



**Junta Ejecutiva
del Programa de las
Naciones Unidas para
el Desarrollo y del
Fondo de Población de
las Naciones Unidas**

Distr.
GENERAL

DP/FPA/1997/12
10 de julio de 1997
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

Tercer período ordinario de sesiones de 1997
Nueva York, 15 a 19 de septiembre de 1997
Tema 8 del programa provisional
FNUAP

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA CIPD: CONSECUENCIAS
DE LOS DÉFICIT EN LOS RECURSOS HASTA EL AÑO 2000

Informe de la Directora Ejecutiva

ÍNDICE

	<u>Página</u>
RESUMEN SINÓPTICO	2
I. INTRODUCCIÓN	3
II. METODOLOGÍA E HIPÓTESIS	5
III. CONSECUENCIAS DE LOS DÉFICIT DE RECURSOS	8
IV. LOS PRÓXIMOS CUATRO AÑOS	21
V. CONCLUSIÓN	25
VI. ELEMENTOS PARA UNA DECISIÓN	26



RESUMEN SINÓPTICO

1. El FNUAP presentó un documento de sesión (DP/FPA/1997/CRP.1) a la Junta Ejecutiva en su período de sesiones anual, celebrado en mayo de 1997. La Junta examinó el documento con interés y pidió que se profundizara el análisis y se precisaran los datos y la metodología. La Junta pidió además que se le presentara el informe revisado en su tercer período ordinario de sesiones de 1997 (decisión 97/20). El presente documento se elaboró en respuesta a esa solicitud. El informe va acompañado de un anexo en el que se explican los datos, la metodología y las hipótesis que se han utilizado; contiene también cuadros y gráficos en los que se muestran las consecuencias de los déficit de recursos, los índices según los cuales se estimaron esas consecuencias y las modalidades que podría asumir la asistencia de los donantes en el año 2000. Se proporciona asimismo una lista compuesta de la bibliografía que se utiliza en el texto, los cuadros y gráficos, las cifras y las notas del informe.
2. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se determinó un programa integral de actividades en materia de población y desarrollo, incluidas acciones públicas, privadas y cívicas para los servicios de salud reproductiva, la reducción de la mortalidad, la potenciación de la mujer, la erradicación de la pobreza y el adelanto de la educación. De allí surgió un nuevo paradigma de población y desarrollo, que se apartaba de una atención exclusiva hacia cuestiones y metas demográficas, para colocar el bienestar de cada mujer y cada hombre en el centro del desarrollo sostenible. En el Programa de Acción de la CIPD se reconoció la importancia de las metas demográficas para el desarrollo a macroescala, pero se destacó que para lograrlas en mejores condiciones era menester satisfacer las necesidades de los individuos e intensificar el papel de todos los grupos de la sociedad civil en el logro del desarrollo sostenible.
3. El Programa de Acción de la CIPD constituyó un plan de acción con un horizonte a 20 años, basado en un marco general de derechos humanos, para alcanzar una amplia gama de metas: acceso universal a servicios de salud genésica de calidad, incluidos servicios de planificación voluntaria de la familia, de modo que al concluir el período 1995-2015 todas las parejas que así lo desearan pudieran tener acceso a servicios eficaces y costeables; reducción de las tasas de mortalidad de lactantes, niños y madres; equidad e igualdad de género, con potenciación de la mujer; el mayor acceso posible de niñas y mujeres a la educación secundaria y superior; y educación primaria universal. Se aceptó como componente central de este plan de desarrollo un conjunto básico de programas integrados de población y salud genésica.
4. En el Programa de Acción se especificaron los recursos financieros (nacionales y de donantes) necesarios para llevar a la práctica el conjunto de medidas relativas a la población y la salud genésica a lo largo del período de 20 años: 17.000 millones de dólares de los EE.UU. en el año 2000 (hasta llegar a 21.700 millones de dólares en 2015). Los recursos aumentaron considerablemente en 1994 y 1995 y en 1995 se movilizaron alrededor de

9.500 millones de dólares. Se ha manifestado la preocupación, basada en datos incompletos, de que no se haya mantenido esta tendencia después de 1995.

5. En el presente informe se analizan las consecuencias probables que acarrearía el no alcanzar las metas del Programa de Acción de la CIPD en razón de los déficit de recursos. Se proyectan algunos resultados fácilmente cuantificables sobre la base de tres hipótesis verosímiles de la futura movilización de recursos hasta el año 2000. Entre esas consecuencias probables se encuentran las siguientes:

- En el año 2000 habrá entre 44 y 80 millones de individuos o parejas adicionales que no usarán ningún tipo de método anticonceptivo;
- En el período comprendido entre 1995 y 2000 habrá de 130 a 230 millones adicionales de embarazos no deseados o no previstos;
- En el período comprendido entre 1995 y 2000 habrá de 50 a 90 millones adicionales de abortos provocados;
- Entre 1995 y 2000 habrá de 59 a 110 millones adicionales de alumbramientos no previstos;
- Entre 1995 y 2000 se registrarán de 300.000 a 540.000 defunciones adicionales de madres derivadas de la maternidad;
- Entre 1995 y 2000 se registrarán de 4,9 a 8,9 millones adicionales de defunciones de lactantes y niños.

I. INTRODUCCIÓN

6. El principal objetivo del presente informe es ilustrar las consecuencias concretas en materia de población y salud genésica que se producirían si la comunidad internacional no da cumplimiento al Programa de Acción emanado de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se celebró en El Cairo (Egipto) en septiembre de 1994. El Programa se elaboró, entre otras cosas, para ayudar a los países en desarrollo y a los países con economía en transición a satisfacer la demanda futura de servicios de salud genésica y planificación de la familia y de información en esa materia, incluida la prevención de las enfermedades venéreas. En el Programa de Acción se fijó un cronograma de metas financieras para que tanto los países en desarrollo como los desarrollados movilizaran los recursos que se necesitarían para satisfacer esa demanda en aumento. Ambas partes del Programa de Acción se relacionan entre sí: si no se moviliza la cantidad de recursos previstos, los países en desarrollo no podrán alcanzar las metas del Programa de Acción en cuanto a las opciones de procreación y a los resultados de la reproducción. Por consiguiente, el objetivo del presente informe es cuantificar las consecuencias que tendrían los déficit de recursos en un determinado conjunto de indicadores de los resultados del proceso de producción.

7. El Programa de Acción estableció en sus párrafos 13.15 y 14.11 el consenso internacional acerca de la futura movilización de recursos correspondientes al período 1995-2015 (en miles de millones de dólares por año), a saber:

	2000	2005	2010	2015
Recursos nacionales	11,3	12,4	13,7	14,5
Asistencia de países donantes	5,7	6,1	6,8	7,2
Total de recursos necesarios	17,0	18,5	20,5	21,7

Quedó acordado en el Programa de Acción (párr. 13.16) que los países donantes y los países en desarrollo aportarían una tercera parte y dos terceras partes de los recursos respectivamente. Se reconoció a la vez que variaba mucho la capacidad de cada país para asignar recursos nacionales a la ejecución del Programa de Acción. Se previó claramente, por ejemplo, que en los países menos adelantados y en otros países de bajos ingresos, incluidos muchos del África al sur del Sáhara, una parte relativamente mayor del total de recursos necesarios habría de provenir de fuentes externas, aportada en condiciones de favor o como donaciones.

8. El logro de un firme consenso en El Cairo acerca de un programa centrado en cuestiones de población y salud genésica y un plan convenido de movilización de recursos produjo un cierto optimismo de que se encararían esas cuestiones de forma concertada y con arreglo a un plan pragmático de 20 años. Así, en un informe sobre las corrientes de recursos presentado recientemente durante el período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo se indicó que tanto en 1994 como en 1995 se habían registrado aumentos sustanciales y alentadores de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) y de otros recursos internacionales destinados a actividades de población, que llegaron en 1995 a 2.000 millones de dólares (documento E/CN.9/1997/6). En el informe también se analizó alguna información parcial sobre las corrientes financieras nacionales en los propios países en desarrollo. Las estimaciones preliminares aproximadas de las corrientes nacionales de fondos correspondientes a 1995 indican que tal vez las asignaciones gubernamentales destinadas a cuestiones de población hayan sido del orden de los 6.400 millones de dólares, a los que se agregarían 1.100 millones de dólares provenientes del sector privado nacional. Esto se traduce en un nivel total de recursos de fuentes internacionales y nacionales de 9.500 millones de dólares en 1995¹. Si los datos que se están recopilando en la actualidad confirman esas cifras, significaría que los países receptores aportaron en 1995 alrededor del 78% del total de los recursos destinados a cuestiones de población (7.500 millones de dólares del total de 9.500 millones de dólares), una proporción superior al 67% convenido en El Cairo para el año 2000.

9. Pese a ello, en el informe de la Comisión también se señala que parecen haber disminuido las corrientes de recursos externos en 1996. Evaluaciones preliminares de la situación en 1997 parecen confirmarlo, en particular respecto

de los aportes de la comunidad de donantes en su conjunto. En una reunión de países donantes convocada por el FNUAP y celebrada en marzo de 1997, varios países manifestaron su preocupación por el descenso registrado y las consecuencias negativas que acarrearía la movilización insuficiente de recursos para los planes de población y desarrollo - una de las esferas más eficaces y de mayor rendimiento en función de los costos de la asistencia para el desarrollo durante los últimos 25 años. Numerosos países representados en esa reunión pidieron al FNUAP que efectuara un análisis cuantitativo de las consecuencias que acarrearía para la ejecución del Programa de Acción de la CIPD el hecho de que la comunidad de donantes no aportara la proporción que le corresponde según las metas de movilización de recursos para el año 2000 fijada en la CIPD.

10. En respuesta a esa solicitud, el FNUAP presentó un documento de sesión (DP/FPA/1997/CRP.1) a la Junta Ejecutiva en su período de sesiones anual, celebrado en mayo de 1997. Se desprende del tratamiento del tema del documento por la Junta que lo consideró sumamente importante. La Junta pidió que se profundizara el análisis, se desarrollara la metodología y se precisaran los datos utilizados. El presente informe se elaboró en respuesta a la solicitud de la Junta Ejecutiva.

II. METODOLOGÍA E HIPÓTESIS

11. La metodología empleada para calcular las consecuencias negativas de los déficit de recursos hasta el año 2000 se basa en la que se utilizó durante los preparativos para la propia CIPD a fin de estimar las necesidades de recursos (UNFPA, 1994b). En el Programa de Acción se determinaron cuatro componentes a los que se destinaría el total de 17.000 millones de dólares necesario para el año 2000: a) el costo del componente de servicios de planificación de la familia se estimó en 10.200 millones de dólares; b) el costo del componente de servicios básicos de salud genésica se estimó en 5.000 millones de dólares; c) el costo del componente relativo al programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA se estimó en 1.300 millones de dólares, y d) el costo del componente de investigación básica, reunión de datos y análisis de políticas de población y desarrollo se estimó en 500 millones de dólares². Para las estimaciones del primer componente - servicios de planificación de la familia -, que es el de mayor magnitud, se utilizó una metodología que tiene en cuenta el derecho de procreación y se basa en las necesidades no satisfechas de servicios de planificación de la familia, manifestadas por los propios individuos y parejas. Para estimar la demanda sin satisfacer de servicios de planificación de la familia se efectuó un análisis a nivel regional. A esto se sumaron las proyecciones de los costos anuales por usuario de métodos anticonceptivos y por región, para obtener las estimaciones a nivel mundial de las necesidades anuales de recursos. Se empleó una metodología elaborada en el Banco Mundial para hacer otras proyecciones respecto de la evolución futura de la frecuencia del uso de anticonceptivos y la demanda no satisfecha.

12. Los datos extraídos de encuestas demográficas y de salud, elemento fundamental de la metodología de determinación de costos, indican que, sobre la base del número de mujeres casadas que no utilizan la planificación de la

familia, la necesidad no satisfecha de anticonceptivos oscila del 14% de las parejas casadas en el Brasil, Colombia, Indonesia y Sri Lanka hasta más del 35% en Bolivia, Ghana, Kenya y el Togo. Se considera por lo general que estas cifras, así como las que se basan en la anterior Encuesta mundial sobre la fecundidad, son demasiado bajas ya que no incluyen a los adultos y adolescentes solteros sexualmente activos. En numerosos países, los adolescentes, las personas solteras y los hombres en general carecen de acceso adecuado a servicios de planificación de la familia. Las estadísticas sobre el aborto contienen otros sólido indicio de la necesidad no satisfecha de servicios de planificación de la familia: las mujeres recurren con frecuencia al aborto debido a la falta de servicios de métodos anticonceptivos, a que no les satisfacen los servicios existentes, a que el anticonceptivo no ha funcionado bien o lo han empleado mal, o a que carecen de apoyo para sus propios deseos de procreación.

13. El costo de los servicios por usuario es la otra variable principal en el cálculo de los recursos necesarios para el componente de servicios de planificación de la familia del Programa de Acción. Por otra parte, en varios países se han realizado estudios de los gastos de los servicios de planificación de la familia por usuario de métodos anticonceptivos y estos estudios muestran que los costos varían considerablemente de un país a otro. Por ejemplo, en el Ecuador, donde se presta servicios a 435.000 usuarios de métodos anticonceptivos modernos, se estimó que el gasto anual medio por usuario habría sido de 14 dólares en el período 1990-1994. En Bangladesh, donde se atiende a más de 5 millones de usuarios de métodos anticonceptivos modernos, el gasto anual por usuario ascendió a unos 13 dólares en 1986-1990. Los datos correspondientes a Filipinas, en donde se estima que se presta servicios a unos 2,3 millones de usuarios de métodos anticonceptivos modernos, muestran que en 1994 el gasto anual medio por usuario fue superior a 21 dólares. El gasto anual por usuario de servicios de planificación de la familia en Ghana, en donde había casi 260.000 usuarios de métodos anticonceptivos modernos, alcanzó a 27 dólares en 1993. Por otra parte, en Côte d'Ivoire, donde hay algo más de 83.000 usuarios de métodos anticonceptivos modernos, se gastaron más de 50 dólares por usuario en 1994³.

14. En el presente informe se analizan mediante este enfoque básico diversas consecuencias de los déficit a partir de las estimaciones de las necesidades totales de recursos. En el anexo del informe se explica con pormenores la metodología empleada para efectuar las estimaciones cuantitativas de las consecuencias de los déficits de recursos y se proporciona una bibliografía completa respecto de las fuentes de datos de los cálculos; también se examinan los supuestos en que se fundan los cálculos. Esa metodología sigue fielmente otra metodología, en la que se basa, elaborada en el Instituto Alan Guttmacher para examinar las reducciones de la asistencia internacional para actividades en materia de población de los Estados Unidos de América⁴. Como se señala en el anexo, las estimaciones numéricas que se obtienen mediante esta metodología son aproximativas: ha de interpretarse que indican el orden de magnitud de cada consecuencia concreta de los déficit de recursos.

15. En este documento se analizan tres hipótesis relativas a posibles cursos futuros de la movilización de recursos para el período 1995-2000. Como ya se indicó, las corrientes financieras nacionales con destino a actividades en materia de población ascendieron aproximadamente a 7.500 millones de dólares (incluidas las estimaciones de recursos privados) y las corrientes de AOD ascendieron a unos 2.000 millones de dólares, con un total de 9.500 millones de dólares provenientes de fuentes nacionales e internacionales. En el período 1990-1995, la asistencia internacional aumentó de 1.100 millones a 2.000 millones de dólares es decir, en aproximadamente 1.000 millones de dólares. En la primera hipótesis, hipótesis de tendencia de crecimiento constante, se supone la misma tasa de crecimiento observada hasta el año 2000, momento en el cual la asistencia internacional se habría incrementado hasta 3.600 millones de dólares, o sea 2.100 millones de dólares menos que la meta convenida en la CIPD. En esta hipótesis se supone además que los recursos nacionales de los países receptores han de seguir creciendo y han de llegar a la meta de 11.300 millones de dólares estipuladas en la CIPD.

16. Habida cuenta de los recientes indicios de que las corrientes de recursos externos van disminuyendo, también se ha elaborado una segunda hipótesis, titulada hipótesis de crecimiento intermedio. Con arreglo a esta hipótesis, se supone que la asistencia externa futura ha de aumentar a una tasa inferior al 20% a la adoptada en la hipótesis anterior y que en el año 2000 llegará sólo a 2.800 millones de dólares. Esta hipótesis también supone una tendencia ajustada en las corrientes internas de los países receptores, que llegarían a 11.300 millones de dólares en el 2000. Finalmente, se propone una tercera hipótesis, hipótesis de crecimiento lento, a fin de analizar las repercusiones de un crecimiento más lento de los recursos nacionales destinados a cuestiones de población, sumado al escaso crecimiento de la asistencia de los donantes descrita en la primera hipótesis. En esta hipótesis se supone una tasa de crecimiento anual del 5% de las asignaciones de recursos nacionales (en lugar del 8,5% adoptado en las dos primeras hipótesis). En el cuadro que figura a continuación se resumen las tres hipótesis (véase también el gráfico I).

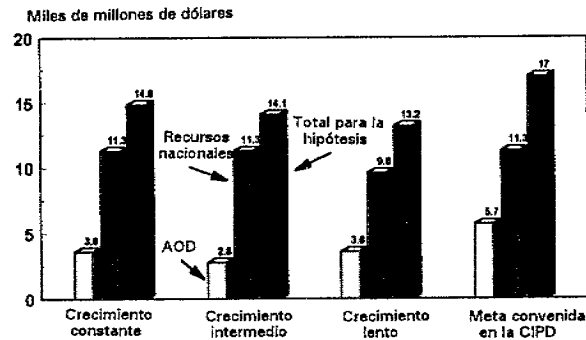
Movilización de recursos para el año 2000

(En miles de millones de dólares)

Hipótesis	Recursos aportados por donantes	Recursos nacionales	Total de los recursos	Déficit
1. Tendencia de crecimiento constante	3,6	11,3	14,9	(2,1)
2. Crecimiento intermedio	2,8	11,3	14,1	(2,9)
3. Crecimiento lento	3,6	9,6	13,2	(3,8)

Gráfico 1

Niveles de movilización de recursos:
tres hipótesis para el año 2000



17. Las tres hipótesis propuestas en el presente informe se basan en tres conjuntos distintos de supuestos acerca de los niveles posibles de movilización de recursos destinados a la ejecución del programa de la CIPD. Si bien en el informe no se concluye cuál de las hipótesis posibles podría materializarse, sí se indica que las consecuencias de un cumplimiento parcial de las metas fijadas en la CIPD variarán sobremanera, en función del grado en que la movilización mundial de recursos sea inferior a las metas convenidas.

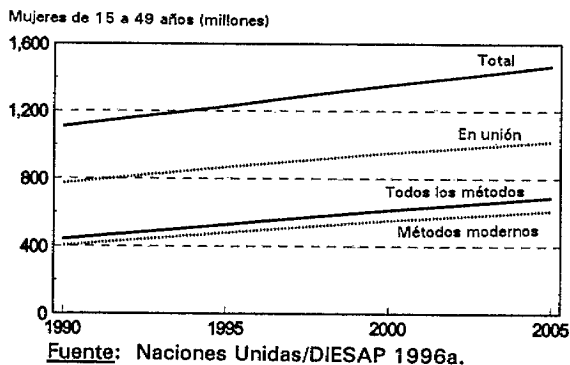
III. CONSECUENCIAS DE LOS DÉFICIT DE RECURSOS

18. En la presente sección se presentan las principales conclusiones analíticas relativas a las consecuencias del déficit de movilización de recursos con respecto a las metas convenidas en la CIPD. Menores niveles de recursos implicarían necesariamente que el programa de la CIPD no podría ejecutarse cabalmente, con lo que se retrasaría la consecución de las metas convenidas en la CIPD y se agravarían varias cuestiones vinculadas con el proceso de reproducción. El presente informe se concentra en algunas de las consecuencias que acarrearía la ejecución incompleta del programa de la CIPD, entre ellas las reducciones del número de posibles usuarios de servicios de planificación de la familia y el aumento del uso de anticonceptivos tradicionales así como del no uso de anticonceptivos, los aumentos de embarazos no deseados, un mayor número de abortos provocados, los aumentos del número de alumbramientos no previstos, el incremento de las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad, y el incremento de las tasa de mortalidad de lactantes y niños. (Véanse los cuadros 1 y 2 del anexo en relación con una lista combinada de esas consecuencias y un resumen de los índices utilizados para estimar las consecuencias, respectivamente.) Todas esas consecuencias dimanarían de los cambios previstos en el número de individuos o parejas que utilizan diversos métodos anticonceptivos. Otra consecuencia, el lento adelanto de los servicios de salud genésica, tendría otros efectos, aunque más difíciles de cuantificar. El Fondo está tratando de analizarlos más a fondo, sobre la base de que los servicios integrales y de alta calidad de salud genésica son un componente necesario e importante de cualquier servicio de atención básica de la salud.

19. En el gráfico IIa se indica el aumento previsto en el número de mujeres entre 15 y 49 años residentes en países en desarrollo y países con economía en transición entre 1990 y 2005. Hacia el año 2000 habría 1.350 millones de mujeres en edad de procrear y de ellas 950 millones estarán casadas o en una unión consensual estable. A lo largo del período de 15 años indicado en el gráfico IIa, el número de mujeres casadas en edad de procrear en los países desarrollados y los países en transición aumentará en aproximadamente un tercio. Las líneas en la parte inferior del gráfico IIa indican el aumento previsto del número de individuos o parejas que recurrirán a la planificación de la familia. Se calcula que en 1995 había unos 470 millones de usuarios de anticonceptivos en los países en desarrollo y unos 60 millones en países en transición. La tendencia ascendente en el total de usuarios de anticonceptivos y en el total de usuarios de anticonceptivos modernos depende del éxito del plan de la CIPD a 20 años en cuanto a poner servicios de calidad de salud genésica y planificación de la familia al alcance de todas las parejas e individuos hacia el año 2015. Por ende, se pronostica que en el año 2000, entre 610 millones y 640 millones de parejas estarán utilizando anticonceptivos, si los recursos convenidos en la CIPD se movilizan realmente a partir de fuentes nacionales e internacionales, y se destinan a la ejecución del Programa de Acción.

Gráfico IIa

Estimaciones y proyecciones del número de mujeres de entre 15 y 49 años

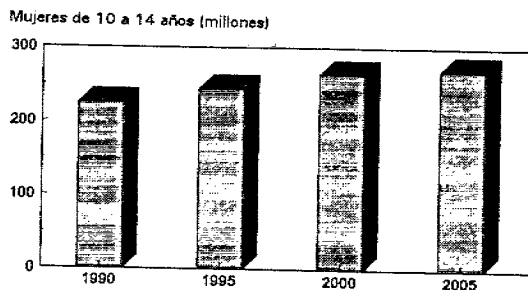


20. En el gráfico IIb se nombra la manera en que también aumentará el número de mujeres adolescentes entre 10 y 14 años en el período 1990-2005. La medida en que se ejecute plenamente el Programa de Acción como para incluir las necesidades de esta cohorte cada vez más numerosa de mujeres jóvenes determinará en gran parte hasta qué punto se habrían de alcanzar en definitiva los objetivos de la CIPD. El acceso a la educación en condiciones de igualdad, la eliminación de los prejuicios basados en el género, así como la orientación y comunicación adecuadas en materia de inquietudes sexuales y salud genésica para los adolescentes constituyen elementos de un programa integrado encaminado a

transformar la salud genésica en uno de los logros perdurables y a largo plazo de la CIPD.

Gráfico IIb

Estimaciones y proyecciones del número de mujeres adolescentes entre 10 y 14 años



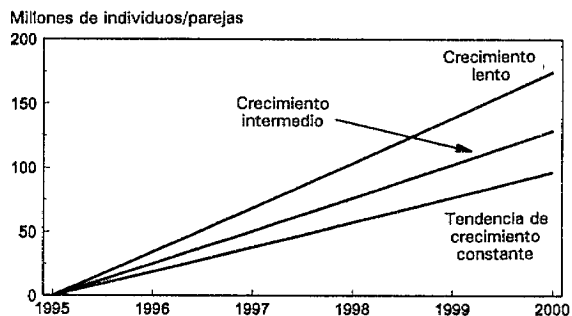
Fuente: Naciones Unidas/DIESAP 1996a.

Reducción del número de posibles usuarios de servicios de planificación de la familia

21. Como se indica en el gráfico III⁵, al reducirse el nivel de movilización de recursos por debajo de lo previsto en el Programa de Acción de la CIPD, habría enormes consecuencias hacia el año 2000. En este gráfico se indican las reducciones netas del número de individuos o parejas que posiblemente habrían optado por utilizar un método anticonceptivo con fines de planificación de su familia, pero que no estarán en condiciones de hacerlo debido a una menor disponibilidad de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia y a un menor acceso a dichos servicios, causados a su vez por los déficit de recursos. En el año 2000, la menor movilización de recursos que entraña la hipótesis de tendencia de crecimiento constante (un déficit de 2.100 millones de dólares) afectaría negativamente a unos 97 millones de parejas. Si los recursos aportados por los donantes a actividades de población resultaran aún más restringidos, como se indica en la hipótesis de crecimiento intermedio (un déficit de 2.900 millones de dólares), el efecto sobre las opciones de procreación en los países en desarrollo sería aun más sombrío: aproximadamente 130 millones de mujeres y parejas se verían privadas de acceso a servicios de planificación de la familia hacia el año 2000. Según la hipótesis de crecimiento lento, esas consecuencias serían sufridas por 170 millones de posibles usuarios.

Gráfico III

Individuos/parejas que no utilizan anticonceptivos debido al déficit de recursos



22. Dichas cantidades representan proporciones apreciables del número total de parejas que, según las hipótesis de la CIPD, estarían utilizando servicios de planificación de la familia en el año 2000. Incluso si se materializara la menos grave de las tres hipótesis (tendencia de crecimiento constante), la cantidad de parejas que tienen acceso a servicios de salud genésica y de planificación de la familia y que los utilizan disminuiría en un 16%. Con arreglo a la hipótesis de crecimiento intermedio, se verían privadas de acceso un 21% de las parejas y, en la hipótesis del peor de los casos que se presenta aquí (crecimiento lento), la cantidad de posibles usuarios de anticonceptivos disminuiría en casi un 30%.

Aumento del número de parejas que utilizan métodos tradicionales

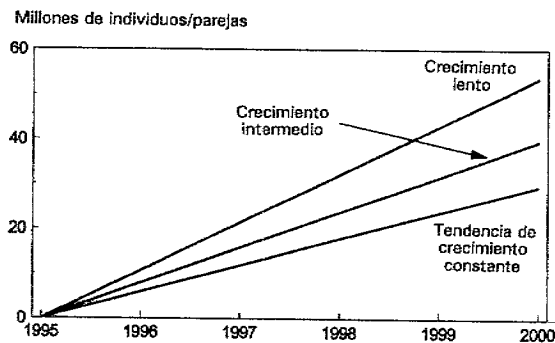
23. No todos los individuos ni todas las parejas que están privados de acceso a servicios de planificación de la familia y a los diversos métodos modernos prescindirán de otros medios anticonceptivos. Aun cuando dichos servicios sean inaccesibles, una parte de esas personas, por propia iniciativa, utilizarán métodos tradicionales, como la abstinencia periódica o la abstinencia. El cálculo de los usuarios de métodos tradicionales es importante debido a que esas parejas experimentan tasas mucho más altas de fracaso del método que los usuarios de métodos modernos. En un estudio en que se tomaron datos de 36 países, se estimó que la proporción de individuos y parejas que optaron por un método tradicional antes que por no usar ninguno llegaba al 20%. No obstante, en ese informe se duplicó tal proporción hasta el 40% para garantizar que la determinación de las consecuencias negativas fuera prudente (dado que los usuarios de métodos tradicionales están mejor protegidos que los que no usan ningún método contra los riesgos de embarazo).

24. En el gráfico IV se ilustra de qué manera aumentará el número de usuarios tradicionales con arreglo a las tres hipótesis de déficit de recursos. Incluso según la más optimista de las hipótesis (tendencia de crecimiento constante), el número de parejas que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales en lugar de métodos más eficaces aumentaría en 30 millones de parejas, hacia el año 2000. Con arreglo a la hipótesis menos favorable, los números se elevarían a

51 millones. En efecto, debido a circunstancias de menor accesibilidad a servicios modernos y costeables de planificación de la familia, todas esas parejas estarían adoptando contra su voluntad una solución lejana a la ideal para sus necesidades de procreación y corriendo el riesgo de que se produzcan resultados reproductivos no deseados.

Gráfico IV

Parejas adicionales que utilizan métodos tradicionales de anticoncepción

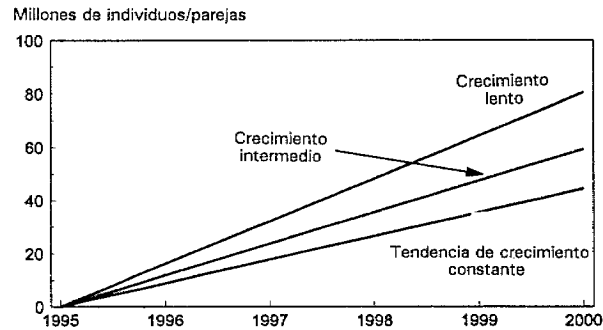


Aumento del número de personas que no utilizan anticonceptivos

25. Los millones de parejas restantes afectadas por la menor disponibilidad de servicios - las parejas que optarían por no utilizar un método tradicional - seguirán engrosando las filas de quienes no utilizan anticonceptivos. Esos son los individuos y personas que habrían obtenido información sobre salud reproductiva y habrían ejercido sus derechos de procreación a fin de planificar el espaciamiento y el número de embarazos, si hubieran dispuesto de servicios de salud genésica. La cantidad adicional de personas que no utilizan anticonceptivos resultante de aplicar las tres hipótesis sobre movilización de recursos se indican en el gráfico V. Hacia el año 2000, sus cantidades oscilan entre 44 millones (tendencia de crecimiento constante) y 80 millones (crecimiento lento) y constituyen un grupo que está en situación de riesgo particularmente alto con respecto a los embarazos no deseados o no previstos. Puede compararse el número adicional de quienes no utilizan anticonceptivos con los 340 millones aproximadamente de individuos/parejas que, según las proyecciones, no utilizarán métodos de planificación de la familia, aún si no se ejecutara plenamente el Programa de Acción.

Gráfico V

Parejas adicionales que no utilizan métodos anticonceptivos

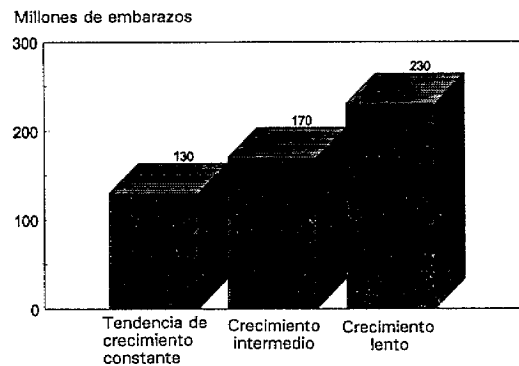


Aumento de los embarazos no planificados

26. Como resultado de no utilizar ninguna forma de anticoncepción o de utilizar métodos tradicionales, en todo el mundo en desarrollo habrá millones de parejas que tendrán embarazos no previstos o no deseados. La cantidad acumulativa⁶ de embarazos adicionales no planificados en el lapso 1995-2000 se indica en el gráfico VI para cada una de las tres hipótesis. Las cantidades que invitan a la reflexión, oscilan desde aproximadamente 130 millones de embarazos no planificados con arreglo a la hipótesis más favorable, hasta 230 millones, con arreglo a la peor hipótesis.

Gráfico VI

Número adicional de embarazos no previstos (1995-2000)



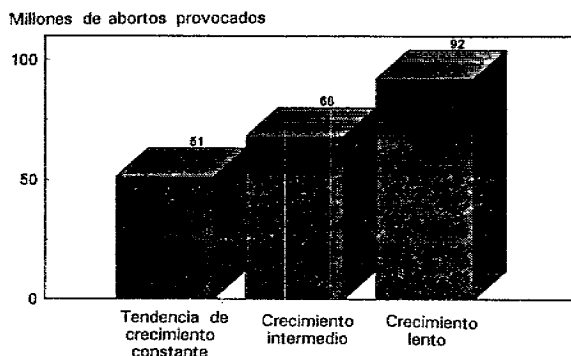
27. Incluso si no se tuvieran en cuenta los resultados directos de esos embarazos adicionales (véase *infra*), los costos que entrañan esas cantidades, en lo concerniente al aumento de la demanda de servicios de salud prenatal y los costos de oportunidad de tiempo de trabajo perdido y otros aportes sociales de las mujeres que quedan embarazadas, deben computarse como consecuencias negativas sustanciales de las grandes cantidades de embarazos adicionales no previstos.

Aumento de los abortos provocados en embarazos no deseados

28. Una consecuencia muy importante de la falta de acceso a los servicios de planificación de la familia es el aumento en el número de abortos provocados en embarazos no deseados. Como puede apreciarse en el gráfico VII, a lo largo del período 1995-2000 los totales acumulativos oscilan desde algo menos de 50 millones hasta casi 90 millones, en función de la hipótesis de recursos que se utilice⁷. Además de ser tragedias de inmensas proporciones para las mujeres que se someten a ellos, así como para los sistemas sanitarios de los países, los abortos también tienen costos enormes. El aborto en malas condiciones es un grave problema sanitario y por lo general las complicaciones de abortos en malas condiciones figuran entre las principales causas de hospitalización de las mujeres en el grupo en mejor edad de procrear⁸.

Gráfico VII

Número adicional de abortos en embarazos no planificados (1995-2000)



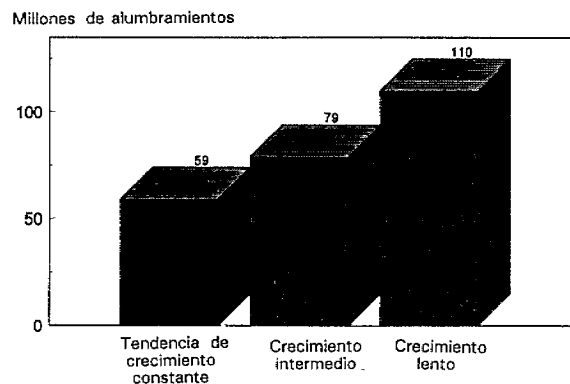
Incremento de los alumbramientos no deseados

29. Los totales acumulativos de alumbramientos no planificados y a menudo no deseados, resultantes de los grandes aumentos en el número de embarazos no planificados, figuran en el gráfico VIII, para las tres hipótesis. Como se indica en el gráfico, en el período 1995-2000, habrá entre 59 millones y 110 millones de alumbramientos adicionales no planificado, en función de la gravedad de los déficit de recursos⁹. Esas grandes cantidades entrañan sustanciales sobrecargas en lo concerniente a los riesgos de salud para la madre

en el momento del parto y los servicios de atención de la salud y una dilución general de los recursos destinados a inversiones en el capital humano de los niños que han nacido y de sus hermanitos. Esto es válido a microescala, en que las familias deben distribuir sus recursos entre mayor cantidad de hijos, al igual que a macroescala, dado que se sobrecargan las asignaciones presupuestarias del sector público destinadas a la infraestructura social.

Gráfico VIII

Número adicional de alumbramientos no planificados (1995-2000)

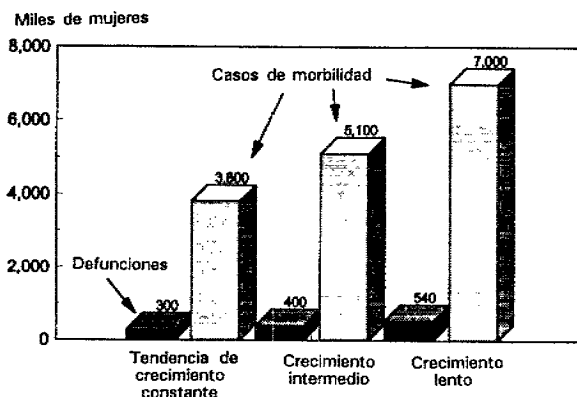


Incremento de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad

30. Otra consecuencia de una menor movilización de recursos para las actividades de aplicación de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que figura en estas tres situaciones hipotéticas, es la carga adicional para las madres que perderán la vida o sufrirán enfermedades de riesgo mortal vinculadas al embarazo y al parto (gráfico IX). También en este caso se indican estimaciones acumulativas para el período quinquenal, unas 300.000 a 540.000 defunciones adicionales. Un mayor número de defunciones maternas sería una grave consecuencia de la aplicación del programa de la CIPD con menos recursos que los proyectados. Solamente en el año 2000, las defunciones maternas adicionales oscilarán entre 99.000 y 180.000 muertes¹⁰, una parte considerable de las estimaciones anuales más recientes de la OMS sobre defunciones maternas (585.000), lo cual representa un incremento notable en el total mundial para ese año. Además de las muertes de madres relacionadas con el mayor número de embarazos no planificados, la falta de recursos tornará más difícil abordar las altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante medidas directas, tales como una mejor atención obstétrica de emergencia, una mejor atención prenatal y un mayor porcentaje de partos atendidos por un profesional de la salud.

Gráfico IX

Morbilidad y mortalidad adicionales derivadas de la maternidad (1995-2000)



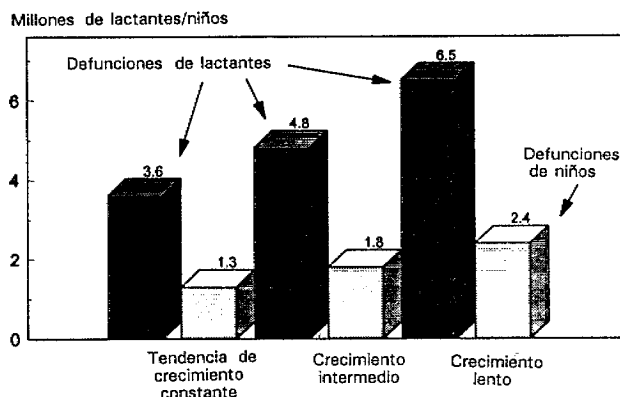
31. Si bien la incidencia de la morbilidad derivada de la maternidad no está bien estudiada y es de difícil medición, es varias veces superior a la tasa de mortalidad debida a la maternidad. Los resultados del análisis realizado para este informe indican que los déficit en los recursos podrían causar entre 3,8 millones y 7 millones de casos adicionales de morbilidad materna con riesgo de muerte, según la situación hipotética, en un período de cinco años¹¹. Solamente en el año 2000, el incremento del número de mujeres afectadas oscilará entre 1,3 millones a 2,3 millones, según la magnitud de la falta de recursos financieros.

Aumento de la mortalidad de lactantes y niños

32. En los países en desarrollo y los países con economía en transición nacen anualmente unos 125 millones de niños. De éstos, más de 7,5 millones mueren antes de cumplir el primer año, y otros 3,2 millones mueren antes de los cinco años de edad; en el período de cinco años comprendido entre 1995 y el año 2000, esto ascenderá a casi 38 millones de defunciones de lactantes y unos 16 millones de defunciones de niños. El gráfico X muestra las defunciones adicionales de lactantes y niños (de entre 1 y 4 años de edad) que se sumarán a estos totales si no se cumplen los objetivos fijados en el programa de acción para la CIPD. Incluso con arreglo a la hipótesis más optimista en cuanto a los recursos (la tendencia de crecimiento constante) puede preverse que en el lapso 1995-2000 perderán la vida otros 3,6 millones de lactantes y 1,3 millones de niños de corta edad¹². Esta cifra aumenta hasta 6,4 millones de lactantes y niños para la hipótesis del crecimiento intermedio y llega a casi 9 millones de defunciones si se aplica la hipótesis del crecimiento lento. Estas muertes adicionales serían una consecuencia directa de la gran cantidad de alumbramientos no planificados ya mencionada.

Gráfico X

Casos adicionales de mortalidad de lactantes y niños (1995-2000)



Consecuencias para el componente del Programa de Acción relativo a los servicios básicos de salud reproductiva

33. Hasta este momento, el análisis se ha centrado en las repercusiones del déficit de recursos para el componente de planificación de la familia del Programa de Acción de la CIPD. El segundo componente del conjunto de medidas previstas en el CIPD es el relativo a los servicios básicos de salud reproductiva, cuyo costo se estima en aproximadamente 5.000 millones de dólares en el año 2000. Después de la Conferencia de El Cairo, es mucho lo que se ha trabajado para colocar este componente en condiciones operacionales, incluido el trabajo sobre la acumulación de medidas e indicadores para la vigilancia de los servicios de salud reproductiva. No obstante, este tema es tan nuevo que se cuenta con muy pocos datos apropiados, y en algunas de las esferas operacionales aún se carece de claridad en las definiciones¹³. Por consiguiente, no es posible cuantificar en esta etapa los efectos de la falta de un pleno cumplimiento del Programa de Acción como se hizo para el componente de planificación de la familia. Por consiguiente, las consecuencias perjudiciales del déficit de recursos se describirán principalmente desde un punto de vista cualitativo.

34. En general, se prevé que los déficit de recursos han de limitar los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios, dado que es probable que los fondos se sigan destinando a mantener los servicios y las normas existentes. La falta de financiación suficiente afectará negativamente la gama de métodos anticonceptivos disponibles, la competencia técnica del personal, los intercambios de información entre los clientes y quienes prestan los servicios y las relaciones entre ellos. Además el déficit de los recursos tenderá a demorar la introducción de métodos anticonceptivos nuevos o mejorados. Las clínicas de planificación de la familia que no ofrecen una combinación de métodos anticonceptivos o que experimentan periódicamente un agotamiento de sus existencias de anticonceptivos no estarán en condiciones de prestar servicios adecuados a su clientela existente, ni de orientar a los usuarios interesados

hacia métodos apropiados a sus necesidades y deseos, ni de atraer nuevos clientes.

35. Los análisis de la situación indican que ciertamente la escasez de recursos ha afectado la calidad de los servicios de muchos programas, particularmente en cuanto a la planificación de la familia, que han sido los más estudiados. En muchos países, hay un gran porcentaje de centros de prestación de servicios que carecen de una infraestructura adecuada, de equipo básico, de suministros de anticonceptivos o de materiales educativos para prestar servicios de calidad. Muchos centros de prestación de servicios no están suficientemente dotados de personal competente y capacitado en los métodos y técnicas más modernos.

36. En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, un gran porcentaje de los centros de prestación de servicios de todo el país carecían, en 1992, de equipo básico para ofrecer servicios de calidad de planificación de la familia. Más de las tres cuartas partes de los centros de salud y hospitales carecían de espéculos, un tercio carecía de guantes descartables y el 22% y el 15%, respectivamente, no tenían estetoscopio. La ausencia de este equipo básico constituye una importante barrera que se opone a la ampliación de los servicios en el país y la prestación de servicios de calidad en salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Entre otros problemas de calidad que afectan a la mayoría de los centros de prestación de servicios cabe mencionar la falta de un sistema de tarjetas de registro de clientes bien ordenado y apto para la utilización, la infrecuencia de las visitas de supervisores y el agotamiento de las existencias de determinados materiales anticonceptivos. En menor grado, problemas similares afectaban la calidad de los servicios en Botswana y Kenya. También se han documentado dificultades similares en países de Asia y América Latina¹⁴.

37. La información que se brinda a los clientes en las clínicas de planificación de la familia es un aspecto importante de la calidad de la atención. Cuando hay limitaciones de los recursos al respecto, la consecuencia es que las clínicas carecen de personal y que los encargados de prestar los servicios no poseen la capacitación necesaria y esto, a su vez, causa un apresuramiento en las consultas, una insuficiencia en la comunicación entre los clientes y quienes prestan los servicios y, en general, una calidad más baja de esos servicios. Los análisis de situación efectuados en Ghana, Nigeria y la República Unida de Tanzania han puesto de manifiesto muchas deficiencias en los intercambios entre clientes y encargados de prestar los servicios. Esto puede conducir a que los clientes no puedan efectuar opciones en cuanto a la selección del método y una falta de conciencia acerca de los posibles efectos secundarios. Un análisis de la situación realizado en el Pakistán en 1993, llegó a la conclusión de que si bien el 94% de los clientes de planificación de la familia habían conversado con los encargados de prestar esos servicios acerca de la manera en que operaban los métodos anticonceptivos, un 62% había hablado acerca de la manera de utilizar el método, menos de la mitad habían hablado sobre los posibles efectos secundarios y poco más de una tercera parte de los encargados había invitado a los clientes a formular preguntas. Se han observado problemas similares en países de Asia y de América Latina.

38. Algunas investigaciones recientes han puesto de manifiesto que es necesario que los encargados de prestar servicio tengan una interacción más dinámica con los clientes: que se enteren de sus necesidades y prácticas, que respondan a

sus preguntas, que analicen una gama más amplia de cuestiones de salud reproductiva, que expliquen tratamientos y métodos alternativos, que enseñen respuestas apropiadas a eventuales efectos secundarios y realicen un seguimiento de los resultados. Sin embargo, en los mismos análisis de situación se pone de manifiesto que muchos agentes de salud no han recibido capacitación en más de cinco años y que no se ofrecen cursos para actualizar periódicamente los conocimientos. Es de importancia crucial mejorar la manera en que los encargados de servicios de salud y planificación de la familia imparten información y ofrecen asesoramiento a los clientes y para lograrlo es menester una mejor capacitación de los agentes de salud. Los costos de dicha capacitación representarán una parte sustancial del total de los costos de mejorar los servicios¹⁵.

39. Una importante meta de la CIPD es integrar los programas de planificación de la familia con los programas integrales de salud reproductiva. En los últimos 15 años, en programas que eran débiles y otros que eran fuertes, se han observado muchas mejoras sustanciales en numerosos aspectos de la "acción programática". Por otra parte, en un análisis que abarcó el período de 1989 a 1994 se demostró que en los programas de nivel intermedio se resentía la capacidad de gestión cuando éstos se esforzaban por absorber la creciente demanda. Incluso los programas fuertes mostraban, en promedio, una disminución de las actividades sobre el terreno y de difusión (Bulatao, 1996). Los déficit en los recursos no harían sino exacerbar esas tendencias.

Consecuencias para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA

40. El tercer componente principal del conjunto de medidas de población cuyo costo fue calculado para la CIPD consiste en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Abarca los programas de educación en las escuelas y en los medios de difusión de masas, la promoción de la abstinencia voluntaria y el comportamiento sexual responsable, y mayor distribución de preservativos. El Programa Mundial de Lucha contra el SIDA, de la OMS, estimó que el costo de este programa de prevención iba a ascender a 1.300 millones de dólares en el año 2000.

41. La estimación de los gastos actuales para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, especialmente a escala mundial, ha presentado grandes dificultades. Además de la falta de datos de muchos países o la insuficiencia de los procedimientos de registro de datos, una de las dificultades más graves reside en que, en muchos países, los sistemas de contabilidad de los servicios de salud no pueden desglosar los gastos totales en materia de VIH/SIDA. Hasta el presente, el Programa Mundial de Lucha contra el SIDA no ha tratado de calcular el gasto mundial de los programas de prevención del VIH/SIDA.

Efectos económicos del SIDA

42. Los potenciales efectos económicos mundiales del SIDA no se comprenden cabalmente debido a los múltiples aspectos en que el SIDA afectará las economías. Además del costo de las pérdidas previstas en la productividad laboral, resultantes de la morbilidad y la mortalidad, el tratamiento de los pacientes de SIDA, la educación e investigación sobre el SIDA y el control de

los suministros de sangre, hay otros problemas como el aumento del número de huérfanos, la desintegración de los sistemas de apoyo familiar para los ancianos y los jóvenes, la disminución del ahorro privado y las potenciales pérdidas reales en la población nacional que darán graves repercusiones sobre cada uno de los países, muchos de los cuales ya se encuentran en difícil situación económica.

43. Se ha realizado una serie de estudios para determinar los efectos económicos del SIDA. Se han utilizado modelos económicos básicos para mostrar los posibles efectos del SIDA sobre la proporción entre capital y mano de obra y la producción per cápita en la República Unida de Tanzania y Tailandia. Los resultados obtenidos en los estudios de ambos países demuestran que la proliferación del SIDA tendrá graves efectos directos sobre el desarrollo. El aumento de la morbilidad debido a la epidemia del SIDA tendrá el efecto inmediato de reducir la productividad del trabajo e incrementar el gasto en la atención de la salud. El estudio realizado en Tanzania muestra que, en ausencia de una acción política decisiva hacia el año 2010, el SIDA podría reducir el producto interno bruto (PIB) del país entre el 15% y 25%, mientras que los ingresos per cápita disminuirían entre el 0% y el 10%. Los estudios sobre los efectos económicos del SIDA en Tailandia, que es uno de los países del Asia sudoriental más afectados por la epidemia, también reflejan graves problemas en cuanto a la posibilidad de que continúe el rápido crecimiento económico que ha experimentado ese país. En Tailandia se ha estimado que, sólo en lo concerniente a los efectos sobre la productividad de los trabajadores, la pérdida de ahorros y los costos médicos, hacia el año 2000 el país gastará hasta 8.700 millones de dólares. Un modelo de simulación para Tailandia indica que el tamaño económico general del país era inferior entre un 15% y un 20% al correspondiente a las proyecciones si no existiera el SIDA, y que las tasas de crecimiento del PIB serán inferiores en un 15% a 23% a las correspondientes a las proyecciones si no existiera el SIDA (Nelson, 1996).

Estrategias de población y desarrollo

44. La falta de cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD en su totalidad obstaculizaría las necesarias mejoras en los sistemas de información para vigilar los programas y para elaborar políticas apropiadas en materia de población y salud reproductiva. Para que los países en desarrollo puedan formular políticas apropiadas es necesario que mejore la cobertura y el uso de estadísticas sobre los servicios, informes sobre los clientes, datos sociales y médicos sobre la prevalencia y la causa de los problemas de salud reproductiva, encuestas demográficas y de salud, censos, sistemas de registro, investigación sociocultural y estudios sobre las comunidades. Es necesario efectuar encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en cuestiones de salud reproductiva (incluidas, entre otras cosas, la planificación de la familia, la maternidad sin riesgos, las enfermedades de transmisión sexual, la incidencia del VIH/SIDA y la sexualidad en la adolescencia). Es preciso investigar más a fondo el papel de las relaciones de género. Otro tema urgente de investigación es comprender el contenido y el contexto de interacción en las comunidades y en las familias en lo concerniente a cuestiones de salud reproductiva. Es esencial realizar estudios en todas estas esferas si se ha de cumplir con los objetivos de la CIPD. La insuficiente financiación del Programa de Acción de la CIPD también inevitablemente causará limitaciones a las actividades de reunión de datos e investigación.

Acciones de promoción y educación

45. El Programa de Acción de la CIPD considera la promoción y la enseñanza como un elemento importante para responder a las necesidades reproductivas de hombres y mujeres en todo el mundo. Una esfera de importancia es el fomento de la equidad e igualdad entre los géneros y la potenciación de la mujer. La CIPD consideró que estos elementos en sí mismos constituían importantes metas para el desarrollo y que además ninguno de los otros objetivos sería asequible a menos que las mujeres tuvieran la posibilidad de efectuar sus propias opciones en materia de procreación. Esto se va a lograr por una serie de medios, incluso, en términos del Programa de Acción, el "lograr el acceso de todos a una enseñanza de calidad ... y la eliminación de las desigualdades de los sexos, con respecto al acceso, la retención y el apoyo a la educación". Estas metas resultan inaccesibles si no se obtienen recursos, por encima de los calculados en la CIPD para el conjunto básico de servicios integrados de población y salud reproductiva.

46. Asimismo la CIPD estableció una firme base para actividades de promoción encaminadas a potenciar a las mujeres, además de alcanzar las otras metas del Programa de Acción. Si no se dispone de los recursos necesarios para realizar estas actividades de promoción, millones de niñas y mujeres seguirán padeciendo limitaciones de sus derechos y oportunidades, y carecerán de igual acceso a la nutrición, la educación y a la salud. Un número mucho mayor que el necesario de niñas padecerán las consecuencias de las prácticas tradicionales perjudiciales, incluida la mutilación genital femenina. Será mucho más grande el número de mujeres que nunca alcanzarán su potencial debido a que, al estar constreñidas por sus papeles de procreación, estarán imposibilitadas de aprovechar las oportunidades educacionales y de empleo. Muchas personas, en especial niñas y mujeres estarán privadas de sus derechos humanos, incluidos sus derechos de procreación.

Consecuencias para el desarrollo

47. Las consecuencias presentadas en esta sección se han referido directamente al conjunto de medidas previstas y presupuestadas en la CIPD, relativas a la salud reproductiva, la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual y las políticas de población. Allende las trágicas consecuencias directas y específicas que ya se han demostrado hay, por otra parte, consecuencias más amplias sobre el desarrollo debidas a las más altas tasas de crecimiento demográfico - y a las distribuciones con un sesgo mayor hacia los grupos de menor edad - que también dimanarían de las cantidades adicionales de embarazos no planificados. Aun cuando las consecuencias negativas sobre el medio ambiente, el desarrollo humano, la potenciación de la mujer y la pobreza no son el tema de este documento, es menester al menos tenerlas presentes, aun cuando no se las cuantifique aquí.

IV. LOS PRÓXIMOS CUATRO AÑOS

48. En la sección III de este documento se indicaron varias consecuencias importantes que probablemente dimanarían de que la comunidad mundial no diera cumplimiento al compromiso de aumentar las asignaciones mundiales de recursos a cuestiones de población a fin de alcanzar las metas estipuladas en el Programa

de Acción de la CIPD. En esta sección se analiza brevemente qué sería necesario por parte de los países donantes - países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) - para que renueven su compromiso en pro del Programa de Acción de El Cairo.

49. En el cuadro 3 del apéndice figuran los niveles de asistencia actuales (1995) a actividades de población, así como posibles situaciones para el año 2000. El nivel de financiación externa para ese año, según se indica en el Programa de Acción, sería de 5.670 millones de dólares. Empero, la asistencia internacional para actividades de población está integrada por varios componentes, de los cuales sólo el mayor proviene de los países donantes (los restantes componentes proceden de bancos de desarrollo, organizaciones multilaterales, fundaciones y otras instituciones privadas). Utilizando como elemento de referencia la distribución de la asistencia observada en 1994-1995, se estima que los países donantes, considerados como grupo, deberían aportar en el año 2000 aproximadamente 3.570 millones de dólares para la realización del Programa de Acción de la CIPD¹⁶.

50. Como puede apreciarse en la primera columna del cuadro 3 del apéndice, en 1995 los países donantes aportaron directamente a las actividades de población aproximadamente 1.370 millones de dólares (otros 672 millones de dólares fueron contribuciones indirectas de países donantes mediante contribuciones a instituciones financieras internacionales y otras instituciones multilaterales). El aumento de la asistencia de los donantes de 1993 a 1994 (25%) y de 1994 a 1995 (30%) resultó sumamente alentador.

51. Tras la Conferencia de El Cairo varios países donantes se han comprometido a aumentar su apoyo. Entre éstos se cuentan en particular, los Estados Unidos, Alemania, el Japón, el Reino Unido, los Países Bajos, Dinamarca, Suiza y Australia, y también la Unión Europea. En 1994, por ejemplo, el Gobierno del Japón anunció una iniciativa mundial sobre población y el SIDA mediante la cual asignará 3.000 millones de dólares entre 1994 y el año 2000 para atender ciertos problemas demográficos mundiales y prevenir la difusión del VIH/SIDA. El Gobierno de Alemania se ha comprometido a aportar más de 2.000 millones de dólares durante el período comprendido entre 1995 y el año 2000 para programas de población y se ha convertido en el segundo donante en importancia en materia de asistencia demográfica, después de los Estados Unidos. Tras la CIPD, el Reino Unido prometió aumentar su asistencia para las actividades demográficas y de salud reproductiva en un 65%, hasta llegar a un total de unos 160 millones de dólares en los próximos dos años.

52. Entre otros ejemplos se cuentan Dinamarca que, en 1996 aumentó su contribución al FNUAP a 47 millones de dólares, de los cuales 8,6 millones de dólares fueron señalados para actividades adicionales de CIPD en el África al sur del Sáhara. Tras un llamamiento formulado en el Parlamento de los Países Bajos para que se aumentara la financiación de las actividades demográficas, como una parte del presupuesto de desarrollo de ultramar, la política de los Países Bajos comprende ahora un objetivo de un 4% dedicado a la asistencia en materia de población. Con ello el nivel de la financiación de los Países Bajos en asistencia demográfica internacional ascenderá a 125 millones de dólares en el año 1998. El Gobierno de Australia se encuentra en la mitad de una iniciativa de cuatro años de duración (hasta fines de 1998) en que ha comprometido 130 millones de dólares para realizar programas demográficos y de

planificación de la familia en países en desarrollo. Tras sufrir una grave recesión económica a comienzos del decenio de 1990, Finlandia ha restaurado gradualmente el nivel de su asistencia demográfica a los niveles de años anteriores. Por último, la Comisión Europea adoptó una política de fijar un objetivo de aproximadamente 375 millones de dólares para la programación en la esfera de la población y salud reproductiva hasta el año 2000. Recientemente se celebró un acuerdo entre la Comisión Europea y el FNUAP por valor de más de 31 millones de dólares para concretar una importante iniciativa de programas de población en varios países asiáticos.

53. No obstante, el apoyo de los donantes continúa siendo desparejo: mientras que algunos, como Dinamarca, Finlandia, los Países Bajos, Noruega, Suecia, el Reino Unido, los Estados Unidos y otros países antes mencionados han mantenido o aumentado su dedicación al programa de la CIPD, otros países donantes han aportado escasas contribuciones si se las compara con el volumen de su economía o con su AOD total. En general, el apoyo de los donantes a las actividades de población habría aumentado en aproximadamente 1.000 millones de dólares en 1995 si todos los donantes hubieran asignado el 4% o más de su AOD a programas demográficos (una medida que sólo cumplieron Finlandia y los Estados Unidos).

54. A fin de alcanzar la meta estipulada para los recursos de la CIPD en el año 2000, la pauta de distribución entre países donantes podría o bien mantenerse igual que en 1995 o avanzar hacia una distribución más equitativa de las responsabilidades. Por ejemplo, la distribución de la asistencia podría vincularse a la capacidad de pago de los países reflejada en el PIB (producto interno bruto) nacional de cada país donante.

55. Una distribución hipotética de la asistencia demográfica para el año 2000 - cuando se deberán alcanzar las primeras metas de recursos convenidas durante la CIPD - podrían basarse por consiguiente en la magnitud proporcional del PIB de cada país¹⁷. Las cifras que figuran en la columna 2 del cuadro 3 del anexo se basan en esta distribución hipotética. Las hipotéticas contribuciones de los países donantes para la asistencia demográfica en el año 2000 varían según la magnitud de cada economía. La tercera columna del cuadro indica la tasa anual de crecimiento de la asistencia en materia de población que se necesitaría durante el período comprendido entre 1995 y el año 2000 para responder a las cifras hipotéticas que figuran en la columna 2. Tal como se ve, varios países (Noruega, Dinamarca, los Países Bajos, Suecia y Finlandia) ya contribuyen una proporción relativamente elevada de su PIB a los programas de población. Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido tendrían que duplicar prácticamente su asistencia en materia de población respecto de los valores de 1995 para alcanzar los objetivos que figuran en la columna 2 del gráfico. Los países que hasta ahora han contribuido relativamente poco a las actividades de población en relación al volumen de sus economías tendrían que aumentar obviamente su nivel de financiación para alcanzar estos objetivos para el año 2000.

56. Como se ha indicado, los recursos nacionales de los países en desarrollo y de los países en transición (incluidas estimaciones para el sector privado) ascienden actualmente a un 78% del total de los recursos disponibles para programas de población. A fin de mantenerse en vías de satisfacer las metas de recursos fijadas en el Programa de Acción, las aportaciones de recursos financieros nacionales tendrían que aumentar en aproximadamente un 8,5% anual

hasta el año 2000. Por cierto, esto será difícil de lograr, cuando no imposible, en particular en algunas regiones, incluidos muchos países del África al sur del Sáhara. No obstante, habida cuenta de la combinación de recursos públicos y privados que constituyen este componente del panorama mundial de los recursos nacionales, y del firme compromiso de equilibrar el crecimiento demográfico con el desarrollo socioeconómico en todos los planos de la sociedad, cabe esperar que esta tasa de crecimiento sea sostenible a nivel agregado.

57. No obstante, existe a la vez una amplia variación entre países en desarrollo tanto en cuanto a su dedicación a la movilización de recursos de la CIPD como en su capacidad de financiar las actividades de población a nivel nacional. De hecho, el porcentaje general de un 78% tiene un sesgo considerable debido a unos pocos grandes países en desarrollo, tales como China, la India e Indonesia, cuyos programas demográficos son financiados en gran medida por los propios países: esto significa que existen muchos otros países en desarrollo con una proporción mucho menor de financiación del programa con cargo a sus recursos nacionales. Esto ocurre particularmente en el África al sur del Sáhara y otras subregiones de bajos ingresos en que los recursos externos deberán cubrir el déficit si se ha de lograr la aplicación de la CIPD según lo convenido en El Cairo.

Futura cuantía de los recursos del FNUAP

58. A fin de poder alcanzar las metas fijadas por la CIPD para el año 2000, será necesario que aumenten la magnitud y la capacidad de los tres principales cauces de financiación de donantes: programas bilaterales, programas multilaterales y programas ejecutados por organizaciones no gubernamentales. En los últimos años, se ha encauzado por conducto del FNUAP aproximadamente un 27% de la asistencia de donantes para actividades de población. En el corto plazo, hasta el año 2000, puede suponerse que esta proporción ha de permanecer constante, dado que los demás cauces de asistencia estarán en dificultades para ampliar su capacidad en circunstancias en que hay un gran aumento de la demanda. Esto entraña que hacia el año 2000, los recursos del Fondo llegarían aproximadamente a 960 millones de dólares por año.

59. El aumento de los recursos del FNUAP probablemente ha de entrañar un aumento tanto en los recursos básicos como en los recursos multilaterales. La capacidad de crecimiento en el ámbito multilateral es particularmente grande. Los arreglos multilaterales, que eran de entre 12 y 15 millones de dólares anuales a comienzos del decenio de 1990, se estima que actualmente ascienden aproximadamente a 25 millones de dólares. Habida cuenta de los recientes acuerdos celebrados con la Comisión Europea acerca de un programa regional en varios países asiáticos, es bien probable que el cauce multilateral del FNUAP podría ampliarse aún más. Asimismo, en 41 países receptores de programas, o bien aprobados por la Junta Ejecutiva o bien preparados para su presentación a la Junta, el total de los componentes multilaterales incorporados en los programas es superior a 132 millones de dólares. Hay grandes posibilidades de ampliar la cooperación entre el FNUAP y los donantes bilaterales, a escala de país.

60. Los acuerdos de trueque de la deuda son otra fuente potencialmente grande de recursos adicionales que también podría administrarse por conducto del Fondo pero que, hasta el momento, no han sido aprovechados. En los países donde

realiza actividades el FNUAP, la deuda asciende a aproximadamente 2.000.000.000.000 (2 billones) de dólares. De ese importe, más de 800.000 millones corresponden a deudas bilaterales (deuda de gobierno a gobierno). El FNUAP desearía alentar acuerdos entre prestamistas y prestatarios en que se condonara una porción de la deuda a cambio del uso de recursos locales de los países deudores con destino a sus programas de población, así como a otros programas de desarrollo social. Hasta el momento, los acuerdos de trueque de la deuda han sido administrados por organizaciones multilaterales y no gubernamentales. A fin de fomentar la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, el FNUAP podría contribuir como intermediario a la celebración de acuerdos, determinando cuáles son las esferas prioritarias de programas de población que más necesitan financiación local.

61. El creciente liderazgo del FNUAP en la adquisición de anticonceptivos y suministros de atención primaria de la salud se pone de manifiesto en las acciones de la Iniciativa Mundial relativa a las necesidades de anticonceptivos y la gestión de la logística y del Programa Mundial de Productos Anticonceptivos, a fin de ayudar a los países a hacer frente en mejores condiciones a las necesidades de adquisición de emergencia. En los últimos cinco años se ha cuadruplicado la adquisición de anticonceptivos por el FNUAP. Asimismo, el Fondo ha asumido el compromiso de proporcionar servicios de adquisición de anticonceptivos y otros suministros para servicios de salud reproductiva en situaciones de socorro humanitario de emergencia. A fin de facilitar una rápida respuesta a esas solicitudes de emergencia y evitar perturbaciones en los programas nacionales de provisión de anticonceptivos, actualmente el FNUAP ha acopiado existencias limitadas de anticonceptivos esenciales. Estas actividades señalan otro medio en que se podría ampliar la participación del FNUAP para encauzar la asistencia internacional en materia de población a los países en desarrollo.

V. CONCLUSIÓN

62. El presente informe examinó las consecuencias de los déficit de recursos para responder a las metas fijadas en el Programa de Acción de la CIPD en el período comprendido entre 1995 y el año 2000. El propósito fue proporcionar a la Junta Ejecutiva algunas estimaciones iniciales las consecuencias para la salud reproductiva de una falta de aplicación completa del Programa de Acción. El documento de sesión anterior que sirve de base a este informe fue revisado y aumentado con toda la información empírica pertinente de que se dispone, y la metodología utilizada se describe a fondo en el apéndice de este informe. Si bien todas las proyecciones al futuro son en alguna medida hipotéticas, los pronósticos demográficos cuentan en general con amplias bases de datos empíricos y han demostrado en la práctica ser bastante acertados. Si bien el análisis presentado en este informe se basa en un gran volumen de datos empíricos, todos los cálculos cuantitativos deberán considerarse como magnitudes y no como certezas matemáticas.

63. La magnitud de los efectos negativos del incumplimiento del Programa de Acción de la CIPD, según figura en la sección III de este documento (y en el gráfico 1 del apéndice) será preocupante para todos quienes estén dedicados a los objetivos de la CIPD. Si la aplicación del Programa de Acción no alcanza los objetivos convenidos sufrirán muchos de los programas de salud reproductiva.

Millones de personas o parejas que de otro modo habrían utilizado servicios de planificación de la familia, no podrán hacerlo debido a que esos servicios no estarán disponibles. Por consiguiente, en este período se producirían muchos millones de embarazos no planificados y de ellos, millones terminarían en abortos. Se perderían muchos centenares de miles de vidas de mujeres, ya sea durante el parto o al someterse a abortos inseguros. Cantidades varias veces superiores de madres sufrirían trastornos que pondrían en peligro sus vidas. Millones de niños nacidos de estos alumbramientos no planificados, morirían en sus primeros meses de vida o en la primera infancia. Si bien las cantidades exactas podrían cambiar cuando el análisis se perfeccionara, lo que no ha de cambiar es el orden de magnitud de esas deplorables, aunque evitables, consecuencias.

VI. ELEMENTOS PARA UNA DECISIÓN

64. La Junta Ejecutiva tal vez decida:

a) Tomar nota del informe sobre las consecuencias del déficit de recursos para el cumplimiento de los objetivos de la CIPD hasta el año 2000 y los comentarios formulados al respecto por la Junta Ejecutiva;

b) Reiterar la necesidad de una continua dedicación de parte de todos los países del mundo a poner suficientes recursos a disposición para la aplicación con éxito del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Notas

¹ Es preciso considerar con prudencia estas estimaciones de recursos nacionales porque se basan en datos incompletos. El FNUAP ha suscrito un acuerdo con el Instituto Interdisciplinario de Demografía (NIDI) de los Países Bajos, para colaborar en el sistema de recopilación y análisis de datos sobre corrientes de recursos nacionales y AOD encaminado a mejorar los conocimientos acerca de la situación mundial de recursos destinados a cuestiones de población.

² En la incorporación de estas estimaciones al Programa de Acción se reconoció explícitamente que una buena parte de los gastos comunes de la planificación de la familia y otros servicios de salud reproductiva están incluidos en la porción de planificación familiar de las destinaciones y que se necesitarán análisis adicionales para aclarar la asignación de los insumos conjuntos.

³ En todas las estimaciones de datos se incluye el costo de la asistencia técnica externa. Cabe señalar también que las economías de escala desempeñan una importante función en la determinación de los costos medios por usuario. (Fuente: Proyecto de Evaluación USA, "Family Planning Expenditure/Cost Study", documentos internos.) Las economías de escala se incorporaron específicamente al análisis de costos por usuario y la estimación de necesidades de recursos para la CIPD (FNUAP, 1994a).

⁴ La metodología utilizada en este documento en lo concerniente a usuarios adicionales de métodos tradicionales, tasas de embarazo, tasas de aborto, tasas de natalidad y tasas de aborto espontáneo, se ajusta a la preparada por el Instituto Alan Guttmacher en asociación con The Futures Group Population Action Internacional, Population Reference Bureau y The Population Council. (Véase: Alan Guttmacher Institute, 1996.) Para una descripción de la metodología véase el apéndice.

⁵ Los déficits en los recursos tienen repercusiones mayores y acumulativas para el futuro. En el presente análisis sólo se consideran las repercusiones a corto plazo.

⁶ Los totales acumulados son las sumas de todos los eventos (en este caso, embarazos no planificados) ocurridos en los años 1996, 1997, 1998, 1999 y 2000. Nótese que aproximadamente un tercio de los efectos acumulados se producen en el último año de la proyección por considerarse que los déficits de recursos son cero en 1995 y aumentan en forma lineal hasta el año 2000.

⁷ Tal vez se sobreestime el número de abortos adicionales en la medida de que la motivación para la limitación de la fecundidad tal vez no sea elevada entre los no usuarios. En las regiones en que es infrecuente recurrir al aborto, esta sobreestimación puede ser significativa; no obstante, donde los abortos ya son frecuentes, el parámetro utilizado (véase el anexo) podrá incluso subestimar el número de abortos.

⁸ Solamente en el año 2000, el año final del ejercicio de proyección, se habrá recurrido a entre 17 millones y 31 millones de abortos adicionales, según las distintas hipótesis.

⁹ Además, aumentarán los abortos espontáneos como resultado de un bajo nivel de disponibilidad de servicios de salud reproductiva. Al utilizar la hipótesis de tendencia de crecimiento constante, es posible prever una cantidad adicional de 16 millones de abortos espontáneos, con la hipótesis de baja AOD, 22 millones y con la hipótesis de bajo crecimiento, 30 millones.

¹⁰ Un pequeño error de computadorización en el documento de sesión (DP/FPA/1977/CRP.1) tuvo como resultado estimaciones mucho más bajas en los índices de maternidad.

¹¹ Se calcula que hay 13 casos de morbilidad derivada de la maternidad para cada defunción relacionada con la maternidad (véase FNUAP, Estado de la población mundial, 1997). Véase el anexo para un comentario adicional acerca de la medición de la mortalidad y morbilidad maternas.

¹² En el caso de los niños de 1 a 4 años de edad, la acumulación de defunciones se efectúa a lo largo del período más prolongado, dado que los niños nacidos en el año 2000, por ejemplo, aún estarían en situación de riesgo de mortalidad infantil en el año 2004. Sin embargo, estos niños habrían nacido durante el período que se estudia (1995 a 2000).

¹³ Es también difícil desentrañar los costos para los dos componentes debido a que, como se indica en el Programa de Acción, los costos al sistema de prestación de servicios (por ejemplo, los costos de infraestructura) se incluyen en el componente de planificación de la familia. A medida que vaya mejorando la metodología de las mediciones es posible que sea más fácil separar los costos correspondientes a cada componente.

¹⁴ Los ejemplos proceden de las conclusiones de varios análisis de situación efectuados por el Consejo de Población en diversos países: Bruce, 1996; Miller, 1996; y Consejo de Población, 1991.

¹⁵ Estas cuestiones se destacan en el próximo informe del Consejo Nacional de Investigaciones (Tsui, Wasserheit y Haaga, 1997).

¹⁶ Los importes mencionados en esta sección constituyen los fondos primarios de los donantes, es decir fondos concretamente reservados para actividades de población en los que no se incluyen otras contribuciones de AOD que los donantes efectúan a los bancos de desarrollo, las organizaciones multilaterales distintas del FNUAP y otras organizaciones, algunas de las cuales, en última instancia, tal vez se destinen a actividades de población.

¹⁷ Se utilizaron estimaciones del PIB correspondientes a 1995, con carácter de elemento de referencia constante para las distribuciones hipotéticas. (Fuente: Banco Mundial, 1997, Indicaciones de desarrollo mundial, 1997.) No se efectúan ni denotan suposiciones acerca del futuro crecimiento del PIB.
