Las carreteras, los sistemas de comunicación y la infraestructura de otro tipo es rudimentaria, y su capacidad está saturada; y los centros de salud y hospitales están sobrecargados, y tienen escasez de personal médico capacitado. Las personas que viven en aldeas pequeña o remotas disponen de reducido acceso a la atención médica moderna u otros servicios sociales, y los gobiernos suelen concentrar los recursos de salud en hos-

pitales en grandes centros urbanos, lo que deja sin recursos a las zonas periféricas del país.

Muchos países entre los menos desarrollados han iniciado grandes reformas en sus sistemas sanitarios (con frecuencia como condición para recibir fondos de instituciones internacionales como el Banco Mundial). El impulso básico ha sido mejorar la asignación de los recursos de salud para que un mayor número de ciudadanos tengan acceso a por lo menos un nivel de atención básico. Las reformas han incluido la descentralización en la gerencia, lo que otorga a los administradores estatales, provinciales, urbanos y rurales mayor libertad

El progreso en los objetivos nacionales de salud reproductiva es generalmente dispar entre diferentes lugares de cualquier país.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

China ha ampliado las opciones de planificación familiar para las mujeres en algunas áreas y es menos estricto en su política de permitir únicamente un hijo

de acción sobre la recaudación y el gasto de los recursos.

Las reformas también han tratado de reorganizar la entrega de servicios, y se ha puesto énfasis en la atención primaria y preventiva, incluida el área de salud reproductiva⁴³; asimismo se han intentado controlar los costos y usar el sector privado —organizaciones con y sin fines de lucro— que frecuentemente puede proveer servicios de forma más eficaz y económica que los gobiernos. Las reformas del sector sanitario en Brasil desde mediados de los noventa han tenido como fin ofrecer acceso universal a servicios preventivos de bajo costo mediante la reorganización del sistema de salud y el uso de proveedores públicos y privados (ver el recuadro 5).

La reforma del sector sanitario y la provisión de servicios de salud reproductiva deben, en principio, ser metas que se refuercen. Con frecuencia van diseñadas a canalizar los fondos públicos hacia los ciudadanos que más lo necesitan y a poner mayor énfasis en los servicios de bajo costo a expensas de los más técnicos (lo que es congruente con el programa de El Cairo). Por ejemplo, la planificación familiar y la prevención de ITS, se

encuentran entre los servicios de salud más económicos de todos⁴⁴.

Al tratar de distribuir los recursos de salud de forma más eficaz, los planificadores gubernamentales tienen que sopesar varios componentes de la salud reproductiva (como son la planificación familiar, la prevención de ITS y la atención a la maternidad) con otras muchas necesidades, como combatir la malaria, la tuberculosis y las enfermedades infantiles serias. La salud reproductiva puede que no reciba prioridad en los presupuestos gubernamentales si otras necesidades sanitarias parecen ser urgentes y afectar a mayores porcentajes de la población; asimismo, si la salud reproductiva pasa a formar parte de un conjunto de servicios, puede que no reciba tanta atención. Por otra parte, las reformas pueden tardar varios años en completarse, lo que deja a muchos programas en el limbo hasta que los sistemas de salud acaben de reorganizarse.

La descentralización —la transferencia de autoridad a niveles inferiores del gobierno— también es una tendencia común en los países menos desarrollados hoy en día. Afecta no sólo al sector de salud sino a muchos otros aspectos del desarrollo. En un sistema descentralizado las comunidades participan más directamente en el establecimiento de prioridades, programas de desarrollo y asignación de recursos. Si dicha toma de decisiones funciona bien debe hacer que los programas y las políticas respondan mejor a las necesidades locales, pero en algunos casos las responsabilidades se transfieren a los gobiernos locales antes de que éstos adquieran la capacidad para manejarlas, y puede que algunas comunidades no consideren la salud reproductiva como alta prioridad incluso aunque sea una preocupación nacional. Como resultado el progreso en los objetivos nacionales de salud reproductiva suele ser desigual entre los diferentes lugares de un mismo país.

El grado en que un sistema es efectivo (a nivel nacional o local) depende en parte de los recursos totales disponibles. El gasto per cápita en atención a la salud en los países

menos desarrollados es considerablemente inferior al de los países industrializados (ver el cuadro 6). Estas grandes diferencias tienen que tenerse en cuenta al revisar el progreso realizado hacia metas internacionales. En Uganda la salud reproductiva consume cerca del 60% del presupuesto gubernamental para atención primaria a la salud (un porcentaje relativamente alto debido a la crisis del VIH y el SIDA)⁴⁵; pero la cantidad disponible para dicho rubro (salud reproductiva) es sólo unos pocos dólares al año por persona, lo que no compra mucha medicina moderna o medicamentos. La escasez de recursos es similar en la mayor parte de África y Asia meridional.

Déficit en el financiamiento por entidades donantes

El mundo dista mucho de poder satisfacer las necesidades de recursos señaladas en el Programa de Acción de El Cairo. En 1994 Naciones Unidas pronosticó que en los países menos desarrollados y los que estaban en transición a una economía de mercado (como Europa Oriental y la antigua Unión Soviética) los programas de población y salud reproductiva costarían casi \$17.000 millones anuales para el año 2000 y \$22.000 millones para el 2015, en dólares de 1993. El costo calculado para el año 2000 incluía \$10.200 millones en programas de planificación familiar (aproximadamente el doble de la cantidad gastada en 1990), \$6.300 millones para otro tipo de salud reproductiva (como la atención prenatal y durante el parto, así como la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual), y otros \$500 millones para investigación y actividades normativas.

El Programa de Acción de El Cairo pedía que una tercera parte del gasto propuesto procediera de donantes internacionales (aproximadamente la misma proporción que los programas anteriores). Generalmente los gobiernos en los países menos desarrollados pagan por la mayor parte del costo local de pro-

Cuadro 6

Gasto per cápita en cuidado de la salud, por región, década de 1990

Región	Dólares por año (PPC) ^a
Monde	\$561
Países de medio y bajo ingreso	182
Asia del sur	69
África subsahariana	84
Asia oriental y el Pacífico	154
Medio Oriente y África del Norte	237
Europa y Asia meridional	355
América Latina y el Caribe	461
Países de alto ingreso	2.505

Fuente: Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (2000): 110.

porcionar servicios, y los donantes típicamente ayudan a pagar por los métodos anticonceptivos y otros suministros y servicios técnicos. Según los lineamientos de El Cairo, el desglose entre donantes y países en desarrollo debería ser de \$5.700 millones y \$11.300 millones respectivamente para el año 2000. En realidad los cálculos de Naciones Unidas sobre el gasto en 1997 mostraban que los países donantes estaban proporcionando sólo entre \$1.900 millones y \$2.000 millones anualmente (una tercera parte menos de lo que se pedía) y los países menos desarrollados estaban gastando aproximadamente \$7.700 millones de sus recursos propios⁴⁶.

El déficit en el gasto se refiere sólo a los costos estimados en el Programa de Acción del Cairo para la provisión de planificación familiar y elementos básicos de la maternidad sin riesgo y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Dichas estimaciones no incluyeron el costo de metas adicionales apoyadas, en principio, por el documento de El Cairo, como mejorar los sistemas de salud en general, proporcionar atención de emergencia para complicaciones durante el parto, reducir la disparidad educativa entre niños y niñas, eliminar las prácticas dañinas en contra de la mujer, mejorar las oportunidades laborales para la mujer, o los costos relacionados

Los actores no gubernamentales han contribuido a dar forma a la última generación de políticas sobre población.

*La nueva
constitución
de Sudáfrica
requiere que
exista atención
sanitaria
primaria
gratuita para
las mujeres
y los niños
menores de
6 años.*

con el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el SIDA.

Parte del déficit en financiamiento se debe a una reducción general en la asistencia oficial al desarrollo —que incluye donaciones y préstamos de bajo interés por gobiernos y organizaciones multilaterales, como el Banco Mundial, que a su vez son financiadas por los gobiernos. La asistencia oficial llegó a su punto máximo en 1992, con \$61.000 millones de dólares, y desde entonces ha venido disminuyendo. En 1997 ascendía a \$48.000 millones¹⁷. La totalidad de la asistencia oficial al desarrollo para actividades relacionadas con la población aumentó durante la década de los 90, pero ello también tuvo que ver con la forma en que se definía “población”,

ya que se incluían las actividades de salud reproductiva aparte de la planificación familiar.

Sólo Dinamarca, los Países Bajos y Noruega han cumplido o incluso superado los compromisos que hicieron en El Cairo. Varios países donantes grandes como Estados Unidos, Alemania y Japón distan mucho de cumplir con lo prometido. Estados Unidos es la mayor fuente de fondos de asistencia en población, pero ocupa el último lugar entre los países donantes en cuanto al porcentaje de su producto nacional bruto que asigna para ayuda al desarrollo¹⁸.

En general los países menos desarrollados cumplieron mejor que los países donantes con los compromisos de El Cairo, no obstante la crisis económica en el sudeste asiático y las

Recuadro 6

La India: De las metas de planificación familiar a los servicios de salud reproductiva¹

Hace casi 50 años la India se convirtió en el primer país en el mundo menos desarrollado en iniciar un programa de planificación familiar auspiciado por el gobierno para reducir el crecimiento demográfico. Desde principios de la década de 1960 hasta los 90, el programa de la India estuvo basado en metas de aceptación de métodos anticonceptivos establecidos por el gobierno, pero el afán del gobierno por asegurar el cumplimiento recibió críticas crecientes; el cambio drástico en la política nacional tuvo lugar después de la conferencia de El Cairo en 1994, cuando se estableció el “Enfoque sin metas”, que fue anunciado en 1996 y tenía por objeto eliminar las metas impuestas a nivel nacional, aunque se permitía continuar con las existentes a nivel local. El nuevo enfoque instaba a la planificación a nivel de la comunidad, ya que los trabajadores establecieron metas en sus áreas de servicio después de evaluar las necesidades de sus clientes.

Varios factores contribuyeron al “cambio de paradigma” en dicho país. Los trabajadores de salud del gobierno temían no cumplir con las cuotas establecidas y notificaban un número de

aceptantes de contraceptivos por encima del que realmente existía en su distrito, con lo que se inflaban las cifras nacionales. La preocupación por cumplir con las metas establecidas promovía la falta de atención a la calidad del servicio, tanto en planificación familiar como en otras áreas de salud. Los grupos de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales expresaron repetidamente su inquietud por el excesivo énfasis en la aceptación de métodos de planificación familiar sin tener en cuenta las necesidades de la mujer. La conferencia de 1994 en El Cairo dio a ambos grupos la oportunidad de exigir cambios al gobierno y las pruebas recopiladas durante varios años de debate sirvieron de apoyo para lograr modificar el programa.

El nuevo enfoque se aplicó primero en distritos y estados concretos que estaban más dispuestos al cambio, y dos años después de anunciar el nuevo enfoque gubernamental se hizo un estudio de caso en dos estados, Rajasthan y Tamil Nadu, para evaluarlo. El estudio indicó que ambos gobiernos estatales se mostraban comprometidos a aplicar un enfoque sin cuotas de aceptantes fijas,

grandes consecuencias del VIH y el SIDA en el África Subsahariana, pero los niveles generales de gasto fueron bajos, especialmente en los países más pobres. Naciones Unidas calcula que en 56 de los países más pobres, el gasto anual per cápita en salud reproductiva ascendió únicamente a \$0,35 en 1996⁴⁹.

El gasto en salud reproductiva es más difícil de vigilar por la comunidad internacional que los antiguos programas de población, que consistían principalmente en servicios de planificación familiar e información, investigación y otras actividades técnicas. La salud reproductiva forma parte de una amplia variedad de servicios, lo que hace sumamente complicado el desglose de gastos; como consecuencia no será fácil vigilar y

notificar el cumplimiento con el programa de El Cairo.

Oposición política en Estados Unidos

Por ser el mayor contribuidor de los países industrializados al financiamiento en el área de población y salud reproductiva, Estados Unidos afecta en gran manera la cantidad de donaciones disponibles. En 1994 el gobierno del Presidente Clinton aumentó considerablemente la contribución del país a la planificación familiar y fue uno de los que más apoyaron la conferencia de El Cairo.

Sin embargo, pocos meses después de la conferencia, el partido republicano obtuvo la mayoría en el congreso estadounidense, por lo que el poder cayó en manos de quienes se

pero apenas estaban comenzando a establecer un planteamiento generalizado para incluir otros aspectos de la salud reproductiva.

Se realizaron entrevistas con trabajadores de salud, quienes indicaron que, si bien se les pedía que siguieran estableciendo metas, ya no tenían que notificar del cumplimiento a sus superiores, ni tampoco se les regañaba si no las alcanzaban, como ocurría en el pasado. Los debates en grupos focales también mostraron que las parejas en ambos estados sentían menor presión para someterse a la esterilización y decían que los trabajadores de salud les informaban sobre una variedad de métodos anticonceptivos. Las estadísticas anuales de servicio mostraron que un año después de la introducción del nuevo enfoque se registró una baja en el número de usuarios de planificación familiar en todo el país, posiblemente debido a que ya no se sentían con la necesidad de notificar logros no existentes, pero para 1998 se observó un aumento en el uso de todos los métodos, lo que calmó los ánimos de muchos escépticos que temían que disminuyera el uso de los métodos anticonceptivos si no existía presión para su uso.

El nuevo enfoque no se aplica de forma uniforme en todo el país, y el gobierno continúa manteniendo las metas demográficas a nivel nacional. La política nacional de población de la India para el año 2000 pide una reducción en el tamaño familiar medio, con el fin de llegar a 2,1 hijos por pareja para el año 2010 (comparado con 3,2 en 1999), lo que exigirá una rápida reducción en la tasa de natalidad. Para lograr dicho objetivo la política nacional también pide poner fin a la necesidad insatisfecha de planificación familiar y otros servicios de salud, y que se integren los servicios básicos de salud reproductiva y salud infantil². Pero para proporcionar servicios de salud reproductiva de alta calidad a todos los varones y mujeres se necesitará un aumento considerable en recursos y capacitación en este país de más de 1000 millones de personas.

1. Adaptado de Leela Visaria y Pravin Visaria, *Reproductive Health in Policy and Practice: India* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998)

2. India, *National Population Policy 2000* (Nueva Delhi: Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, 2000): 2.

Hay quien duda que el programa de El Cairo haya establecido el equilibrio debido entre los intereses en conflicto.

oponen al apoyo de las actividades internacionales de planificación familiar. En el presupuesto de 1996 el congreso estadounidense recortó considerablemente los programas de ayuda externa como parte de los esfuerzos por reducir el gasto gubernamental en general. La ayuda otorgada para la planificación familiar sufrió desproporcionadamente, al ser recortada en un 35%⁵⁰. Desde mediados de la década de 1990 hasta el año 2000, los programas internacionales de planificación familiar han sido atacados una y otra vez en el Congreso estadounidense, y los miembros conservadores de dicho cuerpo han pedido mayores restricciones a los mismos por razón del aborto.

En el presupuesto del año 2000 el Congreso promulgó lo que se denomina la enmienda de “la regla mundial de cerrar la boca” (global gag-rule), que niega financiamiento estadounidense a organizaciones privadas en el extranjero si usan fondos (aunque no sean procedentes del gobierno de EE.UU.) para proporcionar servicios de aborto, o hacen cabildeo para cambiar las leyes del aborto en su país. Inmediatamente después de ascender a la presidencia en enero del 2001, el Presidente George W. Bush reiteró la política de la Ciudad de México (ver la página 7). Estas políticas fuerzan a las organizaciones en el extranjero a renunciar al financiamiento estadounidense si no quieren abstenerse de hablar públicamente del aborto.

Áreas que prometen cambio

Dadas las enormes dificultades a que se enfrentan los países menos desarrollados y los limitados recursos que se dedican a las actividades de población y salud reproductiva, cualquier avance, aunque sea pequeño, hacia los objetivos de la comunidad internacional es digno de mención. De hecho en la revisión cinco años después de la conferencia de El Cairo se documentó el importante compromiso y los notables avances logrados

en la consecución de dichos objetivos, debido quizás en parte a la gran atracción que despertaron los conceptos expresados en el acuerdo de El Cairo y a la militancia de las ONG.

Mayor participación cívica

Desde comienzos de la década de 1990 se ha venido observando mayor apertura en la toma de decisiones políticas a todos los niveles (internacional, nacional y local). Las ONG, los líderes religiosos y de las comunidades, y el sector privado (lo que Naciones Unidas llama la “sociedad civil”) son ahora socios activos, junto con los gobiernos, en los debates sobre nuevas políticas y programas. Durante la conferencia de 1994 en El Cairo y después de la misma, los actores no gubernamentales ayudaron a dar forma a la última generación de políticas de población.

Muchos países han registrado un aumento en el número de asociaciones entre el gobierno y las ONG. En México el Foro Nacional de Política sobre la Mujer y la Población (una red de 70 organizaciones de mujeres) trabaja estrechamente con los gobiernos nacionales y estatales para garantizar que las políticas y servicios sigan las recomendaciones de 1994 en El Cairo⁵¹. En Marruecos 76 ONG (una tercera parte de las cuales fueron establecidas después de 1994) trabajan sobre temas relativos a la mujer y el desarrollo. En la actualidad el gobierno marroquí consulta de forma habitual con dichas ONG, lo que difiere mucho de su estilo altamente centralizado en la toma de decisiones⁵².

En Brasil, un experto en la salud de la mujer caracterizó la mayor participación de la sociedad civil en su país de la siguiente forma: “Desde la década de 1980 la democratización ha alargado definitivamente el proceso de establecimiento de políticas, pero también ha permitido la expresión de la comunidad de defensa de causas y permitido el debate sobre los derechos y la salud reproductiva. La inserción de dichos temas no hubiera tenido lugar sin un diálogo político abierto sobre su significado”⁵³. En Brasil y Sudáfrica las organizaciones

de derechos de la mujer han jugado un papel prominente en redefinir el temario nacional de salud.

La participación de la sociedad civil en el establecimiento de políticas gubernamentales puede prolongar los debates y complicar el proceso de planeación, pero es importante por varias razones, como el dar legitimidad a las políticas que abordan las necesidades de la mujer y otros grupos vulnerables de la sociedad (como los adolescentes o la población indígena), porque se escucha a representantes de organizaciones de base. Las ONG juegan un importante papel en la movilización del interés público y en lograr acción en temas específicos. Asimismo, en una era de gerencia descentralizada en los sectores de salud y servicios sociales, las ONG y las empresas pueden cubrir las lagunas que existen en los servicios financiados por el gobierno.

Cambio en las leyes y políticas

Las leyes y políticas nacionales ofrecen un importante ímpetu y orientación para la acción local que puede afectar la vida de la gente; pero el establecimiento de políticas es solamente un paso en el proceso. Continuando con el impulso iniciado en El Cairo, los gobiernos de todo el mundo han redactado una impresionante serie de nuevas leyes y documentos de estrategias. Naciones Unidas señaló en 1999 que desde la conferencia de El Cairo más de 40 países habían tomado acciones normativas específicas dirigidas a proporcionar acceso universal a servicios de salud reproductiva⁵⁴. En algunos casos esas acciones incluyeron el establecimiento de políticas integrales de salud reproductiva a nivel nacional, en otros los gobiernos rediseñaron aspectos de la planificación familiar nacional u otros programas de salud para incluir servicios de salud reproductiva. Se proporcionan los siguientes ejemplos:

- En 1996 el gobierno de la India reemplazó la política que llevaba aplicando durante décadas de imponer metas de planificación

familiar a los estados, con un sistema “sin metas” que trataba de satisfacer las necesidades de reproducción a nivel individual (ver el recuadro 6 en la página 36).

- La Constitución de Sudáfrica de 1996 (que se estableció después de concluir el gobierno de la minoría de raza blanca) incluye el derecho universal a la salud reproductiva y la libertad de reproducción en un sistema reorganizado de salud que proporciona atención sanitaria primaria gratuita a las mujeres y los niños menores de 6 años⁵⁵.
- Como parte de la reforma de salud, Brasil ha incluido la salud reproductiva como un componente de la atención sanitaria primaria al que todos los ciudadanos tendrán acceso por igual (ver el recuadro 5 en la página 33).
- En Bangladesh, un consorcio compuesto del gobierno, entidades donantes y ONG desarrolló una nueva estrategia de salud y población en 1997 que refleja el enfoque integral solicitado en El Cairo.

Sería exagerado decir que estos gobiernos han cambiado sus políticas como resultado de una conferencia de Naciones Unidas, pero los debates en dichos países tuvieron lugar aproximadamente a la vez que los gobiernos nacionales y las ONG se estaban preparando para las conferencias en El Cairo y Beijing. A veces los acontecimientos a nivel nacional influyen en el consenso internacional; por ejemplo, se dice que los grupos de propugnación de causas de Brasil y la India influyeron en los debates de El Cairo, pero en todos los casos la Conferencia de El Cairo fue uno de los catalizadores que impulsó la acción nacional.

Mejora en los servicios de salud reproductiva

La mejora de los servicios de salud reproductiva ha exigido reorganización, cambio de prioridades y nueva capacitación de los proveedores de servicios. Los informes de gobierno y estudios independientes llevados a cabo para la primera revisión quin-

quenal del Programa de Acción de El Cairo proporcionaron una cantidad de ejemplos sobre dichas mejoras⁵⁶. Si bien los países que han establecido extensas políticas y programas de salud reproductiva son relativamente pocos (aunque notables), muchos han introducido o ampliado ciertos elementos de la atención a la salud.

Dos iniciativas populares han sido la integración de los servicios de salud (para poder atender una variedad de necesidades de salud en una sola visita) y las mejoras en la calidad del servicio, especialmente en lo relativo a la capacidad técnica y de asesoramiento de los proveedores de salud. Las iniciativas de calidad de la atención tratan, entre otras cosas, de que los proveedores de atención sanitaria sean más sensibles a las necesidades de sus clientes. Dichas iniciativas son

algo totalmente nuevo en los países donde las instituciones nunca han puesto gran atención a los derechos de los pacientes o del consumidor.

En China, un país famoso por su estricta política de población, el gobierno tomó medidas en ciertos municipios para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar e introducir servicios más extensos de salud reproductiva. Los dirigentes de este experimento confiaban en que un enfoque de salud reproductiva basado en el cliente podía revitalizar el programa gubernamental de planificación familiar⁵⁷. Si dichas iniciativas tienen éxito quizás se extiendan a todo el país (ver el recuadro 7).

En Tailandia, la iniciativa nacional de salud pública ha incluido la educación sobre el VIH y el SIDA (y pruebas de detección y asesoría) en los

Recuadro 7

China: Prueba de la política de población

La política nacional de China sobre población proporciona un ejemplo singular del choque entre los objetivos de la sociedad y los derechos individuales. La política nacional establecida desde 1979 se adjudica el haber podido reducir el crecimiento demográfico en el país de mayor población del mundo (con casi 1.300 millones de habitantes). La política de China también es famosa por restringir los derechos individuales y sus exigencia de estricto cumplimiento. Las noticias de que el programa chino está plagado de abortos forzados y otras prácticas coercitivas han causado críticas en Estados Unidos y en otros gobiernos.

La política actual de población del país limita a uno el número de hijos que pueden tener la mayoría de las parejas en zonas urbanas (dos si ambos padres son hijos únicos), y permite a los residentes rurales dos hijos si la primera es una niña. Estas restricciones se aplican de forma desigual en distintas partes del país y son evadidas ampliamente, por lo que exigir su cumplimiento es un tema político de importancia.

En 1995 el gobierno chino pidió una reorientación del programa de planificación familiar para “guiarse por los intereses del pueblo” y poner énfasis en servicios más integrales. El interés de China por mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y proporcionar atención más integral surgió con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que tuvo lugar en El Cairo, en la que se destacó el valor de dicho enfoque. La Comisión Estatal de Planificación Familiar introdujo las reformas seleccionando para ello seis condados rurales y cinco centros urbanos, con condiciones económicas relativamente buenas, para poner a prueba el nuevos enfoque. El Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población y la Fundación Ford participaron en el intento de reforma a finales de la década de 1990.

En la actualidad existen centros de servicios de planificación familiar en ciertas áreas del país que ofrecen asesoría sobre diversos métodos anticonceptivos, así como servicios de salud reproductiva, atención antenatal y consejería antes del matrimonio. Si bien

servicios existentes de salud familiar. Otros proyectos pilotos están poniendo a prueba enfoques innovadores para la prevención del VIH, como por ejemplo, enseñar a las mujeres a convencer a sus esposos de la necesidad de tener relaciones sexuales sin riesgo, y asesorar a los jóvenes antes del matrimonio, así como enseñarles “destrezas para la vida”⁵⁸. En respuesta también a la crisis del VIH y el SIDA muchos países africanos han comenzado a integrar la prevención de las infecciones de transmisión sexual en los servicios existentes de salud y planificación familiar. Uganda ha logrado grandes avances en incorporar la prevención del VIH en los programas de salud y educación, así como en otros servicios sociales (ver el recuadro 3 en la página 20).

La salud reproductiva ha mejorado incluso en los países donde la tradición y las creencias religiosas parecen estar (por lo menos a simple vista) en oposición a algunos de los aspectos del programa de El Cairo. Por ejemplo en Argelia, un país musulmán donde es tabú hablar abiertamente de la sexualidad, un proyecto diseñado por la asociación de planificación familiar del país, trabajando en colaboración con gente joven voluntaria, proporciona a los jóvenes información sobre el aborto en condiciones de riesgo, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual; y en Irán se pide a las parejas que asistan a clases, auspiciadas por el gobierno, sobre planificación familiar y otros aspectos de salud reproductiva antes de obtener la licencia para contraer matrimonio⁵⁹.

los funcionarios locales siguen estableciendo metas de planificación familiar, el concepto de “elección con información” ha ganado aceptación en ciertos lugares. El gobierno calcula que 660 de los 3.000 condados del país han participado hasta ahora en el movimiento, lo que representa un cambio considerable en la forma en que se trata de alcanzar los objetivos demográficos en ciertas áreas.

Las reformas de planificación familiar son congruentes con los cambios que están teniendo lugar en todo el país. A medida que la economía pasa de la planificación estatal a una economía de mercado, los enfoques coercitivos en la planificación familiar parecen menos factibles. la erosión en el control gubernamental ha sido especialmente notable en las zonas rurales, donde vive la mayoría de la población. Cada vez con más frecuencia los matrimonios de familias afluentes pagan las multas o sobornos necesarios para tener más hijos de los que les son permitidos, o se mudan a diferentes lugares para evadir el escrutinio gubernamental. Como resultado, si bien el gobierno dice que la tasa de

fecundidad nacional es de 1,8 hijos por mujer, algunos demógrafos chinos creen que es más realista pensar que dicho índice es de 2 o 2,3 hijos. Como los controles tradicionales no parecen efectivos, se supone que el gobierno espere que un enfoque con mayor énfasis en el cliente dé mejores resultados en la nueva sociedad china.

La reacción del gobierno ante los resultados del Censo del año 2000 nos indicará su compromiso real. El objetivo oficial es lograr una población total de menos de 1.300 millones; algunos expertos opinan que el gobierno reforzará las medidas para reducir la tasa de natalidad si el censo indica que se ha superado dicha cifra.

Referencias

Ruth Simmons, Baochang Gu y Sheila Ward, “Initiating Reform in the Chinese Family Planning Program” (Ann Arbor, Michigan: Universidad de Michigan, Escuela de Salud Pública, documento no publicado, 2000); y Bigham Kennedy, “For China, a Census that Really Counts”, *Population Today* (Washington, DC: Population Reference Bureau, octubre del 2000).

El futuro de las políticas

El acuerdo de El Cairo proporcionó a la comunidad internacional abundante información sobre los retos en demografía y salud, así como un marco para examinar ambas áreas, y una variedad de posibles respuestas normativas y de programas. Se han realizado avances en muchos frentes, pero el cambio a profundidad tardará años, incluso décadas, y es de esperar que en el arduo camino de aplicación del cambio surjan dudas sobre lo conveniente de algunas de las acciones propuestas.

Fisuras en el consenso de El Cairo

Todavía no estaba la tinta seca en el acuerdo de El Cairo cuando los académicos y defensores de causas en una variedad de disciplinas comenzaron a debatir la importancia de la conferencia y a preguntarse si el acuerdo establecía el equilibrio apropiado entre los intereses opuestos. El acuerdo tiene muchos partidarios pero también críticos, y después de 1994 comenzaron a aparecer fisuras en el consenso, y puede que vuelvan a verse en el 2004, cuando Naciones Unidas convoque la próxima conferencia sobre población: Por ejemplo:

- Los demógrafos y otros científicos han pedido que se renueve el énfasis en el problema del crecimiento demográfico⁶⁰. En su opinión el acuerdo de El Cairo desatendió las inquietudes demográficas debido la presión de los grupos de defensa de los derechos de la mujer, pero el crecimiento de la población continúa representando una amenaza para el bienestar de millones de personas y debe ser abordado por las políticas gubernamentales. Señalan que existen pocos indicios de que las mejoras en la salud reproductiva redunden en el deseo de reducir el tamaño de la familia, y temen que al desviar los recursos a una serie de servicios se puede diluir el esfuerzo por aumentar el

uso de la planificación familiar.

- Algunos científicos especializados en el medio ambiente se han visto desilusionados por la falta de énfasis en el desarrollo sostenido, y en especial en la relación entre el crecimiento demográfico, la contaminación y la erosión de los recursos naturales⁶¹. Tanto el creciente tamaño de la población como el mayor consumo per cápita presentan una amenaza para el medio ambiente. Al dar menor atención al crecimiento demográfico, puede que se deje de considerar una de las principales causas del deterioro ambiental.
- Algunos conservadores en los países menos desarrollados se preguntan si los grupos feministas bien organizados de occidente, y los círculos que ellos apoyan en los países menos desarrollados, tienen excesivo control sobre el temario internacional en materia de población⁶². Aducen que si las mujeres de los países menos desarrollados actuaran por su cuenta hubieran abordado los temas de forma más acorde con sus culturas y hubieran definido sus derechos de manera diferente.
- Pero también hay quienes piden mayor énfasis en reducir las desigualdades socioeconómicas. Detrás de muchas de las inquietudes expresadas en este *Population Bulletin* sobre salud y derechos humanos subyace el problema de la pobreza que perdura en muchas partes del mundo menos desarrollado. Hasta que los ciudadanos más pobres del planeta puedan ser liberados de la lucha diaria por la supervivencia puede que no se realicen muchos avances en otros aspectos de los derechos humanos⁶³.

Aparte de las opiniones expresadas anteriormente, existen una serie de factores que podrían influir en los debates futuros sobre población. La epidemia del VIH y el SIDA (especialmente en África) podría restar importancia a otros problemas de salud y el desarrollo por requerir infusiones masivas de financiamiento nuevo para

salvar vidas y preservar comunidades. En Asia y otras regiones donde han disminuido los índices de natalidad, el gobierno se enfrenta al problema del envejecimiento de la población y una falta crítica de apoyo social y económico para la gente mayor. En Asia, América Latina y los países de la ex Unión Soviética las frecuentes crisis financieras han vaciado las arcas del gobierno de los fondos que se necesitan para el desarrollo social. Dichas crisis junto con la persistente pobreza y el endeudamiento de muchas de las naciones del planeta puede llevar a que se pida mayor apoyo financiero para países más desarrollados, pero no está claro si los países donantes estarán dispuestos a aumentar el financiamiento de los esfuerzos internacionales en materia de población, salud y desarrollo.

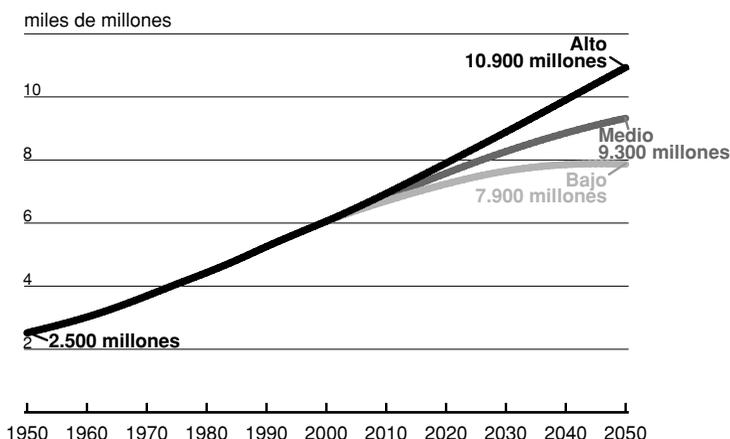
Otra cosa que también influirá en el futuro de los debates sobre población es el gran costo de las conferencias de Naciones Unidas y el esfuerzo que conllevan. Dadas las restricciones financieras y logísticas, podría ser que Naciones Unidas espere hasta el 2014 para hacer un repaso completo de los planteamientos de El Cairo sobre las metas logradas al cabo de 20 años, y que mientras tanto realice reuniones sobre la pobreza, el desarrollo social, la niñez, el envejecimiento y otras inquietudes de desarrollo; sin embargo, para quienes abogan por los derechos y la salud reproductiva, cualquier retraso en los temas tratados en El Cairo, o la fusión de dichos temas con otros afines en diferentes conferencias puede significar una pérdida de ímpetu normativo y de oportunidades para presionar la obtención de mayor financiamiento para la planificación familiar, la salud reproductiva y el avance de la mujer.

Equilibrio entre las metas de la sociedad y los derechos de la persona

Uno de los resultados más positivos de la conferencia de 1994 en El Cairo fue el nuevo optimismo de que el crecimiento de la población podrá estabili-

Figura 9

Proyecciones mundiales de población hasta el 2050, suponiendo tres niveles de fecundidad



Fecundidad supuesta	Hijos por mujer (TTF)
Actual.....	2,8 en el 2000
Proyectada	
Alta	2,6
Media	2,1
Baja	1,7

} para el año 2050

Nota: La TTF (tasa total de fecundidad) es el promedio total de hijos por mujer a los índices de natalidad reinantes

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (a publicarse en el 2001)

zarse sin medidas coercitivas que restrinjan la libertad de la persona y la procreación. Si este optimismo tiene fundamento o no dependerá del éxito de los países al aplicar políticas basadas en el “nuevo paradigma” (que se concentra en la salud reproductiva y los derechos de la persona). Este *Population Bulletin* ha señalado muchas de las dificultades encontradas en la aplicación de esas políticas, pero el progreso, de momento, ha sido impresionante teniendo en cuenta los grandes obstáculos que existen.

Mientras las parejas sigan prefiriendo familias pequeñas el apoyo de las opciones y los derechos personales no irá en oposición al objetivo de la sociedad de reducir el crecimiento demográfico. Sin embargo, si dicho crecimiento es mayor de lo que se espera en países ya de por sí grandes, como la India y China, algunos gobiernos podrían volver a políticas de planificación familiar más estrictas y a

aplicar los controles de cumplimiento utilizados en el pasado. Los datos de encuestas realizadas recientemente en Bangladesh y Egipto muestran que el promedio del tamaño familiar apenas se redujo en dichos países en la segunda mitad de los noventa. Este hallazgo sorprende dada la reducción de 5 ó 6 hijos a un promedio de 3,5, que tuvo lugar con bastante rapidez entre las décadas de 1970 y 1990. Por otra parte es posible que el promedio de 2 hijos quede todavía muy distante o que no llegue a alcanzarse nunca en algunas sociedades.

El avance en los derechos y la salud de la mujer quizás también conduzca a familias de menor tamaño, pero en las sociedades más pobres puede que se necesiten esfuerzos a largo plazo; después de todo las mujeres en dichas sociedades sufren los mayores problemas de salud y tienen las menores oportunidades. Las consecuencias para la población mundial no son pocas; las proyecciones demográficas muestran que una pequeña diferencia en el tamaño medio de la familia a nivel mundial (un promedio de 2,6 hijos en vez de 2,1) redundará en una diferencia de 1.600 millones en la población total del planeta en el 2050 (ver la figura 9).

Muchos gobiernos continúan manteniendo metas demográficas como parte de sus planes de desarrollo, que probablemente coexistan con políticas para promover el avance de la mujer y el bienestar individual. Estos fines son loables en sí mismos, aparte de los efectos que puedan tener en el crecimiento demográfico. El énfasis que se ponga en un conjunto de metas u otro puede que dependa de una combinación de factores, como

el alto nivel de liderazgo, las pruebas científicas y la influencia de las organizaciones de base.

En el siglo XXI el continuo crecimiento de la población sigue presentando muchos de los mismos obstáculos al desarrollo que el rápido crecimiento demográfico del último siglo, pero las respuestas de los gobiernos (y especialmente su postura pública) son totalmente diferentes de lo que eran hace una década, puesto que las políticas de control ya no son aceptables en la mayoría de los países. Una lección importante del proceso de El Cairo es que las metas nacionales de población no pueden imponerse sin el escrutinio público, ya sea a nivel nacional o internacional. Si se ignoran los puntos de vista y las necesidades de la persona, existirá ya sea una falta de cumplimiento o una declarada oposición. Ahora que las ONG y los activistas han tomado un papel destacado en la vigilancia de los acuerdos internacionales, probablemente continúen presionando a los gobiernos para que respeten los derechos individuales.

Dadas las crecientes pruebas que muestran la relación entre la condición de la mujer y las tendencias demográficas y de desarrollo, y teniendo en cuenta la creciente influencia de los grupos de mujeres, es difícil imaginar que el tema de los derechos y la salud de la mujer desaparezca de los debates públicos sobre población. Las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la procreación son complejas y abarcan muchos valores, por lo que es de esperar que continúe habiendo debates sobre el establecimiento de políticas al respecto.

Apéndice

La salud reproductiva y los derechos según la definición en el Programa de Acción de El Cairo

La salud reproductiva es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o malestar, en todo lo referente al sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Por lo tanto, la salud reproductiva implica que la gente esté en condiciones de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, así como la capacidad de reproducción y la libertad de decidir si quiere tener hijos y cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición presupone el derecho de los hombres y las mujeres a recibir información y a tener acceso a métodos de planificación familiar asequibles y aceptables, así como también a poder optar por los métodos que deseen para regular su fecundidad siempre que no sean ilegales; también presupone el derecho de acceso a los servicios apropiados de atención a la salud que permitan a las mujeres tener embarazos y partos sin riesgo y que pongan a las parejas en las mejores condiciones de traer al mundo niños sanos. En consonancia con la anterior definición de salud reproductiva, la atención reproductiva se define como la variedad de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a mantener la salud reproductiva y el bienestar mediante la prevención y la corrección de problemas de salud reproductiva. También incluye la salud sexual, cuyo fin es mejorar la vida y las relaciones personales, y no simplemente proporcionar asesoría y atención sobre la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual.

...Los derechos de reproducción implican ciertos derechos humanos que ya de por sí se reconocen en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos

humanos y otros documentos producidos por consenso. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y las personas a decidir libremente y con responsabilidad el número de hijos que desean tener, el espacio entre uno y otro, y el momento de la procreación, así como a tener la información y los medios para ello, y el derecho a los mayores niveles de salud reproductiva y sexual. También incluye el derecho a tomar decisiones sobre reproducción sin discriminación, coacción o violencia, como se indica en los documentos sobre derechos humanos. Al ejercer este derecho las personas deben tener en cuenta las necesidades de los hijos que ya tienen y de los que vengán en el futuro, y su responsabilidad hacia la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de estos derechos debe ser la base fundamental de todas las políticas y programas del gobierno y la comunidad en el área de salud reproductiva (incluida la planificación familiar). Como parte de su compromiso se debe dar total atención a promover relaciones de género equitativas y con respeto mutuo y en especial a satisfacer las necesidades educativas y de servicio de los adolescentes, para que puedan abordar su sexualidad de forma positiva y responsable.

Referencia

Naciones Unidas, "Programme of Action of the International Conference on Population and Development", en *Report of the International Conference on Population and Development* (El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994): párrafo 7.2-7.3. Puede obtenerse en línea en www.unfpa.org/icpd/reports&doc/icpdpoae.html, a partir del 29 de enero del 2001.

Referencias

1. Peter Donaldson, *Nature Against Us* (Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press, 1990): 40.
2. Naciones Unidas, *Synthesis of National Reports on Population and Development*. Basado en la información presentada por 150 países para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Nueva York: Naciones Unidas, 1994).
3. Jason Finkle y Barbara Crane, "Ideology and Politics at Mexico City: The United States at the 1984 International Conference on Population", *Population and Development Review* 11, no. 1 (marzo de 1985): 1–28.
4. Lori Ashford, "New Perspectives on Population: Lessons from Cairo," *Population Bulletin* 50, no. 1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, marzo de 1995): 10.
5. Carla AbouZahr, "Background Paper on Reproductive Health" (documento preparado para el World Bank Institute, Washington, DC: World Bank Institute, 1999): 3.
6. Ibid.
7. Akim Bankole y Charles Westoff, "Childbearing Attitudes and Intentions", *DHS Comparative Study* No. 17 (Calverton, MD: Macro International, 1995): 6; y los informes finales de país de las encuestas de demografía y salud (Demographic and Health Surveys) pueden obtenerse en www.measuredhs.org.
8. John Bongaarts, "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions", *Working Paper* No. 71 (Nueva York: The Population Council, 1995): 23–24.
9. Bryant Robey, John Ross y Indu Bhushan, "Meeting Unmet Need: New Strategies", *Population Reports* Serie J, no. 43 (septiembre de 1996): 3-6; y cálculos estimativos no publicados respecto a la década de 1990, de Center for Population, Health and Nutrition, Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional.
10. Naciones Unidas, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (Nueva York: Naciones Unidas, 1999). Puede obtenerse en línea en www.unfpa.org/icpd/reports&doc/215ale.pdf.
11. Charles Westoff y Akim Bankole, "Unmet Need: 1990-1994", *DHS Comparative Study* No. 16 (Calverton, MD: Macro International, 1995): 16.
12. Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), *The State of World Population 2000, Men and Women in a Time of Change* (Nueva York: FNUAP, 2000): 2; y Rudolfo Bulatao, Katherine Abel y John Ross, *Contraceptive Projections and the Donor Gap* (Arlington, VA: John Snow, Inc., 2001).
13. World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Nueva York: Oxford University Press para el Banco Mundial, 1993): 113.
14. M. Berer, "Making Abortions Safe: A Matter of Good Public Health Policy and Practice", *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 5 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2000): 580.
15. Ibid.
16. Naciones Unidas, "Programme of Action of the International Conference on Population and Development", en *Report of the International Conference on Population and Development* (Cairo, 5-13 de septiembre de 1994): párrafo 8.25. En línea en: www.unfpa.org/icpd/reports&doc/icpdpoae.html, a partir del 29 de enero del 2001.
17. Naciones Unidas, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*: párrafo 63.
18. Amy O. Tsui, Judith N. Wasserheit y John G. Haaga, editores, *Reproductive health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions* (Washington, DC: National Academy Press, 1997): 50.
19. Ibid: 53-55
20. Arthur Okwembah, "Africa's Biggest Condom Factory Planned for Kenya", *The Nation* (Nairobi) 3 de agosto del 2000. Puede obtenerse en línea en www.nexis.com, el 30 de enero del 2001; y UN Integrated Regional Information Network (IRIN), "Condom Adverts Deemed Too Explicit", IRIN, 12 de enero del 2001. En línea en www.nexis.com, el 30 de enero del 2001.
21. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (NUSIDA), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic December 2000* (Ginebra: NUSIDA, 2000).
22. NUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic June 2000* (Ginebra: NUSIDA, 2000): 11.
23. Ibid: 108–14.
24. Tsui, Wasserheit y Haaga, *Reproductive Health in Developing Countries*.
25. NUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update* (Ginebra: NUSIDA, 1997).
26. FNUAP, *State of the World Population 2000*: 29.
27. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Female Genital Mutilation: Programmes to Date: What Works and What Doesn't*,

- WHO/CHS/WMH/99.5 (OMS, 1999): 3. Puede verse en línea en: [www.who.int/frh-whd/PDFfiles/Programmes to Date.pdf](http://www.who.int/frh-whd/PDFfiles/Programmes%20to%20Date.pdf), a partir del 31 de enero del 2001; y OMS, "Female Genital Mutilation", Factsheet No. 241 (junio del 2000). Puede verse en línea en www.who.int/inf/fs/en/fact241.html, a partir del 30 de enero del 2001.
28. Program for Appropriate Technology (PATH), *Reproductive Health Outlook*. Puede obtenerse en línea en www.rho.org, a partir del 23 de enero del 2001.
 29. AbouZahr, "Background Paper on Reproductive Health": 16.
 30. Anne Tinker, K. Finn y Joanne E. Epp, *Improving Women's Health: Issues and Interventions* (Washington, DC: Banco Mundial, junio del 2000): 10.
 31. Ibid: 11.
 32. David Dollar y Roberta Gotti, "Gender Inequality, Income and Growth: Are Good Times Good for Women?" *Policy Research Reports on Gender and Development Working Paper Series No. 1* (Washington, DC: Banco Mundial, 1999).
 33. Gita Sen y Srilatha Batliwala, "Empowering Women for Reproductive Rights", en *Women's Empowerment and Demographic Processes*, editores Harriet B. Presser y Gita Sen (Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 2000): 18.
 34. Ibid.
 35. Caroline Bledsoe, John Casterline, J. Johnson-Kuhn y John Haaga, *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World* (Washington, DC: National Academy Press, 1999): 81-104.
 36. Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York: Naciones Unidas 2000): 85-86.
 37. Naciones Unidas, *Linkages Between Population and Education* (Nueva York: Naciones Unidas 1997): 12.
 38. Naciones Unidas, *The World's Women 2000: Trends and Statistics*: 110.
 39. Ibid: 126.
 40. Barbara Barnett y Jane Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact on Family Planning* (Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1998).
 41. FNUAP, *State of World Population 2000*: 55; y Radouane Belouali y Najib Guédira, *Reproductive Health in Policy and Practice: Morocco* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998): 8-10.
 42. Naciones Unidas, *The World's Women 2000*: 164.
 43. Thomas Merrick, "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities" (documento de información de fondo preparado para el curso básico sobre población, salud reproductiva y reforma del sector sanitario/Core Course in Population, Reproductive Health, and Health Sector Reforms, del World Bank Institute, Washington, DC, 1999).
 44. Banco Munal, *World Development Report 1993*.
 45. Florence Mirembe, Freddie Ssegooba y Rosalind Lubanga, *Reproductive Health in Policy and Practice: Uganda* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998): 23.
 46. FNUAP, *The State of World Population, 1999-6 Billion: A Time for Choices* (Nueva York: FNUAP, septiembre de 1999): 56.
 47. Naciones Unidas, "A Five-Year Review of Progress Towards the Implementation of the Programme of Action of the ICPD" (Presentado en el Foro de la Haya, La Haya, Países Bajos, 8-12 de febrero de 1999).
 48. Shanti Conley y Shyami DaSilva, *Paying Their Fair Share? Donor Countries and Intenational Population Assistance* (Washington, DC: Population Action International, 1999).
 49. Naciones Unidas, "A Five-Year Review of Progress": 70.
 50. Population Action International, *Keeping America's Promises* (Hoja de datos) (Washington, DC: Population Action International, 1999).
 51. Mia McDonald, *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report* (Nueva York: Family Care International, 1999): 13.
 52. Belouali y Guédira, *Reproductive Health in Policy and Practice: Morocco*.
 53. Sonia Corrêa y Sérgio Piola, *Reproductive Health in Policy and Practice: Brazil* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998).
 54. FNUAP, *The State of the World Population 1999*: 34.
 55. Shepard Forman y Romita Ghosh, *The Reproductive Health Approach to Population and Development* (Nueva York: New York University Center on International Cooperation, 1999).
 56. Karen Hardee, Kokila Agarwal, Nancy Luke, Ellen Wilson, Margaret Pendzich, Marguerite Farrell y Harry Cross, *Post-Cairo Reproductive Health Programs: A Comparative Study of Eight Countries* (Washington, DC: The Futures Group International, 1998); Shepard Forman y Romita Ghosh, editores, *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development* (Boulder, Colorado: Lynne Reiner Publishers, 2000); Jennifer Catino, *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health* (Nueva York: Family Care International, 1999); y Lori Ashford y Carolyn Makinson, *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco, and Uganda* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1999).

57. Ruth Simmons, Baochang Gu y Sheila Ward, *Initiating Reform in the Chinese Family Planning Program* (Ann Arbor, Michigan: University of Michigan School of Public Health, documento no publicado, 2000).
58. Catino, *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health*: 70–71.
59. Farzaneh Roudi, “Iran’s Revolutionary Approach to Family Planning”, *Population Today* (Washington, DC: Population Reference Bureau, julio/agosto 1999): 4–5.
60. Leon F. Bouvier y Jane T. Bertrand, *World Population: Challenges for the 21st Century* (Santa Ana, California: Seven Locks Press, 1999); John C. Caldwell, “The International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. Is Its Plan of Action Important, Desirable and Feasible? The Nature of the Forum”, *Health Transition Review* 6, no. 1 (abril de 1996): 71–72. John Cleland, “ICPD and the Feminization of Population and Development Issues”, *Health Transition Review* 6, no. 1 (abril de 1996: 107–10; Malcom Potts, “The Crisis in International Family Planning”, *Health Transition Review* 6, no. 1 (abril de 1996): 114–19; y C. Alison McIntosh y Jason L Finkle, “The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm?” *Population and Development Review* 21, no. 2 (junio de 1995): 223–60.
61. M Wheeler, “ICPD and Its Aftermath: Throwing Out the Baby?” *Bulletin of the World Health Organization* 77, no. 9 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999): 778–79.
62. Huda Zurayk, “Reproductive Health in Population Policy: A Review and Look Ahead”, en *International Population Conference in Beijing, 1997*, Vol. 1, editado por International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) (Liege, Bélgica: IUSSP Committee on Economic Demography, 1997): 381–98; y Carla Makhoul Obermeyer, “The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda”, *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplement, enero 1999): S50–52.
63. Ver Harriet B. Presser, “Demography, Feminism, and the Science-Policy Nexus”, en *Women’s Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, editores Harriet B. Presser y Gita Sen (Nueva York: Oxford University Press, 2000): 399.

Sitios Web

Fondo Nacional de Población de Naciones Unidas

www.unfpa.org/icpd

(Contiene el Programa de Acción de la conferencia de El Cairo y documentos relativos a CIPD+5)

PopNet—Información mundial sobre población, Population Reference Bureau

www.popnet.org



Population Reference Bureau

1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520

Washington, DC 20009-5728, EE.UU.

202/483-1100

www.prb.org