



**Consejo Económico y
Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1998/3
19 de diciembre de 1997
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

COMISIÓN DE POBLACIÓN Y DESARROLLO
31º período de sesiones
23 a 27 de febrero de 1998
Tema 4 del programa provisional*

MEDIDAS COMPLEMENTARIAS DE LAS RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA
INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO: SALUD Y
MORTALIDAD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y
EL DESARROLLO, Y EL GÉNERO Y LA EDAD

Supervisión de los programas de población

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
SOBRE SALUD Y MORTALIDAD

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha preparado de conformidad con el programa de trabajo plurianual, temático y organizado según un orden de prioridades de la Comisión de Población y Desarrollo, que fue ratificado por el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. El tema de 1998 es salud y mortalidad, con especial atención a la relación entre la salud y el desarrollo, y el género y la edad.

El objeto del informe es proporcionar un panorama general de las distintas actividades que se han ejecutado en las esferas mencionadas para responder a la urgente necesidad de mejorar la calidad de vida y la salud en los países en desarrollo. Estas necesidades se pusieron claramente de manifiesto en conferencias internacionales, en particular en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y se reflejaron en políticas y programas nacionales. El informe se basa en las respuestas a un cuestionario que se distribuyó a los países en desarrollo por conducto de los representantes del FNUAP. Se enviaron cuestionarios a 130 países, y se recibieron respuestas de 80; también respondieron 11 organizaciones no gubernamentales, multilaterales e intergubernamentales.

* E/CN.9/1998/1.

ÍNDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
I. INTRODUCCIÓN	1 - 3	3
II. SALUD Y DESARROLLO	4 - 15	3
A. Reforma sanitaria y financiación	4 - 9	3
B. Mejoramiento de la calidad de vida	10 - 11	5
C. Atención a las necesidades de los grupos especiales	12 - 15	6
III. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA	16 - 19	7
IV. SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO DEL NIÑO	20 - 24	8
V. LA SALUD DE LAS MUJERES	25 - 36	10
Maternidad sin riesgos	31 - 36	12
VI. VIH/SIDA	37 - 42	14
VII. APOYO INTERNACIONAL NO GUBERNAMENTAL	43 - 46	16
VIII. INVESTIGACIONES SANITARIAS	47 - 49	17
IX. CONCLUSIONES	50	18

I. INTRODUCCIÓN

1. El presente informe tiene por objeto proporcionar un panorama general de las distintas actividades en las esferas de salud y mortalidad, con especial atención a la relación entre la salud y el desarrollo, y el género y la edad, que se han realizado en los países donde se ejecutan programas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994. En el informe se reflejan las respuestas recibidas de los países por conducto de los representantes del FNUAP y se evalúan las actividades de los programas y las políticas ejecutadas por los países para mejorar la salud y reducir la mortalidad. Con arreglo a los temas de fondo definidos en el capítulo VIII del Programa de Acción de la CIPD¹, se presta especial atención a las medidas encaminadas a fortalecer la atención primaria de la salud y el sector de salud pública; promover la supervivencia y salud del niño, así como la salud de la madre y la maternidad sin riesgos; y reducir la difusión de la infección de VIH/SIDA².

2. A fin de obtener la información necesaria para la preparación del presente informe, se envió un cuestionario a 130 países en desarrollo por conducto de los representantes del FNUAP. Se recibieron respuestas de 80 países, con arreglo a la siguiente distribución geográfica: 29 del África subsahariana, 18 de Asia y el Pacífico³, 6 del grupo de Estados árabes, 4 de Europa y del grupo de economías en transición y 23 de América Latina y el Caribe. Se recibieron además respuestas de 7 organizaciones no gubernamentales internacionales, 1 organización intergubernamental y 3 organismos de las Naciones Unidas.

3. La tasa de respuestas a la petición de información de las oficinas de los países fue del 57%. En el caso de África (63%), Asia y el Pacífico (64%) y América Latina y el Caribe (70%), la tasa de respuesta fue satisfactoria pero no óptima. Lógicamente, la mayoría de los países de Asia central donde se ejecutan programas y los países que atraviesan situaciones de emergencia no han podido responder al cuestionario. El bajo nivel de respuestas (23%) de los Estados árabes y Europa se debe fundamentalmente a la falta de respuesta de los Estados del Golfo, los países de Europa oriental y los Estados sucesores de la ex Unión Soviética. La tasa de respuesta de las organizaciones no gubernamentales internacionales fue del 23%; y la de las organizaciones intergubernamentales, de sólo el 2%. El nivel de respuesta final se obtuvo después del envío de la petición inicial y de dos recordatorios. La tasa de respuesta de los países con representantes residentes del FNUAP fue del 74%.

II. SALUD Y DESARROLLO

A. Reforma sanitaria y financiación

4. Se informa de que se están efectuando dos tipos de reforma en el sector de la salud pública. El primero consiste en la actualización sistemática de la capacitación del personal y en el suministro y supervisión de los servicios y otros componentes del sistema, en respuesta al Programa de Acción de la CIPD. Una de las características principales de este tipo de reforma es que los componentes de asesoramiento, salud genésica y salud de los adolescentes pasan a primer plano. Los nuevos enfoques se incorporan en las actividades existentes

mediante, por ejemplo, capacitación en el servicio, y se adaptan a los planes para nuevos servicios y a los programas de estudio para el personal sanitario. Un buen ejemplo es el de Nepal, donde se ha aprobado un plan sanitario a largo plazo que hace hincapié en la supervivencia del niño y la salud genésica.

5. El segundo tipo de reforma es más radical y puede incluir la transformación del sector de salud pública. Doce países africanos informan de que están tomando medidas para su ejecución. En Madagascar, la descentralización con la participación de la comunidad y la integración de actividades en el plano local se está llevando a cabo junto con el fortalecimiento del sector de la salud a nivel de los distritos.

6. Casi todos los países del Asia que respondieron (17 de un total de 19) informan de que están tomando medidas para revisar y modificar el sector sanitario. En Bangladesh, el Gobierno, con la ayuda del Banco Mundial, está procediendo al examen de las reformas necesarias para la integración y prestación de los servicios de atención primaria de la salud. Egipto también está empeñado en un esfuerzo análogo con la ayuda del Banco Mundial. En Camboya y Azerbaiyán, las reformas sanitarias están vinculadas con cambios en la forma de financiación del sector de la salud. En varios países, entre los cuales se encuentra Tailandia, las políticas sanitarias se vinculan estrechamente con las políticas generales para el mejoramiento de la calidad de la vida. En algunos países estos esfuerzos apenas se están iniciando. El Gobierno del Yemen ha establecido un comité de reforma sanitaria, presidido por un Ministro, con el objetivo de formular orientaciones y nuevas políticas para efectuar reformas.

7. Conforme a la meta expresada en el Programa de Acción, que insta a los gobiernos a "procurar que los servicios de atención primaria de salud sean económicamente más sostenibles ... haciendo un uso apropiado de los servicios basados en la comunidad, y de los planes de comercialización social y de recuperación de los costos, a fin de extender el alcance y mejorar la calidad de los servicios disponibles"⁴, muchos países están abandonando la tradición de complementar la financiación de la atención básica de la salud con ingresos públicos en favor de otras opciones. Doce países africanos informan de que han impuesto el pago de honorarios o mecanismos de recuperación de gastos, y otros países han iniciado programas de financiación. Estos incluyen fondos rotatorios para medicamentos, honorarios de laboratorios, pago total o parcial de los servicios y otros arreglos. El Senegal ha aprobado una estrategia basada en la Iniciativa de Bamako⁵ y la ha aplicado en 45 distritos sanitarios en los que los pacientes deben pagar los honorarios de las consultas efectuadas por razones de prevención o curación para cubrir gastos periódicos. La financiación de los dispensarios se efectúa con cargo a esos honorarios. Los pacientes también pagan los medicamentos esenciales. En todas las reformas descritas, se hace hincapié en la prestación de servicios de atención primaria de la salud y en el mejoramiento del acceso a los servicios. En por lo menos 15 países del África, los seguros de salud privados se están poniendo a prueba a través de proyectos experimentales, se permiten legalmente o ya están en vigor.

8. Los países de Asia también informan de la aplicación de políticas relacionadas con el pago de los gastos de hospital y de los honorarios por los servicios recibidos; en Malasia, Camboya y Bangladesh, por ejemplo, se utiliza la recuperación total o parcial de los gastos de los servicios. En muchos de estos países se ha preparado el terreno para la introducción de seguros médicos.

Varios países de Asia ya están aplicando programas de seguros médicos. En 10 países, entre los cuales se encuentran Indonesia, Tailandia, la República Islámica del Irán y Filipinas, éstos incluyen la cobertura de los funcionarios públicos y de algunos empleados del sector privado. El Yemen ha aprobado una política que alienta la participación en los gastos, y se pide a la comunidad que realice la gestión de los servicios sanitarios y participe en el sistema de recuperación de gastos.

9. Al mismo tiempo, y también con arreglo al Programa de Acción, los programas para mejorar el acceso, la aceptación y accesibilidad financiera de los servicios se proponen reducir las diferencias que limitan el acceso de los pobres a los servicios de salud. El programa de salud genésica de Bhután se propone aumentar la proporción de mujeres embarazadas que reciben servicios prenatales y para ello presta ayuda a las que no pueden pagar servicios privados. Los esfuerzos de información, educación y comunicaciones destinados a los pobres en la República Islámica del Irán han promovido un mayor uso de la red de servicios de atención primaria de la salud y han tratado de reducir las diferencias en la situación sanitaria de las mujeres que viven en las ciudades y en las zonas más remotas del país. La reducción o eliminación de los gastos y honorarios de los servicios de salud para los pobres en la República de Corea y otros países responde a la misma intención. En Nepal y Filipinas se ha aumentado el número de dispensarios para beneficiar a los grupos desfavorecidos. Varios países están respondiendo a las necesidades de las poblaciones indígenas mediante el aumento del número de instalaciones y la capacitación del personal sanitario en los principales idiomas y en las prácticas culturales y sociales que les permitirán satisfacer mejor las necesidades de esos grupos.

B. Mejoramiento de la calidad de vida

10. El Programa de Acción afirma que "todos los países deberían dar prioridad a las medidas destinadas a mejorar la calidad de la vida y la salud manteniendo un medio ambiente seguro y salubre para todos los grupos de población"⁶. El abastecimiento de agua potable y la prestación de servicios sanitarios suelen ser componentes de los programas y políticas destinados a mejorar la calidad de vida y el medio ambiente. Los programas de algunos países, como las Comoras y Eritrea, asignan prioridad al abastecimiento de agua potable y el suministro de instalaciones sanitarias, y en el Senegal el código de higiene aprobado se ha puesto en práctica hasta en el nivel de la comunidad. Otros países en Asia, el Oriente Medio y América Latina están aplicando políticas y programas para aumentar la conciencia pública y tomar medidas que impidan el aumento de la contaminación y la degradación del medio ambiente. En el Pacífico Sur, los países han aprobado políticas y programas que promueven el concepto de "islas salubres".

11. Filipinas constituye un ejemplo interesante de estrategia para un "lugar salubre" ejecutada mediante la promoción del saneamiento básico y la eliminación de las amenazas para el medio ambiente. La estrategia hace hincapié en la promoción de hábitos sanitarios en las escuelas; la reactivación del interés de las dependencias gubernamentales locales, las organizaciones no gubernamentales y los sectores público y privado, en que las viviendas, los establecimientos alimentarios y los mercados sean más limpios y salubres; y la promoción de lugares de trabajo salubres, vehículos no contaminantes y calles limpias y en

buenas condiciones sanitarias. El aumento de la conciencia pública tiene por objeto estimular la acción para garantizar un entorno seguro y salubre. Las políticas y programas aplicados en otros países de Asia, incluidos Nepal y la República de Corea, tienen en común esta especial atención al logro de un entorno seguro, higiénico y sanitario.

C. Atención a las necesidades de los grupos especiales

12. Las políticas y los programas de salud vinculados con el trabajo se están revelando elementos importantes de los planes de desarrollo de varios países. Los servicios médicos prestados en el lugar de trabajo son a veces accesibles a los miembros de la familia, como ocurre en Namibia y Uganda. Estos servicios pueden ser prestados o financiados por el sector privado, una organización no gubernamental o el Gobierno. En otros países, se han iniciado reformas de políticas para promover y proteger la salud de los trabajadores mediante una ley sobre salud ocupacional o mecanismos análogos. Las políticas aprobadas en varios países de Asia también han puesto de relieve la necesidad de proteger la salud y la seguridad de los trabajadores. En Fiji, nuevas reglamentaciones exigen un examen médico para acceder al empleo y se ha promulgado una ley sobre indemnización por motivos de salud para ayudar a las personas que han sufrido daños físicos a causa de condiciones insalubres en el trabajo. La India ha tomado medidas para proteger a los empleados domésticos y Filipinas ha formulado un código de salud y seguridad ocupacionales para proteger a muchas clases de obreros.

13. Numerosos países cuentan con políticas nacionales para prestar ayuda a los grupos desfavorecidos, que incluyen la atención y el tratamiento de los ciegos y otros discapacitados. Los gobiernos reconocen cada vez más que hay un número creciente de discapacidades, así como la necesidad de prevenirlas y tratarlas. Se están aplicando programas activos de rehabilitación física y capacitación para fortalecer la autonomía financiera, por ejemplo, en Cabo Verde, Etiopía y Senegal. En algunos países, las organizaciones no gubernamentales hacen una contribución importante a los programas para minusválidos y personas con discapacidades. En la República Centroafricana, las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales están trabajando estrechamente con el Gobierno en programas para impedidos. La República de Corea ha promulgado leyes para proteger a los impedidos y dar acceso a información e instalaciones y servicios. Se proporciona asistencia financiera para el diagnóstico de trastornos de la salud, y se han ampliado los servicios de rehabilitación médica para aumentar el número de instalaciones y reducir los gastos médicos de los impedidos con bajos ingresos. En Filipinas se apoyan medidas análogas, con especial atención a la ayuda a las familias para que puedan ocuparse de los miembros impedidos y el apoyo a programas de creación de capacidad para lograr autonomía e independencia. En Asia, 11 países informan de que tienen políticas y programas para impedidos. Estos incluyen por lo general la prestación de asistencia de las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos para impartir capacitación y ayudar a las personas que no pueden trabajar y para realizar investigaciones y evaluaciones de las causas y el tratamiento de las discapacidades.

14. En los países asiáticos no es frecuente que haya programas y políticas para atender a las necesidades de las personas de edad. Los programas y políticas de

la República de Corea ayudan a las personas de edad a llevar una vida independiente en su propia casa. En Fiji, Malasia, Pakistán y Filipinas, las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un papel importante colaborando con los Gobiernos para establecer residencias, impartir capacitación y atender a las necesidades de salud de la población. En Bangladesh, los programas para las personas de edad y las respuestas institucionales a sus necesidades condujeron al establecimiento del Instituto de Medicina Geriátrica y del Comité Nacional para las Personas de Edad a nivel ministerial. Las organizaciones no gubernamentales trabajan activamente para informar a la opinión pública acerca de las necesidades de las personas de edad. En África también se están haciendo innovaciones importantes y se informa de la existencia de programas para atender a las necesidades de salud de las personas de edad en países como Malawi, Mozambique, Senegal y la República Unida de Tanzania. Varios países informan de la existencia de programas para prestar apoyo social y suministrar viviendas; por lo general, éstos incorporan un elemento de cooperación con las organizaciones no gubernamentales y el Gobierno para satisfacer las necesidades de este sector de la población que crece rápidamente.

15. En todas las regiones geográficas y en todos los países hay una creciente conciencia de la importancia de las políticas y los programas para atender a las necesidades de salud de los adolescentes, incluidas las necesidades de salud genésica, que solían desatenderse. En muchos países, como Bangladesh, Eritrea, la India y la República Unida de Tanzania, el matrimonio precoz y la consiguiente maternidad precoz no sólo representan riesgos para la salud de las mujeres jóvenes, sino que también impiden su pleno desarrollo social y reducen su contribución individual al desarrollo social y la vida de la comunidad. Teniendo esto en cuenta, Burkina Faso, la República Centroafricana, Uganda y Zambia, por ejemplo, formularon políticas y programas con miras a mejorar la salud genésica de los adolescentes mediante el intercambio de servicios entre los jóvenes y servicios de fácil acceso para los jóvenes. Las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un papel importante en la prestación de asistencia a los adolescentes en esos países africanos.

III. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA

16. El Programa de Acción afirma que "todos los países deberían establecer el acceso a la atención primaria de la salud y la promoción de la salud como estrategias centrales para reducir la mortalidad y la morbilidad"⁷. La accesibilidad a los servicios básicos de salud parece estar mejorando en la mayoría de los países que respondieron al cuestionario del FNUAP. El personal de que disponen los servicios está aumentando gracias a la mayor contratación y capacitación. El personal existente vuelve a capacitarse para aumentar sus aptitudes técnicas y mejorar la calidad de la atención. En la mayoría de los países, se han suministrado nuevas instalaciones y equipo y se renuevan las instalaciones existentes. En algunos casos, como por ejemplo el de Zambia, se informa de que el personal se ha redistribuido y enviado a zonas carentes de servicios. Se están prestando más servicios periféricos y se está aumentando la atención de la salud basada en la comunidad. Se han hecho algunos esfuerzos, por ejemplo en Sudáfrica, para derivar recursos de la atención terciaria hacia la atención básica. Sin embargo, se trata de un proceso difícil que suele tropezar con obstáculos. El objetivo general es reducir a 5 kilómetros la distancia media que los usuarios deben recorrer para llegar a los dispensarios,

a fin de aumentar la proporción de personas que tiene acceso a los servicios. Hasta la fecha, no hay ningún acuerdo entre los países respecto de las normas que deben adoptarse para la evaluación del acceso.

17. Los programas de los países han abordado la cuestión de la aceptabilidad de los servicios de atención básica de la salud mediante el mejoramiento de las normas técnicas y las reglamentaciones, la capacitación del personal para que adquiriera nuevas aptitudes, incluidas técnicas de asesoramiento, y una mayor atención al enfoque culturalmente apropiado para la prestación de los servicios. Desde el punto de vista de los clientes, algunos países, como Eritrea, hacen hincapié en el uso de programas de información, educación y comunicación para informar a la opinión pública sobre la atención médica, la promoción de la salud y la importancia de interesarse activamente en la propia salud y la de la familia.

18. La prestación de servicios de planificación de la familia y atención básica de la salud dentro de la comunidad es una modalidad bien establecida de ejecución de los programas en todas las regiones. Este tipo de ejecución se fortalece con medidas para descentralizar la gestión de los sistemas de salud en favor del nivel efectivo más bajo. En Bangladesh, Bhután, Botswana y Viet Nam, las organizaciones y los integrantes de la comunidad desempeñan un papel directo en la prestación de los servicios. En Nepal, por ejemplo, la Política de Salud Nacional incluye atención primaria de la salud y servicios de planificación de la familia a nivel de las bases mediante la participación de la comunidad en la gestión y prestación de los servicios de los dispensarios. Estos dispensarios son administradas por grupos de usuarios a través de un comité de gestión establecido a nivel local. El Yemen ha informado de la participación de la comunidad en la formulación de las políticas de salud y de los dirigentes locales de la comunidad en la selección de los servicios que se prestarán. En Nigeria, la comunidad participa en la planificación de programas en el contexto del proyecto de la Organización para la Salud de la Mujer; en la vigilancia y gestión de los programas, mediante el fomento de la creación y la actuación de comités de desarrollo de la salud en aldeas y distritos; y en la movilización de recursos y la renovación de instalaciones sanitarias.

19. En casi todas partes se han efectuado cambios y reformas en los programas de estudio relacionados con la salud en respuesta a las nuevas prioridades establecidas en la CIPD. Prácticamente todos los países en desarrollo han ampliado el programa de estudios de los médicos, los trabajadores sanitarios de la comunidad y otros agentes sanitarios para incorporar la salud genésica, incluida la planificación de la familia, en los programas básicos. En Malasia, se añadieron materiales adicionales sobre las necesidades de salud de los jóvenes, las mujeres y las personas de edad. En Botswana, Mozambique, Nigeria y otros países, se observa un interés especial en las aptitudes para prestar asesoramiento.

IV. SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO DEL NIÑO

20. Los programas para la supervivencia y el desarrollo del niño se lanzaron en el decenio de 1980 y se concentraron en la vigilancia del crecimiento, la lactancia materna, la inmunización y el uso de sales de rehidratación oral para luchar contra la deshidratación causada por la diarrea. Estos cuatro métodos

para salvar vidas de niños atacan las principales causas de morbilidad y mortalidad durante el primero y hasta el quinto año de vida. Las políticas para la supervivencia del niño han evolucionado y superan ahora los cuatro métodos introducidos en el decenio de 1980. La mayoría de los países que han respondido en cada región informan de varias políticas nuevas dirigidas a mejorar la supervivencia y el desarrollo del niño. Estas incluyen medidas para combatir algunas causas concretas de mortalidad, opciones estratégicas para la gestión global de casos (una iniciativa apoyada por el UNICEF y otros organismos) y la integración de la salud del niño en los servicios de salud genésica para los padres. Estos esfuerzos no se realizan en forma aislada de los demás programas de desarrollo. En Indonesia, por ejemplo, las políticas para la supervivencia del niño se vinculan con los esfuerzos para mitigar la pobreza. Botswana, Malawi y Tailandia y algunos países del Pacífico Sur abordan el problema mediante programas de salud en las escuelas que incluyen servicios de nutrición y salud.

21. Casi todos los países han establecido programas de nutrición y salud infantil, que suelen incluir la vigilancia del nivel de malnutrición y del crecimiento, material de información para las madres y medidas encaminadas a resolver problemas concretos. El UNICEF informa de que en 61 países se han aprobado políticas para el suministro de suplementos de vitamina A y que 28 países administran suplementos de vitamina A los niños. En las respuestas al cuestionario se informa con frecuencia de que el suministro de suplementos de vitamina A es un componente concreto de los programas, lo mismo que el suministro de sal yodada para la prevención del bocio y el retraso mental. Las respuestas de los países indican que no se observa una necesidad de programas especiales para ocuparse de la situación nutricional de las niñas. Sin embargo, aunque la malnutrición proteínica se está reduciendo en general, en algunos países se observan mejores resultados para los niños de determinados grupos de edad que para las niñas.

22. En algunos países, las políticas de nutrición se integran en los programas de desarrollo. En Namibia, en virtud de la política de alimentación y nutrición de 1995, el Gobierno asigna prioridad a la potenciación de la población para que logre la autonomía en la satisfacción de las necesidades de alimentación y nutrición en el hogar, mediante la promoción de buenas prácticas de alimentación, salud y nutrición. Los hogares e individuos deben, por consiguiente, tener acceso a recursos suficientes para producir las materias primas alimentarias necesarias, saber y entender cómo aprovechar al máximo esos recursos, y tener acceso al agua potable, dispensarios y estructuras de mercado fiables para poder explotar plenamente los recursos.

23. En todas las regiones geográficas se realizan actividades de promoción de la lactancia materna que se apoyan con información, educación y comunicaciones. El 70% de los países que respondieron informan de que esos programas están bien establecidos y que han logrado el aumento de la lactancia materna como alimentación exclusiva o han detenido la declinación que había empezado a registrar en el decenio anterior. Cuando se proporcionan datos al respecto, se informa de que la duración recomendada de la lactancia materna es de cuatro a seis meses. Además, se menciona con frecuencia la aprobación de un código contra el uso de sucedáneos de la leche. Estos esfuerzos se citan casi siempre como componentes de la iniciativa de hospitales "amigos de los niños". El UNICEF estima que más de 12.000 hospitales se han denominado "amigos de los

niños" como resultado de los esfuerzos por promover y proteger la lactancia materna. Hay una variedad de organizaciones que promueven la lactancia materna, incluidas organizaciones gubernamentales, a través de los ministerios de salud pública, y organizaciones no gubernamentales como los comités nacionales en pro de la lactancia materna. En la República Islámica del Irán, por ejemplo, un comité nacional en pro de la lactancia materna presidido por el Ministro de Salud Pública ha alentado a los hospitales y las facultades de medicina a promover esa práctica. También se estableció un centro nacional para la promoción de la lactancia materna, con cuatro centros provinciales adicionales para ejecutar los programas de capacitación. Un estudio efectuado en 1995 demuestra que el 59% de los niños de las zonas rurales y el 49% de los de las zonas urbanas son alimentados exclusivamente de este modo durante los cuatro primeros meses de vida. En Honduras, se promueve la lactancia materna como una estrategia para la supervivencia de los niños a través de comités nacionales y hospitalarios y mediante la reglamentación de la comercialización de los sucedáneos de la leche.

24. Se verifica una adopción casi universal de los programas de inmunización en todas las regiones. El programa ampliado de inmunización y otros programas de aplicación masiva son las normas para impedir las principales enfermedades infantiles. Menos comunes son los esfuerzos para luchar contra infecciones y parásitos. Quizás sólo una tercera parte de los países que respondieron ejecuten programas para luchar contra las infecciones respiratorias graves. Sólo unos pocos países de África, donde se registran el 90% de todos los casos clínicos de paludismo, destacaron la existencia de programas para reducir el paludismo en los niños, aun cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado de que los que corren mayor riesgo de contraer la enfermedad en las zonas con paludismo endémico son los niños menores de 5 años.

V. LA SALUD DE LAS MUJERES

25. En el Programa de Acción de la CIPD se pide a todos los países que traten de reducir al máximo la mortalidad de la madre para el año 2015. Una de las principales razones de esta decisión es la comprensión de que la calidad de la salud de las mujeres, y en particular de la salud genésica, no está a la altura de los adelantos que se registran en otros indicadores sanitarios. Como observaron la OMS, el FNUAP y el UNICEF, la mortalidad de la madre es un indicador especialmente sensible de la desigualdad y la salud de la mujer, y la información disponible documenta ampliamente el hecho de que no se han registrado mejoras en la tasa de mortalidad de la madre en los últimos años. Con frecuencia la CIPD, el FNUAP y la OMS han reconocido que el mejoramiento de la salud genésica es un componente fundamental del desarrollo. La estrategia para lograrla se basa en cuatro principios, a saber, el desarrollo de los servicios existentes; la promoción de vínculos y la integración funcional de los servicios y la información de salud genésica en la atención primaria de la salud; la satisfacción de las necesidades de componentes básicos para la regulación de la fecundidad, mediante la reducción de la morbilidad y mortalidad de la madre y el niño y la prevención y gestión de las enfermedades de transmisión sexual; y la participación de hombres y mujeres en el logro de la salud genésica.

26. Las políticas y programas de los países se lanzaron para reducir los riesgos que corren las mujeres durante sus años de vida reproductiva. Los embarazos poco espaciados a una edad precoz y los efectos negativos en la salud de la mujer derivados de la necesidad de volver a trabajar inmediatamente después del parto aumentan los riesgos para la salud. Una respuesta a este último problema es la institucionalización de las políticas y reglamentaciones sobre licencia por maternidad. En Mauricio existe la licencia por maternidad y en Etiopía se ha propuesto su inclusión en la ley sobre reformas del código civil, y podrán tomarse hasta tres meses de licencia. En Kenya, todas las madres con derecho a licencia pueden ausentarse un máximo de 60 días; en Rwanda, las empleadas del sector estructurado tienen tres meses de licencia por maternidad; en Botswana tienen tres meses con paga completa; en Namibia, un mes después del parto; y en Uganda la norma es 45 días.

27. Los países de Asia tienen políticas y programas similares. En los 14 países de Asia que proporcionaron información al respecto, el período de licencia por maternidad oscila entre 45 y 133 días, pero la mayoría concede tres meses de licencia. En unos pocos países, por ejemplo la India y Filipinas, los padres pueden tomar 15 días de licencia. La práctica de licencia por maternidad es más corriente en los organismos gubernamentales y en las grandes empresas del sector privado. Este beneficio es mucho menos común para la gran mayoría de mujeres que trabajan en las zonas rurales o en pequeñas industrias. Las organizaciones no gubernamentales han apoyado activamente la aprobación de políticas al respecto y han tenido éxito en países como Bangladesh, donde obtuvieron el apoyo del Gobierno.

28. La situación de las mujeres en muchos países constituye un riesgo para su salud. Esto se ha reconocido en algunos casos mediante políticas para proteger sus derechos dentro de la familia y en la sociedad en general, tanto en el plano doméstico como en la comunidad. Las medidas adoptadas pueden ser muy distintas y reflejan las necesidades locales percibidas. Malawi, Níger, Filipinas y la República Árabe Siria informan acerca de políticas y reformas de leyes para proteger la salud de las mujeres en el lugar de trabajo. Las condiciones en que se realizan algunos trabajos domésticos constituyen riesgos especiales para la salud de la mujer; esto se reconoció en Etiopía, la República Islámica del Irán y Nepal. En las Comoras, se fortaleció el código de la familia y se asignó a un Ministro la tarea de promover los derechos y la salud de la mujer. Camboya es uno de los pocos países que informó acerca de la aprobación de políticas gubernamentales para reducir la violencia en el hogar como parte de un enfoque para proteger la salud de la mujer. Filipinas ha aprobado una política para impedir la violencia contra las mujeres (violación, maltrato e incesto).

29. El fortalecimiento del papel de la mujer en la adopción de decisiones sobre salud sexual y salud genésica se considera parte integrante de las políticas generales para proteger la salud de la mujer. En varios países, como Camboya, existen políticas y programas para tal fin en varios niveles de la sociedad. Bhután, Etiopía y la República Islámica del Irán informan acerca de esfuerzos por aumentar las oportunidades de participación en las decisiones de las mujeres. En Filipinas, un principio gubernamental básico es dejar que los individuos y las parejas asuman la responsabilidad de la planificación de la familia y la reproducción. Además, las actividades de capacitación sobre cuestiones de género realizadas por organizaciones interesadas en la salud de la mujer y otras organizaciones no gubernamentales incluyen un módulo de

orientación sobre la salud de la mujer que incluye salud y derechos reproductivos, sexualidad y derechos sexuales. El programa de la República Islámica del Irán también incluye actividades de información, educación y comunicación dirigidas a informar a los hombres de los derechos de las mujeres y del papel que corresponde a cada uno en la adopción de decisiones. Los organismos de las Naciones Unidas en la República Islámica del Irán han apoyado estos esfuerzos. El programa del FNUAP para el país hace hincapié en los componentes de desarrollo y potenciación de la mujer en todas las principales esferas de asistencia.

30. En 15 países africanos, se están realizando actividades para eliminar la práctica de mutilación genital de la mujer, que puede tener efectos devastadores en la salud. Esas actividades incluyen promoción; creación de conciencia; establecimiento de comités nacionales o equipos de tareas para luchar contra esas prácticas nocivas; campañas de sensibilización y campañas en los medios de comunicación; investigación sobre cuestiones socioculturales; desarrollo y difusión de material de información; y capacitación del personal paramédico. Las organizaciones no gubernamentales locales y nacionales y otras instituciones nacionales han organizado varios seminarios y cursos prácticos sobre el tema en los países africanos afectados, y su labor cuenta con el apoyo de organizaciones bilaterales y multilaterales, incluidos en muchos casos el FNUAP.

Maternidad sin riesgos

31. El FNUAP ha trabajado activamente para promover la iniciativa sobre la maternidad sin riesgo, que se basa en datos que demuestran que la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo son una carga importante que agrava la situación de la salud de las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. La presente encuesta demuestra que este enfoque ha recibido un amplio apoyo: los programas para la maternidad sin riesgo son corrientes en todos los países de las distintas regiones geográficas. Se han establecido o renovado instalaciones; se imparte capacitación y se modifican los programas de estudio; y la red de consultorios se está desarrollando o haciendo más eficaz en todos los países que han respondido.

32. Se reconoce ahora que la morbilidad y mortalidad de la madre no pueden reducirse significativamente sin facilitar el acceso a servicios fundamentales de obstetricia seguros y eficaces para todas las mujeres que los necesitan. En la región de los Estados árabes, la República Árabe Siria, el Sudán y el Yemen están impartiendo capacitación sobre parto sin riesgos y atención obstétrica de emergencia. También se está impartiendo capacitación para tal fin en el África subsahariana, América Latina y Asia. En la República Islámica del Irán, se ha establecido un comité para la reducción de la mortalidad de la madre supervisado directamente por el Ministerio de Salud Pública y Educación Médica. El comité tiene su contraparte en el plano provincial. Los casos de muerte de la madre deben informarse al comité para que examine las causas y determine futuros métodos de prevención. Este comité formula módulos educativos y organiza cursos de actualización sobre las complicaciones del embarazo y el parto para médicos y parteras con título universitario. Desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muchos países, con el apoyo del FNUAP, se han ocupado de la renovación, el equipo, los suministros y la

capacitación especializada de los servicios esenciales de obstetricia como parte de los nuevos programas de asistencia.

33. Al igual que los programas de nutrición para la supervivencia de los niños, los programas relacionados con la nutrición de la madre suelen incluir el tratamiento de la anemia, mediante administración de hierro, y de la deficiencia de yodo, mediante el uso de sal yodada, y programas para mejorar los niveles de vitamina A. En unos pocos casos, se han tomado medidas más importantes, como el apoyo a los centros generales de nutrición, por ejemplo en el Sudán, para hacer diagnósticos y tratar las enfermedades de las mujeres. En el Yemen se está trabajando para dar a conocer los requisitos nutricionales de las mujeres embarazadas y que amamantan y crear buenos hábitos nutricionales mediante actividades de información, educación y comunicación y otras actividades de promoción, y también se proporcionan alimentos básicos a los pobres a través del Programa Mundial de Alimentos y otros organismos.

34. La salud genésica supone que los individuos y las parejas tienen la capacidad de reproducirse, que las mujeres están en condiciones de atravesar un embarazo y un parto sin riesgos, y que los niños sobreviven y crecen para convertirse en adultos sanos. También lleva implícita la posibilidad de tener el número deseado de niños a los intervalos deseados y relaciones sexuales sin riesgo. La planificación de la familia es un elemento central de todos los aspectos de la salud genésica y tiene repercusiones en la prevención de las enfermedades transmisibles sexualmente, las consecuencias de la fecundidad no deseada, la infecundidad y la supervivencia de la madre y el niño. En más de 145 países hay programas y políticas para la planificación de la familia. A fin de reducir los embarazos no deseados, se ejecutan programas nacionales, apoyados por el FNUAP y otras organizaciones internacionales, que promueven un mayor acceso a buenos servicios de planificación de la familia, la actualización del material técnico para los dispensarios y los servicios de planificación de la familia basados en la comunidad a fin de que refleje las últimas recomendaciones basadas en criterios médicos para elegir anticonceptivos, y el mejoramiento del material de información, educación, comunicación y asesoramiento.

35. Se han tomado iniciativas en los países para aclarar los enfoques utilizados para atender a nuevas necesidades, tales como la anticoncepción de emergencia y necesidades especiales de planificación de la familia de determinadas grupos, como los adolescentes, los refugiados y las personas desplazadas. El programa conjunto de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el FNUAP, que presta ayuda en situaciones de emergencia, ha establecido procedimientos para la distribución de suministros esenciales de salud genésica entre los refugiados y las personas desplazadas internamente.

36. La prevención del aborto y el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto son una cuestión delicada en la mayoría de los países. El acceso a servicios eficaces de planificación de la familia se apoya con programas a nivel de los países, pues se considera el medio más eficaz para prevenir los embarazos no deseados que terminan en aborto. Muchos países, incluidos Malawi, Mozambique y Nepal, informan de que cuando se realiza un aborto en condiciones peligrosas, las complicaciones resultantes son tratadas por personal capacitado en condiciones clínicas adecuadas. Las mujeres que han interrumpido un embarazo mediante aborto tienen una gran necesidad de servicios de planificación de la

familia. La OMS considera que los encargados de la formulación de políticas deben modificar las políticas que impiden la prestación de servicios de planificación de la familia después del aborto, asignar recursos humanos y financieros a los programas, y recabar apoyo político y administrativo para prestar servicios de planificación de la familia después del aborto. Como parte de un programa global de asistencia a los programas de los países, en 1997 se celebró en Turkmenistán un curso práctico sobre planificación de la familia después del aborto para administradores de programas centrales y de distrito, apoyado por la OMS.

VI. VIH/SIDA

37. En todas las regiones se han fortalecido las políticas y los marcos jurídicos para responder al riesgo de un aumento de la incidencia de SIDA. En los países del África subsahariana, donde la tasa de VIH tal vez sea la más alta del mundo, se han formulado planes quinquenales estratégicos, y en algunos casos ya se está aplicando la segunda serie de planes quinquenales. Incluso en los países que afirman tener niveles relativamente bajos de VIH/SIDA, se han tomado medidas para establecer mecanismos que impidan la difusión de la pandemia. Casi todos los países de todas las regiones han creado organizaciones de prevención y contención del SIDA, en forma de comités, consejos, programas o comisiones, o han creado dependencias especiales dentro de algún organismo existente, como el Ministerio de Salud Pública. En Indonesia, por ejemplo, se emitió un Decreto Presidencial en mayo de 1994 en virtud del cual se creó una comisión multisectorial de prevención y contención del SIDA, con representación ministerial de varios sectores. La Comisión ha patrocinado una estrategia global para promover un comportamiento sin riesgo en la población, proteger a los individuos de la infección, reducir la transmisión vertical y prestar apoyo a las personas infectadas.

38. En el plano internacional, el sistema de las Naciones Unidas ha concentrado sus esfuerzos, a través de UNAIDS, en el fortalecimiento y el apoyo de la capacidad nacional para coordinar, planificar, financiar, ejecutar, vigilar y evaluar mecanismos ampliados de respuesta al VIH/SIDA. En setiembre de 1997 ya se habían establecido 132 grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para apoyar la creación de capacidad nacional en 155 países. En Botswana, el marco común de apoyo para el octavo plan nacional de desarrollo incluye seis proyectos. En el Pakistán, la planificación conjunta de los grupos temáticos de las Naciones Unidas y el Gobierno ha aumentado el interés nacional e internacional en el programa. El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA también asigna prioridad a los esfuerzos por desarrollar, promover y aplicar las mejores prácticas para combatir la epidemia; 19 de esas mejores prácticas han sido publicadas por el Programa, que ha reunido científicos en cursos prácticos regionales para mejorar la supervisión. El FNUAP ha apoyado estos y otros esfuerzos. En 1996, el FNUAP proporcionó más de 20 millones de dólares para la lucha contra el VIH/SIDA, incluidas actividades de prevención en 124 países, y también colaboró con más de 115 organizaciones no gubernamentales en esas actividades.

39. Los programas nacionales para impedir o reducir la difusión del VIH/SIDA varían enormemente en función de las necesidades locales. Con mayor frecuencia, los programas incluyen varios elementos: creación de conciencia e información,

educación y comunicación sobre relaciones sexuales sin riesgo; aclaración de malentendidos acerca de la enfermedad y mejoramiento de la información de los encargados de la prestación de servicios; análisis de sangre y distribución de suministros no contaminados; capacitación de los trabajadores sanitarios en métodos de diagnóstico y gestión, incluidas aptitudes de asesoramiento; atención de las necesidades de los grupos de alto riesgo, como los profesionales del sexo y los militares; y aumento de la disponibilidad y utilización de preservativos. En varios países africanos se han establecido puestos de vigilancia del crecimiento de la epidemia. En la región de África, se han hecho esfuerzos especiales, mediante información y medidas jurídicas, para impedir la discriminación contra las personas con VIH/SIDA y garantizar el acceso a la atención médica en el plano local. Un estudio efectuado en las Comoras reveló una discriminación generalizada contra las personas infectadas con el VIH; rápidamente el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales aplicaron programas de información, educación y comunicación para hacer frente al problema.

40. El largo período que transcurre entre los primeros síntomas y la muerte de las personas que sufren de SIDA es terriblemente perturbador para las familias que ya atraviesan situaciones difíciles. Para hacer frente a ese problema, en la República Unida de Tanzania se ejecutan programas de asesoramiento a las familias. En algunos países del África subsahariana, incluidos Botswana, Ghana, Kenya, Malawi, Namibia y Zambia, la característica más destacada es que se hace participar activamente a la comunidad en la atención en el hogar de los pacientes de SIDA.

41. La prevención y gestión de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA se suelen integrar en los servicios de atención básica de la salud. En la mayoría de los programas de los países, los esfuerzos por prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, forman parte de los servicios de atención de la salud genésica. Para tal fin, se ha impartido capacitación especial a los agentes sanitarios sobre asesoramiento, transmisión de información, mejores prácticas y gestión de casos. Algunos países, incluidos Botswana, Honduras, Namibia, Turquía, Uganda y Viet Nam, informan de que los programas de prevención del VIH/SIDA se aplican conjuntamente en los planos interministerial o interdepartamental para optimizar los esfuerzos.

42. Los países con tasas altas de VIH/SIDA han adoptado medidas para hacer frente a la demanda masiva de servicios y a la reducción de la capacidad para prestar atención médica debida a la difusión de la enfermedad entre el personal sanitario. Se han tomado medidas para hacer ajustes en los sistemas de salud que tienen necesidad de integrar servicios relacionados con el VIH, o con las enfermedades de transmisión sexual y la seguridad hematológica. En Tailandia, los pacientes de SIDA reciben ayuda financiera del Gobierno. La asignación presupuestaria de 1996 para el programa nacional sobre el SIDA se invirtió en actividades encaminadas a modificar el comportamiento y eliminar factores sociales de riesgo; promoción de la salud y servicios médicos, incluidas precauciones universales y seguridad hematológica; asesoramiento; asistencia para las personas que viven con el SIDA; investigación y evaluación de los programas; y apoyo para la administración y gestión. En Bangladesh, Bhután, Fiji e Indonesia se informa de mecanismos de apoyo para las familias afectadas por el SIDA. Gran parte de la asistencia procede de organizaciones no

gubernamentales como el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y el Comité Nacional sobre el SIDA.

VII. APOYO INTERNACIONAL NO GUBERNAMENTAL

43. En el presente informe se han mencionado las importantes contribuciones de las organizaciones no gubernamentales nacionales a los programas de salud. Las organizaciones no gubernamentales internacionales también han hecho lo propio, y desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo han promovido numerosas políticas y programas sobre salud y mortalidad en los países en desarrollo. El FNUAP apoya a varias organizaciones no gubernamentales internacionales y trabaja con ellas para promover la salud de la mujer y la salud genésica. Estas organizaciones son: la Asociación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, el Centro para Actividades de Desarrollo y Población, la Asociación Médica del Commonwealth, el Consejo Internacional de Administración de Programas de Población, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Coalición Internacional sobre la Salud de la Mujer, la Organización japonesa para la cooperación internacional en la esfera de la planificación de la familia, Internacional Marie Stopes, el Consejo de Población, el Instituto de Población, el Programa de tecnología apropiada para los servicios de salud y la Organización de Mujeres para el Medio Ambiente y el Desarrollo.

44. Las respuestas recibidas al cuestionario del FNUAP documentan el apoyo a las organizaciones no gubernamentales internacionales (por ejemplo, para promover la lactancia materna en Níger y algunos Estados isleños del Caribe y para promover la salud de niños y mujeres en Nepal y Nigeria). Las organizaciones no gubernamentales internacionales han apoyado programas de información y prestación de servicios sobre el VIH en las cuatro regiones geográficas. La promoción de la salud de la mujer, conjuntamente con instituciones europeas y de las Naciones Unidas, ha puesto de relieve la importancia de seguir prestando atención al mejoramiento de la salud y la reducción de la mortalidad como parte de los programas de desarrollo. La Internacional Marie Stopes ha desempeñado un importante papel de apoyo a los esfuerzos nacionales por mejorar la situación de la salud y la gestión sanitaria. La capacitación en atención médica y asesoramiento cuenta con el apoyo de la Asociación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en varios países y del Centro para Actividades de Desarrollo y Población en el Nepal, Nigeria y otros países. El Programa Internacional de Enseñanza y Capacitación en Salud Genésica del JHPIEGO (John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics Corporation) está fortaleciendo actualmente la capacidad de formación en Indonesia, Marruecos y Uganda mediante la preparación de manuales de referencia y la capacitación de instructores para prestar servicios de alta calidad y reducir la morbilidad y la mortalidad.

45. La Coalición Internacional sobre la Salud de la Mujer apoya a organizaciones no gubernamentales que prestan y promueven servicios nacionales de salud en Bangladesh, el Brasil, Camerún, Chile, Indonesia, Nigeria y Filipinas y aplica programas mundiales para promover la salud y los derechos genésicos y sexuales de las mujeres. La Organización de Mujeres para el Medio Ambiente y el Desarrollo trabaja fundamentalmente en la promoción y vigilancia de cuestiones relacionadas con la salud y los derechos genésicos y sexuales de

las mujeres, dentro del marco general de las cuestiones de género, medio ambiente y desarrollo. Ésta es una organización mundial que vincula más de 20.000 actividades y organizaciones de todo el mundo.

46. La Organización japonesa para la cooperación internacional en la esfera de la planificación de la familia, conjuntamente con la Asociación para la Planificación de la Familia de Ghana, apoya la capacitación de parteras tradicionales para mejorar la calidad de los partos. En la India y en Bangladesh, las organizaciones no gubernamentales internacionales prestan una proporción importante de los servicios de salud genésica. Estos esfuerzos de prestación de servicios incluyen componentes innovadores; por ejemplo, la Organización japonesa para la cooperación internacional en la esfera de la planificación de la familia promueve servicios autónomos en el Nepal en cooperación con el Gobierno central y organizaciones de la comunidad. Las organizaciones no gubernamentales también han apoyado la investigación en hospitales; por ejemplo, la Asociación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria presta ayuda para la comparación de técnicas de detección del cáncer y el JHPIEGO apoya la evaluación de las necesidades de capacitación en Indonesia y Uganda. El Consejo de Población ha desempeñado un papel importante en los programas de salud y planificación de la familia en todas las regiones. La asistencia prestada para la investigación operacional y el fortalecimiento de los elementos de calidad de la atención en los programas nacionales ha sido especialmente importante.

VIII. INVESTIGACIONES SANITARIAS

47. Casi todos los países que respondieron al cuestionario apoyan algún tipo de programa de investigación sanitaria. Las únicas excepciones son los países con problemas financieros. Con frecuencia se mencionan los censos y las encuestas sanitarias como fuente de información. Algunos países están realizando estudios especiales sobre nutrición y salud genésica del hombre, y cinco países mencionaron concretamente programas de investigación sobre salud de los adolescentes.

48. Varios programas de los países han preparado planes de investigación amplios. Entre los mejor documentados se encuentran los de Nicaragua, Filipinas, Senegal, Sudán, Viet Nam y Zimbabwe. En Viet Nam se prevén, o ya están realizando, investigaciones sobre la incidencia de las infecciones del sistema reproductor; la tasa de abortos y las complicaciones resultantes; la juventud, la sexualidad antes del matrimonio y el aborto; y las causas de la mortalidad de la madre.

49. Varios programas nacionales de investigación incluyen salud genésica, incluida la maternidad sin riesgos; estudios sobre conocimiento, actitud y práctica de los hombres; y estudios sobre enfermedades de transmisión sexual (incluido el enfoque sindrómico para su diagnóstico). Doce de los 74 países que respondieron informaron de que efectuaban investigaciones sobre el aborto; el objetivo suele ser evaluar la magnitud del problema y determinar sus causas para poder aplicar medidas preventivas eficaces.

IX. CONCLUSIONES

50. El examen de las actividades de los programas y las políticas de 74 países, en cuatro regiones geográficas, revela un nivel importante de actividad para mejorar la salud y reducir la mortalidad. Entre las principales conclusiones que pueden extraerse se encuentran las siguientes:

a) Se han producido cambios fundamentales en la estructura, financiación y tipo de los servicios que se prestan en el sector de la salud;

b) El mejoramiento del acceso a la atención básica de la salud es un elemento central de las políticas de los países, y los esfuerzos por alcanzar a las poblaciones más desfavorecidas ya han dado resultados importantes;

c) Ha aumentado la participación de la comunidad en la prestación de los servicios sanitarios;

d) Los programas para la supervivencia del niño han mejorado la salud de lactantes y niños, y la importancia que se da actualmente a los micronutrientes promete producir nuevas mejoras;

e) Se ha aceptado universalmente que la lactancia materna contribuye a la supervivencia de los niños;

f) La posibilidad de tomar licencia por maternidad es cada vez frecuente para las trabajadoras del sector estructurado de muchos países en desarrollo;

g) Se están reconociendo los riesgos especiales que corre la salud de las mujeres y se están tomando medidas a los más altos niveles gubernamentales;

h) La planificación de la familia se considera fundamental en todos los países para reducir los embarazos no planeados y mejorar la salud genésica;

i) La respuesta de los países a la pandemia de VIH/SIDA ha movilizado recursos para contener el avance de la infección de VIH;

j) Excepto en los países relativamente adelantados, los recursos que se asignan a las investigaciones sanitarias son demasiado reducidos como para que permitan recabar la información necesaria para la adopción de decisiones;

k) Las organizaciones no gubernamentales desempeñan un papel cada vez más prominente en la prestación de servicios sanitarios y en las actividades de promoción e información.

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, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.

² Las respuestas de los países no proporcionan datos sobre el grado de ejecución de los programas y políticas ni sobre las repercusiones en la salud y las tasas de mortalidad. El presente informe refleja necesariamente esa importante deficiencia.

³ La información proporcionada por los 13 países de la región del Pacífico Sur se analizó conjuntamente, como un solo informe.

⁴ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, anexo, cap. VIII, párr. 8.8.

⁵ La Iniciativa de Bamako se anunció en septiembre de 1987, en una reunión de Ministros de Salud Pública de la región de África, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF.

⁶ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ..., anexo, cap. VIII, párr. 8.10.

⁷ *Ibíd.*, párr. 8.4.
