



Consejo Económico y Social

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1996/3
10 de enero de 1996

ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

COMISION DE POBLACION Y DESARROLLO
29º período de sesiones
26 de febrero a 1º de marzo de 1996
Tema 4 del programa provisional*

MEDIAS COMPLEMENTARIAS DE LAS RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO: DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Supervisión de los programas de población

Informe del Secretario General

SUMARIO

El presente informe se ha preparado de conformidad con el nuevo mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y su programa de trabajo plurianual sobre determinados temas y por orden de prelación, que fue apoyado por el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. El tema para 1996 son los derechos reproductivos y la salud reproductiva.

En este informe, que refleja las respuestas recibidas de los representantes/directores nacionales del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) en 78 países, se pretende ofrecer un panorama amplio de las diversas actividades que se han iniciado como resultado de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en la esfera de los derechos reproductivos, la salud reproductiva y la información, educación y comunicación en materia de población. Se evalúan las diferentes estrategias y enfoques que han adoptado los países para aplicar las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relativas a la salud reproductiva y la información, educación y comunicación en materia de población. Se ofrece asimismo un análisis de las dificultades y limitaciones con que han tropezado los países a la hora de ejecutar los programas de salud reproductiva e información, educación y comunicación en materia de población.

*E/CN.9/1996/1.

INDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Páginas</u>
INTRODUCCION	1 - 5	4
I. INTEGRACION DE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y OPERACIONALES	6 - 14	5
II. ASPECTOS DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA	15 - 27	8
A. Perfeccionamiento de los recursos humanos, incluida capacitación	17 - 18	8
B. Infraestructura	19 - 22	9
C. Protocolos médicos	23 - 24	10
D. Disponibilidad de servicios de salud reproductiva	25 - 27	11
III. INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION EN MATERIA DE POBLACION	28 - 33	13
IV. CONCENTRACION EN GRUPOS ESPECIFICOS	34 - 47	15
A. Adolescentes	35 - 38	15
B. Participación de la mujer	39 - 43	16
C. El papel de los hombres	44 - 47	17
V. PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	48 - 54	19
VI. LA PROGRAMACION EN LA SALUD REPRODUCTIVA: RETOS Y LIMITACIONES	55 - 66	20
A. Factores socioculturales	57 - 58	21
B. Infraestructura y accesibilidad	59 - 63	22
C. Aspectos económicos y financieros	64 - 66	23
VII. CONCLUSIONES	67 - 75	23

Cuadros

1. Disponibilidad de los componentes de la salud reproductiva	12
2. Países que poseen una estrategia nacional de información, educación y comunicación (IEC), por regiones o grupos	13

INDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Páginas</u>
3. Programas especiales para incrementar la participación de los hombres en la esfera de la salud reproductiva, por regiones o grupos		18
4. Principales limitaciones con que se tropieza en la ejecución de los programas de salud reproductiva, por regiones o grupos		21

INTRODUCCION

1. El presente informe sobre la supervisión de los programas de población se ha preparado de conformidad con el nuevo mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y su programa de trabajo plurianual sobre determinados temas y por orden de prelación, que fueron aprobados por el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. El tema para 1996 son los derechos reproductivos y la salud reproductiva, incluida la información, educación y comunicación en materia de población.

2. En este informe se examinan los progresos alcanzados con respecto a los programas de población y actividades de desarrollo conexas al nivel de los países. El informe se centra en las experiencias de los programas en la esfera de los derechos reproductivos y la salud reproductiva y la información, educación y comunicación en materia de población. Como los países desarrollados no suelen tener políticas de población explícitas, sino más bien conjuntos distintos de políticas, programas y legislación, a diferencia de los países en desarrollo, casi todos los cuales han adoptado a lo largo de los años políticas y programas generales en materia de población, este informe se refiere a las experiencias que han tenido con los programas los países en desarrollo y también los países con economías en transición. Habida cuenta de que el informe se centra principalmente en la supervisión de los programas de población, se abordan básicamente las actividades operacionales en la esfera de los programas de salud reproductiva y la información, educación y comunicación conexas y, en menor medida, los derechos reproductivos.

3. A fin de obtener los datos y la información necesarios para preparar el informe, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) envió un cuestionario a todos sus representantes y directores nacionales sobre el terreno. Se envió el cuestionario a 125 representantes sobre el terreno, que abarcaban más de 130 países en desarrollo y países con economías en transición. El cuestionario contenía preguntas relativas a los temas principales que se tratan en el capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva, y el capítulo XI, Población, desarrollo y educación (parte B) del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1/. Más concretamente las preguntas se referían a lo siguiente:

a) Integración de la información y los servicios de planificación de la familia en el marco más amplio de la salud reproductiva;

b) Aspectos de calidad de la atención en los programas de salud reproductiva;

c) Difusión del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y si el Programa se ha traducido al idioma nacional;

d) Existencia de una estrategia nacional de información, educación y comunicación en materia de salud reproductiva;

e) Necesidades de los adolescentes en la esfera de la salud reproductiva;

f) Grado de participación de las mujeres en el diseño y ejecución de los programas de salud reproductiva;

g) Iniciativas en curso para incrementar la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva;

h) Papel de las organizaciones no gubernamentales en la formulación y ejecución de esos programas.

4. El presente informe se basa en las respuestas recibidas de 78 países 2/. El desglose por regiones de los países que respondieron es el siguiente:

Región o grupo	Número de informes recibidos
África subsahariana (incluso África oriental, central, meridional y occidental)	33
África septentrional y Asia occidental	8
Asia (incluso Asia oriental, sudoriental y sudcentral) y Oceanía	17
América Latina y el Caribe	17
Países con economías en transición (incluso algunos países de Europa oriental y septentrional)	3
Total	78

5. Con este informe se pretende ofrecer un panorama amplio de las diversas actividades que se han iniciado, desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en las esferas de los derechos reproductivos, la salud reproductiva y la información, educación y comunicación en materia de población. Su enfoque es más cualitativo que cuantitativo. Se evalúan las diferentes estrategias y enfoques que han adoptado los países para aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo acerca de la salud reproductiva y la información, educación y comunicación en materia de población. Se centra en los esfuerzos por integrar la información y los servicios de planificación de la familia en los programas de salud reproductiva; los aspectos de calidad de la atención en esos programas; los programas de información, educación y comunicación en materia de población; las iniciativas emprendidas para abordar las necesidades de los adolescentes en la esfera de la salud reproductiva e incrementar la participación de las mujeres, y las estrategias para lograr la intervención de los hombres, así como el papel del sector no gubernamental. En el informe se analizan también las dificultades y limitaciones con que han tropezado los países a la hora de ejecutar los programas de salud reproductiva y de información, educación y comunicación en materia de población.

I. INTEGRACION DE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

6. Las experiencias habidas a lo largo de los dos últimos decenios han puesto de manifiesto que los programas de planificación de la familia funcionan mejor cuando forman parte de iniciativas más amplias en el ámbito de la salud o están vinculadas a ellas, iniciativas que abordan necesidades sanitarias muy relacionadas entre sí. Como resultado de esas experiencias, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se hace hincapié en los derechos reproductivos y la salud reproductiva, así como en la necesidad de integrar la información y los servicios de planificación de la familia en los programas de salud reproductiva. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.2) se afirma lo siguiente:

"La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última

condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos."

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se pide además que la información y los servicios se pongan a disposición por conducto del sistema de atención primaria de la salud.

7. En 1995, tras la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, una de las primeras medidas que adoptaron muchos países fue abordar los aspectos conceptuales y operacionales del enfoque de salud reproductiva en el contexto particular de su propio país. En respuesta a la necesidad de orientación, varios órganos y organizaciones de las Naciones Unidas elaboraron materiales encaminados a ayudar a los países a ejecutar los programas de salud reproductiva. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) editó varias publicaciones nuevas sobre este tema. Las organizaciones y órganos de las Naciones Unidas determinaron asimismo sus objetivos y actividades respecto de operacionalización de la salud reproductiva. El FNUAP revisó sus directrices sobre salud reproductiva, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentó sus planes en esta esfera a su Junta Ejecutiva en 1995 y el Banco Mundial publicó un documento de políticas sobre su papel en la mejora de la salud reproductiva.

8. En un intento de definir las implicaciones del enfoque de salud reproductiva para sus políticas y programas nacionales, 18 países -Bhután, Burkina Faso, Comoras, Costa Rica, El Salvador, Etiopía, India, Jamaica, Malawi, Malí, Mongolia, Nicaragua, Niger, Perú, República Islámica del Irán, Turquía, Viet Nam y Zambia- informaron de que habían organizado cursos prácticos y seminarios para examinar las repercusiones del enfoque de salud reproductiva sobre sus programas nacionales de población. Se celebraron cursos prácticos para familiarizar a los planificadores y/o agentes de atención de la salud con el nuevo concepto de salud reproductiva y sus implicaciones para los programas. Además, en varios países las asociaciones de médicos organizaron foros o simposios para dar a conocer a sus miembros el concepto y el enfoque de salud reproductiva y para examinar las formas de conceptualizar y hacer operacional la idea de la salud reproductiva.

9. Ante el llamamiento de la Conferencia para que se adoptara el enfoque de salud reproductiva, los países respondieron de muchas formas distintas. De los países que respondieron a la encuesta, 50 (64%) notificaron que habían tomado medidas iniciales para ampliar sus programas existentes de planificación de la familia, salud materno-infantil, espaciamiento de los nacimientos y/o maternidad sin riesgos y para incluir en ellos otros elementos de información y servicios de salud reproductiva. En algunos países de África, los gobiernos están integrando los servicios de salud reproductiva en las actividades que están llevando a cabo conforme a la Iniciativa de Bamako. La Iniciativa se estableció en una reunión de ministros de salud de países del África subsahariana celebrada en 1987 para elaborar una estrategia encaminada a revitalizar, fortalecer y extender los servicios básicos de atención de la salud.

10. En más de 30 países, 17 de ellos de África subsahariana, los gobiernos notificaron que habían iniciado un proceso de reorientación y reexamen de las políticas existentes. En Guinea, por ejemplo, el Ministerio de Salud inició un

examen de las modalidades actuales de su programa de maternidad sin riesgos/planificación de la familia con miras a transformarlo en un programa de salud reproductiva/planificación de la familia. En Indonesia, donde el paso de la planificación de la familia a la salud reproductiva comenzó incluso antes de la Conferencia, la transición se acelerará en su actual programa quinquenal (1995-1999). En este programa se abordan esferas críticas como la calidad de la atención y los servicios de salud reproductiva, el enfoque de satisfacción de la demanda, la prevención del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en el marco de la salud reproductiva/planificación de la familia por conducto de un enfoque centrado en la familia, salud reproductiva y bienestar de la familia en relación con la educación de los jóvenes, investigaciones y recopilación de datos sobre la salud reproductiva y la mujer, y promoción de la habilitación de la mujer. El Gobierno del Paraguay decidió revisar su plan nacional de salud reproductiva y planificación de la familia, elaborado justo antes de la Conferencia, para ajustarlo a los nuevos intereses, principios y recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

11. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.9) se pide a los gobiernos que promuevan la participación de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva, descentralizando la gestión de los programas de salud pública. En varios países, los gobiernos respondieron a esta recomendación adoptando medidas de descentralización de los servicios de salud pública a niveles más bajos de la administración. En el Camerún, por ejemplo, un programa encaminado a fortalecer y ampliar los servicios de salud maternoinfantil/planificación de la familia dentro de los programas de atención primaria de la salud comprende un componente de descentralización de esas actividades, que pasan del Ministerio de Salud a los niveles de distrito y provincia.

12. El grado de integración de la planificación de la familia en los programas de salud reproductiva parece depender en gran medida del estado de los servicios y medios de atención de la salud. Los países en los que la mayor parte de la población ya disponía de los servicios de salud reproductiva más esenciales iniciaron actividades orientadas a los grupos de la sociedad que antes estaban poco o nada atendidos. Algunos de esos países se centraron en cambio, o además, en la introducción de servicios de salud reproductiva más específicos, como la prevención y adecuada remisión de los casos de esterilidad y la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, así como de las enfermedades de transmisión sexual. En los países cuyos servicios de salud estaban menos desarrollados, se esperaba que se necesitara mucho más tiempo para integrar plenamente la planificación de la familia en los programas de salud reproductiva. En muchos de esos países, los gobiernos adoptaron un enfoque acumulativo para ir introduciendo gradualmente los servicios de salud reproductiva en el sistema de atención primaria de la salud.

13. Como se afirma en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (cap. VII) y se reafirma en la plataforma de acción 3/ aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en septiembre de 1995, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Los derechos reproductivos incluyen también el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia

(párr. 7.3). Estos dos aspectos principales de los derechos reproductivos comprenden la información y los servicios. Como se ha descrito supra, en la mayor parte de los países que respondieron a la encuesta estaban en marcha iniciativas encaminadas a ampliar el alcance de los servicios de salud reproductiva. Las medidas inicialmente adoptadas por los gobiernos para sensibilizar al público acerca de la salud reproductiva se examinan infra.

14. Algunos de los países enmarcaron la garantía de los derechos reproductivos en un enfoque más amplio de las cuestiones de la salud reproductiva, la población y el desarrollo sostenible. Por ejemplo, el Gobierno de Bolivia emitió una declaración de principios sobre la población y el desarrollo sostenible, en la que se afirma que un aspecto crucial de la salud maternoinfantil es la salud reproductiva, y un componente clave de esa salud reproductiva es la planificación de la familia, entendida como el derecho fundamental de las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el espaciamiento de los nacimientos.

II. ASPECTOS DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

15. Al hacer hincapié en los programas de población en un enfoque general de salud reproductiva, se ha concedido más atención a la calidad de la atención que se presta a los clientes. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo hace hincapié en la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia de los programas de salud reproductiva y planificación de la familia como una forma eficaz de satisfacer las demandas de información y servicios de salud reproductiva que actualmente no están satisfechas (véase el Programa de Acción, párr. 7.23 a)-h)). De los países que respondieron a la encuesta, 52 notificaron que habían puesto en marcha actividades para mejorar la calidad de la atención que se prestaba: 24 de Africa subsahariana, 4 de Africa septentrional y Oriente Medio, 13 de Asia y Oceanía, 10 de América Latina y el Caribe y 1 del grupo de países con economías en transición.

16. En su mayor parte, esos países estaban siguiendo caminos semejantes para incrementar o mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva:

- a) perfeccionar los recursos humanos, incluida capacitación del personal médico y/o paramédico de salud reproductiva;
- b) mejorar la infraestructura;
- c) elaborar protocolos médicos para los servicios de salud reproductiva/planificación de la familia, y
- d) ofrecer más servicios de salud reproductiva.

A. Perfeccionamiento de los recursos humanos, incluida capacitación

17. La capacitación de los que prestan atención de la salud -médicos, enfermeras y parteras- en cuestiones de salud reproductiva y planificación de la familia y/o el examen y revisión de los materiales de capacitación parecen ser componentes habituales de la mayor parte de los proyectos de atención de la salud reproductiva elaborados, después de la celebración de la Conferencia, en los países que respondieron a la encuesta. Un objetivo de los programas de capacitación que se cita con frecuencia es el de incrementar el número de personas que prestan los servicios con miras a ampliar la cobertura de éstos, especialmente en las zonas rurales. Por conducto de esa capacitación, los que prestan los servicios y los planificadores y supervisores de la atención de la salud conocen las novedades más recientes en el ámbito de la salud reproductiva y comprenden que es necesario que los clientes tengan la oportunidad de elegir ellos mismos de una manera informada y reciban un

asesoramiento honesto y comprensivo sobre las cuestiones de salud reproductiva y salud sexual.

18. Filipinas notificó, por ejemplo, que había capacitado a alrededor del 80% de todos los trabajadores de salud gubernamentales y no gubernamentales en materia de aptitudes básicas y completas de planificación de la familia y comunicación interpersonal. Viet Nam informó de que su programa comprendía el examen y la revisión de los programas y materiales de capacitación sobre la base de los resultados de la evaluación de la calidad de la atención que prestaban los servicios de planificación de la familia en el país, el estudio sobre el método de evaluación rápida y las descripciones de puestos de trabajo y análisis de tareas del personal de salud maternoinfantil/planificación de la familia. Comoras notificó que se estaba reelaborando el manual que utilizaban los que prestaban atención de la salud para incluir en él los aspectos de información, educación y comunicación, la importancia de la confidencialidad en el trato con los clientes y la necesidad de mecanismos de atención complementaria de los usuarios de anticonceptivos. Esta última medida es acorde con la recomendación siguiente del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.23): "En los años venideros, todos los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención. Entre otras medidas, los programas deberían: ... e) asegurar una atención complementaria adecuada, incluido el tratamiento de los efectos secundarios de la utilización de anticonceptivos".

B. Infraestructura

19. Parece que la mayor atención que se presta a los aspectos de la calidad en los programas de salud reproductiva ha incrementado la preocupación por la infraestructura del sistema sanitario, particularmente en lo que se refiere al mantenimiento de las instalaciones de atención de la salud y la disponibilidad de suministros suficientes de equipo médico y medicamentos, entre ellos los anticonceptivos. Veinte de los países que respondieron -Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Côte d'Ivoire, Ecuador, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Camboya, México, Myanmar, Namibia, Nicaragua, Níger, Senegal, Sierra Leona, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania y Zimbabwe- informaron de que habían puesto en marcha iniciativas encaminadas a mejorar la infraestructura y las instalaciones de atención de salud. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, en 1993 se empezó a renovar y equipar los centros de atención de salud. Veinte de esos centros ya estaban en funcionamiento y se esperaba que otros 20 estuvieran renovados y equipados a fines de 1995. Análogamente, en Nicaragua el Ministerio de Salud estaba trabajando, en cooperación con organizaciones no gubernamentales, en la mejora de la infraestructura y el equipamiento de las dependencias de atención primaria de la salud. En Camboya, el Gobierno se estaba ocupando de la calidad de la atención mediante, entre otras cosas, la reparación y rehabilitación de las instalaciones de atención de la salud y su dotación con equipo médico.

20. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.23 a)) recomienda que en los programas de planificación de la familia se reconozca "que los métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, el número de partos, el tamaño de la familia, la preferencia y otros factores, y velar por que mujeres y hombres tengan información sobre la mayor gama de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, para que puedan tomar decisiones libres y bien informadas". Los gobiernos, muchas veces con asistencia de la comunidad internacional de donantes, empezaron a responder a la necesidad de ampliar la disponibilidad de diferentes métodos anticonceptivos incrementando

la combinación de métodos en los servicios de atención de la salud. Se han formulado proyectos para introducir métodos que antes no estaban disponibles, mientras que al mismo tiempo se refuerza la oferta general de anticonceptivos.

21. Algunos países examinaron su infraestructura de organización con miras a evaluar su eficacia y eficiencia. El Ministerio de Salud del Perú, por ejemplo, empezó a reestructurar su organización para facilitar la integración de los programas de salud maternoinfantil, salud en la adolescencia, detección del cáncer y planificación de la familia en la Dirección de programas sociales del Ministerio de Salud; ello permite al Ministerio simplificar sus políticas sanitarias y promover un enfoque más integrado de la salud reproductiva. En diciembre de 1994, el Gobierno de México fusionó la Dirección General de planificación de la familia y la Dirección General de salud maternoinfantil, dentro del Ministerio de Salud, en una única Dirección General de salud reproductiva, cambio de la organización con el que se buscaba fortalecer ambos componentes.

22. Para poder hacer frente a la mayor demanda de anticonceptivos, 13 de los países que respondieron a la encuesta -Bangladesh, Burundi, Ecuador, Etiopía, Namibia, Nicaragua, Panamá, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Togo, Uganda, Viet Nam y Zambia- notificaron que tenían programas formulados después de la Conferencia para prestar una atención especial a la necesidad de mejorar los sistemas nacionales de información sobre la gestión logística (SIGL), que permitan a los países hacer frente al descenso de las existencias. El Gobierno del Ecuador, por ejemplo, puso en marcha un proyecto para fortalecer el SIGL de su programa nacional de planificación de la familia. En la República Unida de Tanzania se ha establecido un SIGL a escala nacional para mejorar el almacenamiento, los pedidos y la previsión de métodos de planificación de la familia y prevención del SIDA. Todos los coordinadores de salud maternoinfantil y coordinadores de la prevención del SIDA estaban recibiendo capacitación en materia de SIGL. Esta capacitación ha permitido mejorar el almacenamiento, los pedidos y la previsión de los productos. En Viet Nam, tras la Conferencia, el Gobierno incluyó en el ciclo de programación en curso el fortalecimiento de su sistema logístico, incluida la distribución de anticonceptivos, así como el sistema de información sobre la gestión de planificación de la familia y salud maternoinfantil.

C. Protocolos médicos

23. Varios de los países que respondieron a la encuesta habían emprendido iniciativas para revisar o actualizar las normas médicas respecto de los programas de salud reproductiva/planificación de la familia o programas conexos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Ghana elaboró protocolos clínicos sobre la maternidad sin riesgos con el fin de normalizar la prestación de los servicios, así como de reorientar y mejorar la capacitación de los encargados de prestarlos. Entre los principales componentes de ese protocolo figuran la planificación de la familia, los servicios prenatales y postnatales, la supervisión de la prestación de los servicios, el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En 1994 el Gobierno de Côte d'Ivoire adoptó una política nacional de planificación de la familia, en la que se establecen las normas para los profesionales sanitarios respecto de la información y los servicios de planificación de la familia en el contexto de la salud maternoinfantil.

24. En el Pakistán, el Gobierno publicó y difundió entre los que prestan la atención de la salud un manual de normas nacionales para la prestación de servicios de planificación de la familia, que comprende todos los métodos

anticonceptivos. En Egipto, el Gobierno emprendió varias iniciativas para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva/planificación de la familia. Una de ellas consistía en el examen y actualización de las directrices clínicas nacionales a fin de incluir en ellas las últimas novedades en materia de salud reproductiva y planificación de la familia. En Nepal, equipos de garantía de la calidad efectúan periódicamente visitas sobre el terreno para comprobar que se están cumpliendo las normas de calidad.

D. Disponibilidad de servicios de salud reproductiva

25. Aunque se están desplegando esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva y servicios conexos, en la mayor parte de los países en desarrollo que respondieron a la encuesta o no se disponía de toda la gama de servicios de salud reproductiva o éstos estaban disponibles de manera insuficiente para todas las mujeres y todos los hombres que pudieran necesitarlos. En el cuadro 1 figura el número de países que ofrecen determinados componentes de salud reproductiva por grado de disponibilidad.

26. Del cuadro 1 se deduce claramente que, de los diversos componentes de la salud reproductiva, los que estaban disponibles de manera más generalizada eran el asesoramiento en materia de planificación de la familia, los servicios de información, educación y comunicación y los servicios de atención prenatal, parto sin riesgos y atención postnatal. En una cuarta parte de los países que respondieron a la encuesta, sin embargo, se estimaba que la información y los servicios de planificación de la familia no estaban disponibles en grado suficiente para la totalidad de mujeres y hombres. En varios informes se señalaba que, en la mayor parte de los casos, casi todos los componentes, si no todos, del enfoque de salud reproductiva estaban disponibles para los grupos de ingreso medio y alto en las zonas urbanas, mientras que no lo estaban o lo estaban insuficientemente para la mayor parte de los pobres urbanos y rurales.

27. De los 78 países que respondieron, 10 (13%) notificaron que ofrecían a todas las mujeres y hombres, por conducto del sistema de atención primaria de la salud u otro sistema sanitario conexo, la totalidad de los siete componentes de los programas de salud reproductiva. Así, en la mayor parte los países que respondieron no se ofrecía aún o se ofrecía insuficientemente toda la gama de servicios de atención de la salud reproductiva.

Cuadro 1. Disponibilidad de los componentes de la salud reproductiva

Componentes de la salud reproductiva	Disponible		Insuficientemente disponible		No disponible		No comprobado	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Servicios de asesoramiento, información, educación y comunicación en materia de planificación de la familia	49	63	19	24	3	4	7	9
Educación y servicios de atención prenatal, parto sin riesgos y atención postnatal, especialmente lactancia materna y atención de la salud maternoinfantil	55	71	11	14	5	6	7	9
Prevención y tratamiento adecuado de la esterilidad	30	38	18	23	23	30	7	9
Aborto, como se especifica en el párr. 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con prevención del aborto y tratamiento de sus consecuencias	25	32	16	21	30	38	7	9
Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor	30	38	17	22	24	31	7	9
Enfermedades de transmisión sexual y otras dolencias de la salud reproductiva, incluidos varios tipos de cáncer del sistema reproductor	38	49	19	24	14	18	7	9
Información, educación y asesoramiento, cuando proceda, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable	35	45	15	19	21	27	7	9

Fuente: Encuesta del FNUAP, 1995.

Nota: La columna "número" se refiere al número de países que ofrecen un determinado componente por grado de disponibilidad; la columna "porcentaje" correspondiente se refiere a ese número como porcentaje del número total de países (78) que respondieron a la encuesta.

III. INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION EN MATERIA DE POBLACION

28. Todo concepto nuevo ha de estar acompañado de una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) que permita a la gente conocer su contenido y sus implicaciones, especialmente cuando ese nuevo concepto, como ocurre con el concepto de los derechos reproductivos y la salud reproductiva, tiene que ver con muchos aspectos, que van desde factores socioculturales -creencias y prácticas culturales, condición de la mujer, salud y bienestar general, convicciones religiosas y valores éticos- hasta condiciones económicas.

29. De los 78 países que respondieron a la encuesta, 25 (32%) notificaron que tenían una estrategia nacional de IEC en materia de salud reproductiva (véase el cuadro 2). En la mayor parte de los casos, esas estrategias nacionales estaban estrechamente vinculadas a la prestación de los servicios. De los países que respondieron, 16 (21%) informaron de que estaban desplegando esfuerzos para elaborar una estrategia nacional de IEC en materia de salud reproductiva. Así, algo más del 50% de los países de los que se recibió información contarán pronto con una estrategia nacional de IEC centrada en la salud reproductiva y temas conexos. Más del 50% de los países de Africa subsahariana (18 de 33) de los que se disponía de información tenían ya o estaban elaborando una estrategia nacional de IEC. En Africa septentrional y Asia occidental, 4 de 8 países habían formulado o estaban formulando una política nacional. En Asia y Oceanía, 10 de 17 países tenían o estaban elaborando una estrategia nacional de IEC. En América Latina y el Caribe, 8 de 17 países tenían o estaban formulando una política nacional de IEC. En el caso de los países con economías en transición, lo habían hecho 1 de 3.

Cuadro 2. Países que poseen una estrategia nacional de información, educación y comunicación (IEC), por regiones o grupos

Región o grupo	Número de países que respondieron	Número de países que tienen una estrategia nacional de IEC	Número de países que están elaborando una estrategia de IEC
Africa subsahariana (incluso Africa oriental, central, meridional y occidental)	33	11	7
Africa septentrional y Asia occidental	8	2	2
Asia (incluso Asia oriental, sudoriental y sudcentral) y Oceanía	17	6	4
América Latina y el Caribe	17		
Países con economías en transición (incluso algunos países de Europa oriental y septentrional)	3	5	3
		1	0
Total	78	25	16

Fuente: Encuesta del FNUAP, 1995.

30. La ausencia de una política nacional de IEC en materia de salud reproductiva no significa necesariamente, sin embargo, que en esos países no se hayan emprendido iniciativas al respecto. En casi todos los países de los que se recibió información se estaban llevando a cabo actividades de IEC encaminadas a incrementar la sensibilización del público con respecto a la salud reproductiva y la planificación de la familia. Esas actividades solían formar parte de programas más amplios de salud reproductiva/planificación de la familia o conexos, y se servían de diversos canales de comunicación (como

la prensa escrita, la radio y la televisión), la comunicación interpersonal y técnicas tradicionales de comunicación (como las representaciones teatrales, as canciones, los bailes y la utilización de marionetas, carteles y folletos).

31. En algunos países, se pensaba que las actividades de IEC aún no estaban suficientemente vinculadas con la prestación de los servicios, y ello limitaba por tanto la repercusión de los programas de IEC sobre el comportamiento en materia de salud reproductiva/planificación de la familia. También se observaron otros obstáculos en diversos países, como una fuerte incidencia del analfabetismo, el concepto de que las cuestiones de salud reproductiva eran asuntos privados y por consiguiente no debían debatirse en público; la falta de materiales de IEC; las limitadas aptitudes de IEC de los que prestan los servicios de salud; las creencias y valores culturales y tradicionales, que impiden por ejemplo la sensibilización de los jóvenes, y la falta de un sector privado eficaz, lo que era un obstáculo para la realización de actividades de IEC y para el efecto que con ellas se pretendía.

32. La comunidad internacional considera que para la ejecución satisfactoria de los programas de salud reproductiva es vital generar una mayor sensibilización, comprensión y compromiso del público. Por consiguiente, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo pide a todas las partes interesadas que fortalezcan las actividades existentes de IEC. El primer paso tras la Conferencia debería haber sido dar una amplia difusión a su Programa de Acción. Por la información obtenida de las respuestas a la encuesta, está claro que el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ha tenido una amplia difusión (75 de los 78 países que respondieron). En la mayor parte de los casos, tanto los gobiernos como las oficinas del FNUAP sobre el terreno se encargaron de difundir el documento. Se enviaron copias a los ministerios, el personal de proyectos, los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales, las universidades y otras organizaciones e individuos interesados. En muchos países se celebraron seminarios, cursos prácticos y reuniones de información para los medios de comunicación con el fin de difundir noticias sobre la Conferencia y sus repercusiones. En una grandísima mayoría de los 78 países que respondieron a la encuesta, los periódicos, la radio y la televisión informaron sobre la Conferencia.

33. En cuanto a la traducción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo a los idiomas nacionales, el panorama es muy distinto. En menos del 50% de los países que respondieron (38 de 78 países) se había traducido el Programa de Acción al idioma nacional. E incluso se llegó a esa cifra debido en parte al hecho de que el idioma nacional resultaba ser uno de los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas (árabe, chino, español, francés, inglés y ruso), en los que se ha publicado el documento. En la mayor parte de los países de África subsahariana y Asia y Oceanía, aparte de los países en los que el idioma oficial nacional es el árabe, el francés o el inglés, el documento aún no se ha traducido al idioma nacional. En algunos países, sin embargo, se había iniciado la traducción. Muchos países de África tienen varios idiomas nacionales oficiales; así, se ha notificado que parece casi imposible conseguir que se traduzca a todos los idiomas en breve plazo. En el momento de redactar el presente informe, el Programa de Acción se ha traducido al amárico, el bahasa indonesia, el farsi, el mongol y el vietnamita.

IV. CONCENTRACION EN GRUPOS ESPECIFICOS

34. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconoce que determinados grupos, como los adolescentes, las mujeres y los hombres, necesitan una atención especial como audiencias específicas de la información y los servicios de salud reproductiva.

A. Adolescentes

35. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se alienta a los gobiernos a que aborden las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia mediante, entre otras cosas, la prestación de servicios apropiados y orientación (véase el Programa de Acción, párr. 7.44 a)). De las respuestas recibidas parece deducirse que, en muchos países, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo desencadenó claramente un proceso encaminado a prestar más atención que nunca antes a las necesidades y problemas de los adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Casi dos terceras partes de los países que respondieron al cuestionario notificaron que habían puesto en marcha iniciativas para abordar los derechos reproductivos y la salud reproductiva de los adolescentes y para incluir las necesidades de éstos en el programa político. En algunos casos, esas iniciativas se debieron a los gobiernos; en otros, se emprendieron en cooperación con organizaciones no gubernamentales o únicamente por parte de éstas.

36. Muchos gobiernos están adoptando diversas medidas para abordar las necesidades especiales de los adolescentes. El Gobierno de Camboya, por ejemplo, publicó unas directrices para los que prestan los servicios sobre la forma de tener un cuidado especial con los clientes adolescentes y solteros y de no desalentarles de acudir a los puntos en que se prestan los servicios. En Ghana, el Gobierno estableció un Comité directivo nacional sobre la salud reproductiva en la adolescencia, con el fin de fortalecer la coordinación y de proporcionar un foro para las actividades nacionales del Comité en materia de planificación y ejecución. En Côte d'Ivoire, se estaban escribiendo y representando obras dramáticas especialmente dirigidas a los jóvenes y adolescentes. En Uganda se inició un proceso participativo que tuvo como resultado la formulación del Programa para mejorar la vida reproductiva de los adolescentes. Ese programa tiene por finalidad mejorar la salud reproductiva de los adolescentes ugandeses mediante la prestación de asesoramiento y servicios apropiados. Para garantizar su sostenibilidad, el Programa pide a los jóvenes y a los dirigentes de la comunidad que se pongan en primera línea de los esfuerzos de ejecución.

37. Con frecuencia, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales trabajaban juntos en la esfera de las cuestiones de salud reproductiva en la adolescencia. En México, incluso antes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, una reunión a nivel nacional a la que asistieron representantes del Gobierno y de organizaciones no gubernamentales emitieron la Declaración de Monterrey, en la que se reconocen las necesidades y demandas de los adolescentes. En el momento de la encuesta del FNUAP, había 78 dependencias de atención de la salud reproductiva para adolescentes instaladas en centros de atención de la salud de todo el país, y en ellas se facilitaba información y asesoramiento y se promovían los servicios de salud reproductiva y la planificación de la familia. Se esperaba que a fines de noviembre de 1995 todo el país estuviera cubierto por el programa de atención a adolescentes y que cada estado tuviera como mínimo dos dependencias, una en un centro de

salud urbano y otra en un hospital general. Una forma parecida de cooperación entre el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales es la que se daba en Marruecos, donde el Ministerio de Juventud y Deportes y la Asociación Marroquí para la Planificación de la Familia elaboraron un enfoque innovador de las necesidades de los jóvenes. A cinco regiones de Marruecos estaba llegando un programa para educar a los jóvenes en materia de salud reproductiva y sexual por conducto de los denominados clubes juveniles. En esos clubes, los adolescentes elaboran sus propios materiales, como canciones, obras dramáticas y representaciones con marionetas, y las mejores de esas creaciones se muestran en festivales a escala nacional. Los proyectos comprenden temas como la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la comunicación y la vida familiar, y la educación sexual.

38. En los países en los que las cuestiones de la salud reproductiva en la adolescencia no estaban siendo abordadas por programas oficiales o de otro tipo por diversos motivos, las razones que con más frecuencia se mencionaron para no abordar las necesidades de la salud reproductiva de este grupo de edad eran los factores religiosos y/o culturales. Las respuestas a la encuesta revelaron que en los países en que los gobiernos eran reacios a abordar la sexualidad en la adolescencia y las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes, las organizaciones no gubernamentales estaban cubriendo ese vacío y llevando a cabo actividades para los adolescentes. Con frecuencia, las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones locales o basadas en la comunidad estaban en una posición inmejorable para trabajar en esa esfera. De conformidad con determinadas partes de la recomendación contenida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.48), muchas organizaciones no gubernamentales estaban capacitando a los grupos de la misma edad e intereses en técnicas adecuadas para dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable.

B. Participación de la mujer

39. Un aspecto crucial de la introducción de un enfoque de salud reproductiva en cualquier país es el grado de participación de la mujer en los procesos de adopción de decisiones. En el párrafo 7.7 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se afirma entre otras cosas lo siguiente:

"[Los programas de atención de la salud reproductiva deben entrañar] la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los gobiernos y otras organizaciones deberían adoptar medidas activas para hacer que las mujeres estén incluidas en todos los niveles del sistema de atención de la salud."

Desde esa perspectiva, podría ser útil comprobar si tras la Conferencia se modificó el grado de participación efectiva de la mujer en el diseño y ejecución de los programas de salud reproductiva.

40. La información recibida indica que el grado de participación difiere considerablemente entre unos países y otros; 41 países notificaron que en el sistema de atención de la salud había mujeres que ocupaban puestos decisorios. La información recibida no permite cuantificar la proporción de los puestos ocupados por mujeres, ni permite tampoco trazar tendencias. No obstante, se daban ejemplos de funciones decisorias desempeñadas por mujeres y de su repercusión. En El Salvador, por ejemplo, se notificó que las mujeres que ocupaban puestos decisorios en el sistema de atención de la salud y en la

Asamblea Nacional, alzaban la voz con frecuencia para referirse a cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar de la mujer. Se informó que el Gobierno de Togo había modificado recientemente la estructura organizativa de la División de Salud de la Familia de su Ministerio de Salud, de manera que 8 de los 17 puestos decisorios estaban ocupados por mujeres, como por ejemplo las jefaturas de los Departamentos de Información, Educación y Comunicación, Maternidad sin Riesgos y Nutrición Infantil, Almacén Nacional de Anticonceptivos y Supervisión de Salud Reproductiva/Planificación de la Familia en el distrito de Lomé.

41. La información reunida gracias a las respuestas recibidas pone de manifiesto que el sector de la salud es muy vulnerable a las crisis económicas y sociales. Como las mujeres constituyen la mayor parte de la fuerza de trabajo en este sector, la participación de la mujer en la atención de la salud en general y en la atención de la salud reproductiva en particular suele ser uno de los aspectos que más gravemente se ven afectados en momentos de dificultades económicas.

42. Sobre la base de las respuestas recibidas, parece que en el diseño y ejecución de los programas se están teniendo cada vez más en cuenta los problemas que tienen que ver con las diferencias por razón de sexo. En muchos programas de salud reproductiva ya se han incluido cuestiones de este tipo. Por ejemplo, el Gobierno de México designó una dependencia especial de la Dirección General de Salud Reproductiva para que asesorara sobre la inclusión de las diferencias por motivo de sexo en el programa. En muchos países, la capacitación a este respecto se ha convertido en un componente habitual de muchos proyectos. Asimismo, en la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de los proyectos se utiliza a mujeres consultoras. En Costa Rica, por ejemplo, más de la mitad de los proyectos de salud reproductiva que se estaban ejecutando o preparando tenían a mujeres como consultoras y encargadas de adoptar decisiones, mujeres que participaban activamente en la formulación y ejecución de los proyectos.

43. Uno de los signos más visibles de la intervención de la mujer en la planificación, formulación y ejecución de los programas de salud reproductiva es la rapidez con que está creciendo el número de organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la atención de la salud reproductiva. Con frecuencia esas organizaciones no gubernamentales están dirigidas por mujeres, y la mayor parte de su personal, cuando no la totalidad, es personal femenino. Como resultado de la Conferencia, los Gobiernos han tendido cada vez más a colaborar con organizaciones no gubernamentales nacionales y/o locales y otras organizaciones de base o de la comunidad. Así, habida cuenta de la creciente importancia de esas organizaciones en la ejecución de los proyectos, el papel de la mujer en la adopción de decisiones debe ir cobrando cada vez más importancia en los próximos años.

C. El papel de los hombres

44. En muchos de los 78 países que respondieron a la encuesta parece que se tiene conciencia de la necesidad de integrar a los hombres en todos los aspectos de los programas de salud reproductiva. De los países que respondieron, 36 (46%) notificaron que habían iniciado programas específicamente orientados a conseguir la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva (véase el cuadro 3).

Cuadro 3. Programas especiales para incrementar la participación de los hombres en la esfera de la salud reproductiva, por regiones o grupos

Región o grupo	Número de países que respondieron	Número de países con programas especiales
África subsahariana	33	20
África septentrional y Asia occidental	8	2
Asia y Oceanía	17	9
América Latina y el Caribe	17	4
Países con economías en transición	3	1
Total	78	36

Fuente: Encuesta del FNUAP, 1995.

45. En algunos países esto ha tenido como resultado intervenciones innovadoras encaminadas a llegar a los hombres con miras a lograr su participación en las cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y sexual, la planificación de la familia y su responsabilidad en esas esferas. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, se estaba capacitando a enfermeros para reducir las barreras que hacían que los hombres utilizaran menos los servicios de atención de la salud. Además, mediante un proyecto de IEC se estaba prestando apoyo al programa de salud reproductiva mediante la producción de gráficos dirigidos a los varones cabezas de familia. En otros países se estaban ejecutando programas análogos. En Filipinas, se estaba capacitando a asesores masculinos para que convencieran a los hombres casados de su misma edad e intereses de que practicasen o apoyaran la planificación de la familia. Ese enfoque se había adoptado en respuesta a la conclusión de que muchas mujeres se negaban a practicar la planificación de la familia no porque ellas mismas no lo desearan, sino porque sus maridos les impedían que lo hicieran. También en otros países se estaba siguiendo un enfoque análogo. Otro enfoque innovador que se estaba aplicando en Filipinas era el establecimiento del primer centro de salud reproductiva masculina, en el que se atendía a las necesidades de salud (reproductiva) específicas de los hombres. En Sierra Leona, una organización no gubernamental tenía una clínica que también atendía exclusivamente a clientes masculinos.

46. En otros países se han elaborado obras dramáticas específicamente dirigidas a los hombres con miras a fomentar entre ellos el debate sobre la utilización de la planificación de la familia y su responsabilidad en esta esfera. En Ghana, por ejemplo, se habían organizado, con base en la comunidad, diversos seminarios y representaciones teatrales para audiencias tanto masculinas como femeninas con miras a educarlas y asesorarlas sobre las cuestiones relativas a la población y la salud reproductiva.

47. En Nepal estaba en curso otra iniciativa para llegar a la población masculina. A fin de incrementar la participación de los hombres en la salud reproductiva y la planificación de la familia, se estaban colocando cajas de condones en casi todos los centros de salud del país, de forma que todos tuvieran acceso a ellos de manera gratuita y directa. En el Perú, el Gobierno aprobó oficialmente la vasectomía como método de planificación de la familia. El Gobierno de Indonesia reconoció la necesidad de desarrollar y ampliar el actual programa de asesoramiento para incluir y mejorar los programas de

capacitación existentes y elaborar materiales de capacitación que se centraran en la participación de los varones en la planificación de la familia.

V. PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

48. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 7.9) se pide una asociación amplia y eficaz entre los gobiernos y el sector no gubernamental en la prestación de información y servicios de salud reproductiva. Se alienta a los gobiernos a que promuevan una participación mucho más amplia de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva, descentralizando la gestión de los programas de salud pública y formando asociaciones en cooperación con organizaciones locales no gubernamentales y grupos privados de atención de la salud. En la encuesta se intentó averiguar si, un año después y como resultado de la Conferencia de El Cairo, se había incrementado el papel de las organizaciones no gubernamentales en la elaboración, ejecución, supervisión y evaluación de los programas nacionales de salud reproductiva.

49. Por la información recibida de 78 países, está claro que la intervención de las organizaciones no gubernamentales es muy distinta según los países. Parece que hay una tendencia a una mayor intervención de esas organizaciones, incluso en los países en los que éstas prácticamente no existían antes de la Conferencia. En varios países trabajaban también en la esfera de la salud reproductiva organizaciones no gubernamentales internacionales, que complementaban o suplementaban los servicios que prestaban las entidades gubernamentales y/o por conducto de organizaciones no gubernamentales de ámbito nacional.

50. En muchos de los países que respondieron a la encuesta, las organizaciones no gubernamentales habían prestado y seguían prestando gran cantidad de servicios de salud reproductiva, así como información y educación, con lo que se incrementaba tanto la demanda de esos servicios como el acceso a ellos. La Asociación para el Bienestar de la Familia de Togo tenía una clínica modelo para demostrar el enfoque integrado de los servicios de salud reproductiva y planificación de la familia por medio de la prestación de servicios, la capacitación y la investigación, y tenía el proyecto de establecer clínicas modelo regionales en otros cuatro distritos del país. En Maldivas, la primera clínica de planificación de la familia del país la estableció en enero de 1995 una organización no gubernamental de ámbito nacional.

51. De la información recibida parece deducirse que las organizaciones no gubernamentales habían llegado a ser socios eficaces para los gobiernos mediante su intervención en los mecanismos de seguimiento, como comités o consejos nacionales, creados en varios países para coordinar la ejecución a escala nacional del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Al mismo tiempo, las organizaciones no gubernamentales habían estado colaborando y estableciendo redes con frecuencia creciente a fin de incrementar su influencia en la formulación y ejecución de los proyectos. Como ejemplo cabe citar el caso de Etiopía, donde 11 organizaciones no gubernamentales habían establecido un Consorcio de organizaciones no gubernamentales sobre planificación de la familia.

52. Tradicionalmente, las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un importante papel al facilitar información y prestar servicios a los segmentos de la sociedad que estaban desatendidos por los programas gubernamentales oficiales, como los pobres, los adolescentes, los trabajadores del comercio sexual o las parejas y hombres no casados, o al centrarse en

cuestiones sensibles o controvertidas, como las prácticas dañinas tradicionales contra las mujeres, la violencia contra las mujeres y el aborto. El sector no gubernamental ha desempeñado con frecuencia un papel pionero en cuanto a enfocar de manera innovadora cuestiones relacionadas con la salud de la mujer, la procreación y la planificación de la familia.

53. En unos momentos en los que se están reduciendo los recursos públicos dedicados a inversiones en el sector social, incluido el sector de la salud, adquiere más importancia el papel de los sectores no gubernamental y privado. No obstante, algunos países informaron de que esa mayor demanda de que las organizaciones no gubernamentales se asociaran plenamente a la ejecución de los programas de salud reproductiva había llevado a una sobrecarga de esas organizaciones. Asimismo, algunos países notificaron que, como resultado del empeoramiento de la situación económica, se habían visto negativamente afectados los servicios que prestaban las organizaciones no gubernamentales. En otros países, éstas no habían sido capaces, debido a las limitaciones financieras, de llegar a segmentos amplios de la sociedad, especialmente las zonas rurales. Además, las dificultades financieras habían llevado a algunas organizaciones no gubernamentales a dejar de centrar su atención en los grupos objetivo de ingresos bajos y a hacerlo en los de ingresos medios.

54. Sobre la base de las respuestas recibidas, hay motivos para creer que la Conferencia ha influido en la labor de las organizaciones no gubernamentales. Como resultado del hincapié que hizo la Conferencia en un enfoque globalizador y completo de la salud reproductiva, las organizaciones no gubernamentales de tipo tradicional que se ocupaban de la planificación de la familia están ampliando cada vez más sus servicios para incluir en sus clínicas otros servicios de salud reproductiva, y se está impartiendo capacitación a su personal con respecto a las implicaciones de esta nueva concepción de la salud reproductiva.

VI. LA PROGRAMACION EN LA SALUD REPRODUCTIVA: RETOS Y LIMITACIONES

55. Aunque están en curso varias y notables iniciativas, las respuestas a la encuesta indican que muchos países siguen tropezando con enormes obstáculos o retos que necesitan resolverse de manera que esos países puedan aplicar las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en la esfera de la salud reproductiva. En general, esos obstáculos pueden dividirse en tres categorías: a) factores socioculturales; b) infraestructura y accesibilidad, y c) aspectos económicos y financieros.

Cuadro 4. Principales limitaciones con que se tropieza en la ejecución de los programas de salud reproductiva, por regiones o grupos

Región o grupo	Número de países que respondieron	Limitaciones		
		Factores socioculturales	Infraestructura y accesibilidad	Aspectos económicos y financieros
Africa subsahariana a/	33	29	26	21
Africa septentrional y Asia occidental	8	4	4	3
Asia y Oceanía b/	17	13	17	8
América Latina y el Caribe	17	12	10	6
Países con economías en transición c/	3	2	0	1
Total	78	60	57	29
Total como porcentaje del número de países que respondieron	100	77	73	50

Fuente: Encuesta del FNUAP, 1995

a/ Incluida Africa oriental, central, meridional y occidental.

b/ Incluida Asia oriental, sudoriental y sudcentral.

c/ Incluidos algunos países de Europa oriental y septentrional.

56. Como se indica en el cuadro 4, las limitaciones a la ejecución de los programas de salud reproductiva que con más frecuencia se mencionaron fueron los factores socioculturales, como la falta de sensibilización entre el público y también entre los profesionales y planificadores de la atención de la salud, y los valores culturales y tradicionales. También se notificó con frecuencia que las limitaciones de infraestructura, como la escasa coordinación entre los ministerios, la complejidad de las estructuras del sistema sanitario y la calidad y las aptitudes de los profesionales de la atención de la salud eran importantes obstáculos para una ejecución adecuada de los programas de salud reproductiva. También se citó en muchos informes, como factor que afectaba a los programas, lo limitado de los recursos financieros.

A. Factores socioculturales

57. Los niveles bajos de educación suelen contribuir a una escasa sensibilización acerca de la salud reproductiva. El analfabetismo y la deficiente condición de la mujer se mencionaron con frecuencia como factores inhibidores a la hora de aumentar la sensibilización con respecto al concepto de salud reproductiva. Asimismo, sobre la base de la información recibida, hay motivos para creer que no sólo a las instituciones y organizaciones sino también al público les resulta difícil reaccionar de manera pronta y adecuada a los cambios que se producen en los enfoques de la salud, en parte debido a la frecuencia con que se introducen nuevos términos y conceptos en esta esfera.

58. Los factores culturales pueden tener una profunda repercusión sobre la disponibilidad de información y servicios de salud reproductiva. Los sentimientos a favor de la natalidad en diversas partes del mundo han obstaculizado o limitado medidas concertadas y decisivas de los gobiernos para incrementar, desde la Conferencia, la disponibilidad de esa información y esos servicios. Otro factor que limitaba la prestación de servicios en esta esfera

reproductiva y la planificación de la familia. La oposición de los hombres, con frecuencia en combinación con objeciones religiosas, se citó con frecuencia como una razón por la que los gobiernos eran reacios a proyectar intervenciones. En diversos países era un factor importante la oposición formal o la resistencia directa de la jerarquía o el poder religiosos. Esa resistencia a la salud reproductiva procede a veces de ideas erróneas sobre el auténtico significado del concepto o de representaciones erróneas de posiciones religiosas con respecto a diferentes dimensiones de la población. Por último, en varios países en desarrollo la ausencia de médicos femeninos, particularmente en las zonas rurales, ha hecho que las mujeres no hayan acudido en busca de la información y los servicios de salud reproductiva.

B. Infraestructura y accesibilidad

59. En muchos de los países que respondieron a la encuesta, los gobiernos se enfrentaban a obstáculos o dificultades estructurales que limitaban su capacidad para aplicar programas de salud reproductiva. Como el concepto de salud reproductiva exige un enfoque globalizador y completo, la cooperación y la colaboración entre ministerios sectoriales son imprescindibles. La falta de coordinación entre los ministerios responsables fue uno de los obstáculos citados con más frecuencia para la elaboración y ejecución de una política global de salud reproductiva. En varios países se informó de que la coordinación con los donantes era limitada o escasa, y en muchos otros la adopción de decisiones oficiales seguía estando muy centralizada. Ello solía inhibir la intervención de funcionarios gubernamentales en los niveles bajos, como los de región o distrito, así como la participación del sector no gubernamental.

60. A veces, la estructura del ministerio responsable, que suele ser el Ministerio de Salud, no propicia la gestión y coordinación eficaces de los programas nacionales de salud reproductiva. En muchos ministerios de salud, los sistemas de información sobre la gestión son deficientes o no funcionan adecuadamente, lo que conduce a un nivel insatisfactorio de logística y acopio y análisis de datos. También la propia organización del sistema sanitario puede ser un obstáculo para la ejecución de los programas de salud reproductiva. La existencia de varios programas de salud verticales (por ejemplo, salud materno-infantil, atención primaria de la salud, prevención del VIH/SIDA), cada uno de ellos con sus propios compartimentos institucionales dentro de los ministerios de salud, puede ser un inconveniente para la integración de los servicios de salud reproductiva.

61. La limitada cobertura de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, la deficiencia de los sistemas de remisión o los sistemas de prestación de servicios y la falta de recursos humanos tienen asimismo mucho que ver con el limitado acceso a los servicios de salud reproductiva y la calidad de la atención que se presta en esos servicios. A ello hay que añadir el bajo nivel de motivación del personal, las frecuentes sustituciones y/o la movilidad del personal sanitario y la falta de aptitudes técnicas, que se citaron con frecuencia como obstáculos para la aplicación de un enfoque global de la salud reproductiva.

62. En algunos informes se mencionaba la discriminación contra las mujeres o los jóvenes como un factor que limitaba la capacidad de éstos para participar en la atención de la salud reproductiva. A veces, los que prestaban la atención de la salud eran reacios a ocuparse de las necesidades de salud (reproductiva) de las mujeres o los adolescentes. Asimismo, el supuestamente impropio tratamiento de las pacientes en los centros sanitarios en diversos países pone de manifiesto la falta de respeto por las necesidades y

perspectivas de la mujer. El tratamiento respetuoso de los pacientes en los centros de salud se considera como un elemento importante de la buena calidad de la atención. Cuando no existe ese trato, la gente está menos dispuesta a utilizar los servicios disponibles.

63. La situación geográfica de algunos de los países que respondieron a la encuesta constituye otra desventaja respecto de su capacidad para prestar servicios de salud reproductiva, especialmente a las zonas más remotas. Estados insulares, como Filipinas, y también países de gran extensión como Namibia, y países montañosos, como Nepal, notificaron que carecían de la infraestructura necesaria para abarcar todo su territorio.

C. Aspectos económicos y financieros

64. La insuficiencia de los recursos financieros nacionales para prestar servicios de salud reproductiva adecuados se mencionó con frecuencia como un factor que afectaba a las capacidades de los gobiernos para intervenir en el sector sanitario en general y en el de la salud reproductiva en particular. En varios países, las dificultades económicas impedían a los gobiernos asignar los recursos necesarios a los programas de salud reproductiva. Ello tenía a su vez efectos negativos sobre la prestación de los servicios y el acceso a ellos, sobre todo en forma de escasez de personal, suministros y otros materiales necesarios en los centros de salud y de escasa accesibilidad de los servicios debido a la limitada cobertura de los servicios sanitarios en todo el territorio del país de que se tratara.

65. En varios países, la falta de recursos nacionales se ve agravada aún más por la asignación de grandes proporciones del presupuesto gubernamental para el sector sanitario a los sueldos del personal. Puede ocurrir que hasta el 80% del presupuesto de salud se gaste en los sueldos del personal, lo que deja un 20% para actividades relacionadas con programas. Muchos países en desarrollo siguen dependiendo en gran medida de los donantes y, por consiguiente, son vulnerables a los cambios en las políticas o prioridades de éstos, así como a la situación política, social y económica de los países donantes.

66. Otros obstáculos económicos, en particular la pobreza y su manifestación al nivel de los hogares, han inhibido el acceso a los servicios de salud reproductiva. La pobreza tiene una profunda repercusión sobre la capacidad de la gente para recibir información y servicios de salud reproductiva. La pobreza no sólo limita el acceso (vinculado a los recursos económicos) de la gente a esa información y esos servicios, sino también su acceso a la educación, lo que contribuye a que en muchos países en desarrollo se ignore en gran medida el concepto de salud reproductiva.

VII. CONCLUSIONES

67. En el presente informe se ha examinado la ejecución de los programas de población en la esfera de los derechos reproductivos y la salud reproductiva un año después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la adopción de su Programa de Acción. La información recibida reveló que muchos gobiernos de países en desarrollo y de países con economías en transición habían adoptado medidas importantes para responder al llamamiento que se hacía en esta esfera en el Programa de Acción de la Conferencia. En casi dos terceras partes de los países que respondieron a la encuesta están en curso iniciativas encaminadas a ampliar la información y los servicios de planificación de la familia de manera que incluyan en sus programas otros elementos de la salud reproductiva.

68. La Conferencia ha contribuido también a cristalizar las cuestiones y ha actuado como catalizador. Temas que antes se ignoraban o simplemente se pasaban por alto han pasado a primera línea como resultado directo de la Conferencia y del Programa de Acción. Por ejemplo, aparentemente se está prestando una atención notablemente mayor a las necesidades y perspectivas de los adolescentes. No obstante, esas necesidades siguen siendo una cuestión sensible en muchos países. Las organizaciones no gubernamentales y juveniles están aparentemente colmando el vacío que dejan los gobiernos de los países en los que la salud reproductiva de los adolescentes sigue siendo una cuestión controvertida.

69. Otra cuestión que muchos países reconocen hoy como importante para una ejecución eficaz de los programas de salud reproductiva es el papel y la responsabilidad de los hombres en materias relacionadas por la sexualidad, la planificación de la familia, la paternidad, la vida familiar y la igualdad entre los sexos. Como se ha mencionado supra, están en curso numerosas iniciativas encaminadas a que los hombres participen en los programas existentes o a formular programas especiales para ellos. Aún es demasiado pronto para evaluar los logros de esos programas, pero la mayor atención que se presta a esta cuestión pone de manifiesto el serio compromiso que muchos gobiernos han adquirido con la ejecución de las recomendaciones de la Conferencia. El hecho de que sigan existiendo, y con frecuencia sean difíciles de superar, actitudes negativas entre los hombres hacia la salud reproductiva y cuestiones conexas justifica aún más la necesidad de abordar la participación masculina en esta esfera.

70. Un tercer tema que se está abordando cada vez más es la cuestión de la calidad de la atención en los programas de salud reproductiva/planificación de la familia. Los países han empezado a adoptar medidas para mejorar o medir la calidad de la atención que se presta a los clientes y han venido dedicando una mayor atención al estado material de los centros de atención de la salud. En muchos países, se está impartiendo capacitación al personal sanitario en materia de prestación de los servicios orientada al cliente y acerca de la importancia de la confidencialidad. Los gobiernos están respondiendo asimismo aún más a la necesidad de ampliar la disponibilidad de anticonceptivos distintos, de manera que se satisfagan las diferentes necesidades de los clientes a ese respecto.

71. El sector no gubernamental está desempeñando un importante papel en la ejecución de los programas de salud reproductiva. Parece que los gobiernos están más convencidos de las posibilidades y la competencia de las organizaciones basadas en la comunidad como agentes que complementan sus propios esfuerzos para llegar a segmentos de la población que están desatendidos o atendidos insuficientemente. Además, la propia Conferencia tuvo también una repercusión positiva en el sector no gubernamental, pues las organizaciones no gubernamentales están redefiniendo su papel, sus políticas y sus programas. El aumento de la demanda al sector no gubernamental puede llevar a una sobrecarga de las organizaciones de ese sector. En muchos países que respondieron a la encuesta, las organizaciones no gubernamentales de ámbito nacional seguían siendo débiles en materia de recursos, aptitudes y experiencia de su personal, así como en conocimientos especializados, lo que en consecuencia limitaba su capacidad para intervenir en la ejecución nacional de programas de salud reproductiva. En algunos países, los gobiernos ya han experimentado las limitaciones de las organizaciones no gubernamentales. En general se necesita hacer una evaluación crítica de las posibilidades de las organizaciones no gubernamentales nacionales para asociarse a los esfuerzos de desarrollo en general y de salud reproductiva en particular.

72. Pese a que hay signos alentadores de compromiso y dedicación respecto de la ejecución o fortalecimiento de los programas de salud reproductiva, el entorno socioeconómico y cultural no siempre es propicio para el cambio. Al nivel nacional, la pobreza generalizada restringe gravemente las capacidades de los gobiernos para ejecutar plenamente los programas de salud reproductiva y, al nivel individual, limita el acceso de la gente a los servicios sociales básicos, entre ellos la atención de la salud reproductiva. Sigue siendo necesario superar muchos obstáculos, y los países necesitan asistencia de la comunidad internacional, tanto en forma de recursos humanos como de recursos financieros, para hacer frente a esas limitaciones. Muchas de éstas tienen su origen en el entorno económico desfavorable al que se enfrentan la mayor parte de los países en desarrollo. Hay también limitaciones de carácter endógeno. Como indican las informaciones facilitadas por diversos países, unas burocracias masivas dificultan la aplicación de las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

73. Análogamente, es necesario mejorar la responsabilidad. La ejecución de los programas de salud reproductiva exige una coordinación sectorial al nivel del gobierno central. Está claro que la situación económica difícil y a veces desfavorable a que se enfrentan muchos países en desarrollo y países con economías en transición, la reducción de los recursos que asigna la comunidad internacional de donantes para asistencia oficial al desarrollo (AOD) y las desfavorables condiciones internas son todos aspectos que han de abordarse enérgicamente para que se puedan ejecutar de manera satisfactoria los programas de salud reproductiva y se pueda llegar al objetivo de salud reproductiva en el año 2015.

74. Ante la falta de indicadores claros, resulta difícil supervisar los programas de población en general y medir en particular los progresos realizados en la ejecución de los programas de salud reproductiva. Es muy necesario elaborar indicadores en esferas tales como la igualdad entre los sexos, la salud reproductiva, la participación de la mujer, la intervención de los hombres y la movilización de recursos.

75. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se alienta a los gobiernos a que se comprometan, al más alto nivel político, a alcanzar las metas y objetivos del Programa de Acción y a asumir el papel principal en lo que respecta a coordinar la realización, el seguimiento y la evaluación de las actividades complementarias (párr. 16.7). En estudios realizados anteriormente por las Naciones Unidas se ha subrayado la importancia que tiene el compromiso político para el éxito de las intervenciones en la esfera de la población y el desarrollo 4/. Debido a la importancia de sostener el compromiso político, a todos los niveles de la sociedad, con la ejecución de los programas de salud reproductiva, ese compromiso debe extenderse de manera que incluya no sólo a la administración central, sino también a los funcionarios públicos de diversos niveles, así como a los parlamentarios, los dirigentes locales y de la comunidad, los sindicatos y los medios de comunicación. La aplicación satisfactoria de las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo depende del compromiso de todos los grupos que componen la sociedad civil.

Notas

1/ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta S.95.XIII, 18) cap. I, resolución 1, anexo.

2/ Al 1º de diciembre de 1995 se habían recibido informes de los 78 países siguientes: Argelia, Argentina, Bangladesh, Benín, Bhután, Bolivia, Brasil, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Comoras, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, China, Chipre, Ecuador, Egipto, El Salvador, Etiopía, Fiji, Filipinas, Gambia, Ghana, Guatemala, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Haití, Honduras, India, Indonesia, Iraq, Jamaica, Jordania, Camboya, Kenya, Lituania, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Marruecos, Mauricio, Mauritania, México, Mongolia, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Nicaragua, Níger, Pakistán, Panamá, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, República Unida de Tanzania, República Democrática Lao, República Islámica del Irán, Rumania, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán, Togo, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Uganda, Uruguay, Viet Nam, Zaire, Zambia y Zimbabwe.

3/ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (A/CONF.177/20), cap. I, resolución 1, anexo II.

4/ Los informes nacionales sobre población y desarrollo presentados a la secretaría de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo pusieron de manifiesto que ese compromiso se había incrementado notablemente a largo de los últimos 20 años. Al mismo tiempo, en la mayor parte de los informes nacionales se hace hincapié en la necesidad de un apoyo político aún mayor a las cuestiones de población, particularmente mediante un aumento de los gastos sociales del sector público (véase el informe del Secretario General la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo acerca de la síntesis de los informes nacionales sobre población y desarrollo (A/49/482), párr. 57).