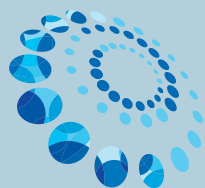




NACIONES UNIDAS

CEPAL



Primera Reunión de la
Conferencia Regional sobre
Población y Desarrollo de
América Latina y el Caribe

Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013

Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe

Examen del período 2009-2013
y lecciones aprendidas

SÍNTESIS Y
BALANCE



CIPD =

Conferencia Internacional
sobre la Población y el
Desarrollo más allá de 2014

DERECHOS
+
DESARROLLO



NACIONES UNIDAS

CEPAL



**Primera Reunión de la
Conferencia Regional sobre
Población y Desarrollo de
América Latina y el Caribe**

Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013

Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe

Examen del período 2009-2013
y lecciones aprendidas

SÍNTESIS Y
BALANCE



CIPD =

Conferencia Internacional
sobre la Población y el
Desarrollo más allá de 2014

DERECHOS
+
DESARROLLO

Este documento fue elaborado bajo la dirección de Dirk Jaspers_Faijer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, y la coordinación de Jorge Rodríguez, asistente de investigación del Área de Población y Desarrollo del CELADE, y de Fabiana del Popolo, experta del Área de Demografía e Información sobre Población del CELADE. Se reconoce el apoyo brindado por Ana María Oyarce, Katherine Páez, Javiera Rauld y Miguel Ojeda, consultores del CELADE. Se agradecen el apoyo y los aportes sustantivos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Asimismo, se destacan los valiosos aportes resultantes de la sesión de trabajo preparatoria de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en la sede de la CEPAL en Santiago los días 20 y 21 de mayo de 2013, que contó con la participación de representantes de la Mesa Directiva del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, así como de expertos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de la sociedad civil, del mundo académico y de distintas divisiones de la CEPAL.

Índice

Resumen.....	5
Capítulo I	
Antecedentes, mandato y objetivos del informe	7
A. Antecedentes.....	7
B. Mandato.....	7
C. Objetivos	8
Capítulo II	
Elementos de referencia para el examen de la implementación del Programa de Acción de la CIPD en América Latina y el Caribe	9
Capítulo III	
Cumplimiento del PA-CIPD en América Latina y el Caribe: logros, avances, déficits y asuntos pendientes del período 2009-2013	11
A. Introducción y evaluación general.....	11
B. Integración de los asuntos de población en la planificación del desarrollo económico y social y la reducción de la pobreza	12
C. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres	16
D. La familia, sus funciones, derechos, composición y estructura	18
E. Estructura demográfica, generaciones y otros grupos de la población.....	20
F. Derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva	26
G. Salud, morbilidad y mortalidad	34
H. Distribución de la población, urbanización y migración interna	39
I. Migración internacional	41
J. Población, desarrollo y educación.....	43
K. Tecnología, investigación y desarrollo.....	44
L. Financiamiento	46
Capítulo IV	
Lecciones aprendidas de la aplicación regional del PA-CIPD.....	47
Notas	49
Bibliografía	69
Anexo.....	73



Resumen

Resumen

En el presente texto se procura sistematizar y resumir la información de que disponemos sobre los principales avances logrados en la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA-CIPD) en América Latina y el Caribe, así como señalar las acciones que han facilitado estos avances e identificar los objetivos del PA-CIPD que han tenido un escaso cumplimiento, progresos discontinuos o, incluso, retrocesos. Junto a lo anterior, en el texto se apunta a delinear un conjunto de lecciones derivadas de los casi 20 años de aplicación del PA-CIPD en la región —tanto sobre los logros y los objetivos cumplidos como sobre las asignaturas pendientes y los asuntos emergentes—, con el propósito de brindar insumos para la definición de agenda de población y desarrollo después de 2014.

El documento se estructura en cuatro capítulos. El primero es una introducción con antecedentes relevantes para entender la naturaleza, el alcance y los objetivos de este informe, así como para explicitar su nexos con el informe más pormenorizado, que es documento de referencia de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. El segundo capítulo brinda un marco de referencia con un conjunto de criterios ordenadores del examen que constituye el núcleo del documento. El tercero corresponde a un examen específico de la implementación, basado en la revisión y el análisis de las acciones implementadas en los países para dar cumplimiento al PA-CIPD —lo que incluye la identificación de insuficiencias y ausencias— y en el seguimiento y evaluación de la evolución de los indicadores de las pocas metas cuantitativas establecidas en el PA-CIPD. En el cuarto y último capítulo se presentan las lecciones aprendidas en los casi 20 años de aplicación del PA-CIPD, fundamentales para los acuerdos y el quehacer futuros de la región en materia de población y desarrollo.



Capítulo I

Antecedentes, mandato y objetivos del informe

A. Antecedentes

Desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo en septiembre de 1994, el seguimiento oficial de la implementación de su Programa de Acción (PA de la CIPD) en América Latina y el Caribe ha correspondido al Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL. En este seguimiento se ha considerado la elaboración de informes tanto subregionales, en particular para el Caribe, como regionales por parte de la secretaría técnica de este Comité—el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL—, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estos documentos se han basado en informes de los gobiernos y de otros actores, análisis de consultores y la actualización de un sistema de indicadores elaborados especialmente para el monitoreo del cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD en la región.

Los informes antes mencionados se han presentado y debatido en reuniones de evaluación quinquenal de la implementación del PA-CIPD y en eventos intermedios del Comité¹. Normalmente, estas reuniones han sido de carácter intergubernamental y han incluido una activa participación de los organismos no gubernamentales y otras instituciones interesados en el PA-CIPD. Todas estas actividades de seguimiento de la implementación del PA-CIPD en América Latina y el Caribe han contado con el apoyo del UNFPA.

El esfuerzo sistemático de seguimiento, lejos de ser una actividad rutinaria o limitarse a un ejercicio académico, ha contribuido a reafirmar el PA-CIPD de forma consensuada desde 1994. Asimismo, ha fortalecido la cooperación Sur-Sur y ha facilitado la participación de diversos actores, incluida la sociedad civil, en las evaluaciones del cumplimiento del Programa de Acción. El reconocimiento de políticas exitosas y buenas prácticas nacionales, así como la identificación de lagunas y debilidades en el cumplimiento han sido clave para reforzar la voluntad política y los esfuerzos prácticos tendientes al logro de los objetivos del PA-CIPD en la región.

B. Mandato

Los países participantes en la reunión del Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo celebrada en Quito entre el 4 y el 6 de julio de 2012 aprobaron el acuerdo 1, que establecía que este Comité pasase a denominarse Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. En ese mismo acuerdo, los países

decidieron aceptar el ofrecimiento del Gobierno del Uruguay para ser sede de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Esta decisión se reflejó en la resolución 670(XXXIV), “Comité Especial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe sobre Población y Desarrollo”, del trigésimo cuarto período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) —celebrado en San Salvador en agosto de 2012—, en que se aprobó el cambio de denominación antes mencionado y se refrendaron las demás disposiciones que figuran en el acuerdo 1, además de acogerse con beneplácito el acuerdo 2 “Población, territorio y desarrollo sostenible, y otras actividades prioritarias”, en cuyo numeral 43 se solicita que la CEPAL, “[...] en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, preste el apoyo técnico necesario a los países en la revisión y el seguimiento nacional y regional de la implementación del Programa de Acción de El Cairo a 20 años de su adopción y elabore un informe regional sobre los logros alcanzados, retos pendientes y desafíos de temas emergentes para el futuro y que, sobre la base de los resultados de ese estudio, actualice la propuesta de agenda regional sobre población y desarrollo después de 2014, la que será presentada y discutida en la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en el segundo semestre de 2013”.

Cumpliendo con esa última solicitud, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, en su condición de secretaría técnica de la recién creada Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, preparó el presente informe. Los antecedentes de este texto son el informe oficioso publicado en 2012 en que se presenta un monitoreo del avance del PA-CIPD en el período 2009-2011 (Páez, 2012)², la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (en adelante Encuesta mundial) y el borrador de informe regional correspondiente³, así como diversas fuentes regionales y nacionales que aportaron insumos relevantes para la evaluación (Naciones Unidas, 2013). El presente informe se elaboró en estrecha colaboración con la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y contó con el apoyo de varias divisiones de la CEPAL. Adicionalmente, para su elaboración se consideraron insumos y aportes de otros actores, entre ellos la sociedad civil.

C. Objetivos

El primer propósito del presente texto es resumir con énfasis, elementos de juicio y argumentaciones selectivas, el documento “Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe: examen del período 2009-2013 y lecciones aprendidas”⁴, presentado como texto de referencia en la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Con el presente documento se persiguen al menos dos objetivos adicionales: i) ofrecer información sobre el balance de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD durante su período de vigencia original (1994-2014) en la región, y ii) vincular de forma introductoria la evaluación quinquenal y de los últimos 20 años con la agenda de población y desarrollo después de 2014 para América Latina y el Caribe.

Se trata de dos objetivos ambiciosos, pero el hecho de que sean preliminares reduce el nivel de premura y exigencia. En efecto, ambos deberán ser abordados mediante otros procesos —en particular el conducente a una evaluación a escala mundial de la implementación del Programa de Acción, la cual culminará en una sesión especial de la Asamblea General el 22 de septiembre de 2014⁵— y de hecho se tratan en otros documentos en elaboración. En concreto, la agenda de población y desarrollo para América Latina y el Caribe después de 2014 se presenta en otro documento de trabajo de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, al que el presente texto está conectado por varios puentes.



Capítulo II

Elementos de referencia para el examen de la implementación del Programa de Acción de la CIPD en América Latina y el Caribe

En el Informe de seguimiento de la implementación del PA-CIPD en América Latina y el Caribe entre 2004 y 2009⁶ se identifican varias especificidades de la región que deben considerarse con particular atención en la evaluación. En general, estas particularidades se mantienen y, por ende, volverán a ser elementos transversales del examen. Son las siguientes:

- i) La gran desigualdad socioeconómica, vinculada a otras, como la de género y la étnica, con las que se retroalimenta. Esta especificidad obliga a ser cautos con el análisis de los promedios, impele a evaluar los indicadores y el alcance de las acciones de manera desagregada por grupos socioeconómicos y refuerza el foco en el cumplimiento universal de derechos como parámetro clave del análisis;
- ii) lo avanzado de los procesos de transición demográfica y urbana, que han seguido desarrollándose según diferentes estrategias de desarrollo y políticas públicas. Esta especificidad pone de relieve la importancia de las fuerzas estructurales para la implementación de algunos aspectos del PA-CIPD y alerta sobre las complejas relaciones existentes entre políticas y resultados. Asimismo, conduce a dar más prioridad en el examen regional a algunos asuntos asociados a estos procesos, como el envejecimiento, la transición epidemiológica y el sistema de ciudades;
- iii) la diversidad y complejidad cultural de la región, alguna vez invisibilizada, pero crecientemente reconocida y valorada. A causa de lo anterior, en el examen se debe considerar la desigualdad étnica hasta donde los datos lo permitan y hay que prestar especial atención a la pertinencia étnica y cultural de la medición y de las acciones;
- iv) la debilidad institucional y el denominado “déficit de implementación”, así como otros, relacionados con capacidades técnicas precarias, recursos insuficientes, ausencia de mecanismos de seguimiento y evaluación y dificultades para el diseño de políticas de mediano y largo plazo⁷. Este rasgo obliga a ir más allá de las declaraciones e informes oficiales o de la mera constatación de la aprobación de medidas, y realizar efectivamente la identificación de evidencia sobre la materialización o ejecución de las acciones. De hecho, con este informe se procura cumplir ese requerimiento considerando insumos y antecedentes no oficiales aportados por actores no estatales relevantes en los países y en la región.

Además de estas especificidades, hay cuatro elementos del período significativos para el análisis. El primero es el contexto de crisis económica mundial, que tiene efectos directos para algunos de los objetivos del PA-CIPD (por ejemplo, los relativos a la migración internacional) e implicaciones financieras decisivas para el conjunto del PA-CIPD (por el recorte de fondos de la cooperación internacional).

El segundo elemento, directamente ligado al anterior, es la resiliencia macroeconómica que ha mostrado la región para enfrentar esta crisis, lo que ha sido clave —junto a la voluntad política y una orientación de las iniciativas públicas en sentido contracíclico y socialmente estabilizador en la mayoría de los países— para amortiguar el impacto de la crisis en los ámbitos abordados en el PA-CIPD.

El tercero es una creciente identificación de los gobiernos de la región con el PA-CIPD y sus principios, contenidos, objetivos y medidas propuestas. La adhesión regional a este Programa de Acción nunca se quebró —aunque varios países realizaron observaciones sobre el PA-CIPD en El Cairo y en algunos momentos hubo signos de grietas en el apoyo regional al Programa de Acción—, pero en los últimos años la acogida ha sido más amplia e incluso varios países han adoptado iniciativas más allá de las planteadas en el PA-CIPD.

Y el cuarto elemento es el avance en paralelo de otras agendas, algunas de ellas de temática de mayor repercusión o visibilidad —como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el desarrollo sostenible—; otras hermanadas —como la de género—; otras vinculadas conceptualmente, pero aún escasamente enlazadas políticamente —como la del cambio climático—, y otras que corresponden a asuntos abordados en el PA-CIPD —como los relacionados con los adultos mayores y los migrantes internacionales— que han adquirido vida propia. La colaboración en temas comunes a las distintas agendas ha sido clave para lograr avances en el período, aunque también ha habido casos de competencia que han ido en desmedro del progreso en materia de población. Esta experiencia es muy importante, considerando las discusiones globales en curso respecto de la agenda para el desarrollo después de 2015.



Capítulo III

Cumplimiento del PA-CIPD en América Latina y el Caribe: logros, avances, déficits y asuntos pendientes del período 2009-2013

A. Introducción y evaluación general

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se consideran solo tres metas cuantitativas⁸: a) el descenso de la mortalidad general —que implica un aumento de la esperanza de vida— y la reducción de mortalidades específicas, en especial la infantil, la de la niñez y la materna; b) el acceso universal a la educación, en particular para las niñas, y c) el acceso universal a servicios generales de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. En la primera revisión quinquenal del PA-CIPD (1999) se identificaron acciones clave para la continuidad de la implementación del Programa de Acción, se especificaron algunas metas y se añadieron otras, especialmente sobre el control de la epidemia de VIH y SIDA y la atención y el tratamiento para las personas afectadas. En el año 2000 se acordaron los ODM, que recogen algunas de las metas del Programa de Acción de El Cairo, y siete años después se ampliaron, al incluirse la meta de acceso universal a la salud reproductiva, con cuatro indicadores específicos⁹. A lo anterior hay que sumar la meta 1A de los ODM —Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día—, en total sintonía con el espíritu general del PA-CIPD, que en todo caso no formula metas concretas al respecto¹⁰.

El contraste entre la amplitud de temas y objetivos del PA-CIPD y la escasa cantidad de metas e indicadores cuantitativos que en este se identifican tiene implicaciones para el examen de la implementación del Programa de Acción. La principal es que este examen debe concentrarse en las medidas —leyes, normativas, políticas, programas, planes, proyectos y otras acciones— implementadas por los países y que son consistentes con los objetivos o iniciativas propuestos por el PA-CIPD¹¹. Esas acciones han sido objeto de atención de anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD, y este documento no será una excepción. Con todo, considerando la doble condición del presente informe —que abarca tanto los últimos tiempos como la perspectiva general de todo el período—, el despliegue de cuadros y gráficos para el seguimiento de las metas y la presentación de indicadores será más extenso y detallado que en informes previos, gracias en parte a la disponibilidad de los microdatos censales de la ronda de 2010 y de encuestas especializadas recientes, que permiten actualizar algunos indicadores oficiales y ofrecer datos adicionales sobre algunas de las metas del PA-CIPD y de los ODM vinculadas a asuntos de población¹². De

esta forma, los cuadros y gráficos con indicadores se distribuirán en unas pocas secciones de este capítulo, en que se trata precisamente de los puntos en que el PA-CIPD establece metas e indicadores. Ciertamente la presentación de los indicadores será de utilidad para una primera evaluación del cumplimiento del PA-CIPD. El hecho que este seguimiento vaya seguido de un examen de las medidas puede conducir a interpretaciones apresuradas y poco fundamentadas sobre el vínculo entre acciones y resultados. Por muchas razones —complejidad de las relaciones, multicausalidad de los resultados y desfases temporales entre políticas y efectos, entre ellos tal asociación es riesgosa, por lo que se evitará en este informe, salvo cuando la evidencia disponible sea muy contundente.

Ahora bien, por la amplitud de temas considerados en el PA-CIPD, examinar el avance de su implementación mediante la inspección de medidas aplicadas en los países resulta una tarea laboriosa, por la magnitud de la indagación, y compleja, por la necesidad de evaluar la atingencia de cada medida con el PA-CIPD. En consecuencia, para el examen de medidas se siguieron estos pasos: i) recopilación inicial de medidas usando una amplia gama de procedimientos y fuentes¹³; ii) actualización de la base de datos sobre medidas creada para el informe oficioso 2009-2011 (Páez, 2012); iii) selección de medidas según su vinculación con objetivos específicos del PA-CIPD; iv) identificación de medidas destacables (por magnitud, efectos y novedad, entre otros aspectos) y análisis específico de estas considerando evaluaciones de otros actores (académicos y de la sociedad civil), y v) detección de lagunas, insuficiencias e incluso efectos no deseados de las políticas, nuevamente partiendo de la visión de diferentes actores.

Por todo lo anterior, antes de pasar al examen del cumplimiento de cada capítulo sustantivo del PA-CIPD cabe efectuar una evaluación general del cumplimiento global del mismo.

La conclusión general es que en el período de referencia se ha verificado una continuación del avance registrado en el período previo, con progresos especiales en algunos asuntos, algunos (pocos) retrocesos y varias asignaturas pendientes. Este panorama alentador es resultado, en parte, de una amplia gama de medidas implementadas en los países —que se describen de manera somera en las secciones de este capítulo y de forma más detallada en el informe de examen completo presentado en la primera reunión de la Conferencia—, despliegue que fue favorecido por la dinámica macroeconómica, por políticas sociales activas y voluntad política nacional y regional. Sin embargo, los promedios regionales ocultan diferencias considerables entre países, puesto que hay varios casos en que los progresos antes mencionados han sido más bien tímidos y en algunos existen evidencias de retrocesos.

Esta conclusión general positiva coexiste con la constatación de numerosas insuficiencias, muchas veces puestas sobre el tapete por la sociedad civil o el mundo académico. Por ello, la continuidad del PA-CIPD en la región debería apuntar a un elenco de objetivos pendientes, que tendrían que complementarse con una serie de temas emergentes para conformar la agenda de población y desarrollo después de 2014 de América Latina y el Caribe.

Finalmente, cabe advertir que buena parte de los avances logrados en el período de referencia —y, en general, durante todo el lapso de aplicación del PA-CIPD en la región, como se verá en la última sección de este informe sobre lecciones aprendidas— no son irreversibles, puesto que todos están sometidos a tensiones y amenazas. Los riesgos de retroceso tienen orígenes diferentes —aunque pueden retroalimentarse—, ya que provienen de la economía global, de la orientación de las políticas públicas (en particular la macroeconómica y la social) y de la correlación de fuerzas en el plano ideológico, en particular entre las visiones denominadas “conservadoras” y “progresistas”. Este último factor es clave para los avances en materia de género, familia, salud sexual y reproductiva y migración internacional, en los que la confrontación ideológica es intensa. Por ello, en la agenda de población y desarrollo después de 2014 deben considerarse estas tensiones y pugnas y, al mismo tiempo, reconocerse el papel clave que cumplen los actores sociales en el empuje (o estancamiento) de todo programa de acción en la esfera de población y desarrollo, ya sea a escala mundial, regional o nacional.

B. Integración de los asuntos de población en la planificación del desarrollo económico y social y la reducción de la pobreza

En el primer capítulo sustantivo del PA-CIPD se identifican tres áreas, con sus respectivos objetivos y medidas. La primera atañe a la plena integración de los factores demográficos en todos los aspectos de la promoción, planificación y gestión del desarrollo económico y social. Entre las medidas propuestas figura la creación e implementación de mecanismos institucionales para la integración¹⁴. La segunda área se refiere a políticas y programas de población y

desarrollo adecuados para mejorar la calidad de vida de la población¹⁵, mientras que la tercera apunta a fortalecer las políticas de desarrollo sostenible mediante la inclusión de las interrelaciones entre población, ambiente y pobreza, y a considerar la prevención de los efectos adversos sobre el ambiente de los factores demográficos, los patrones de producción y consumo y los vínculos entre ambos¹⁶.

Durante el período de referencia, en la primera y tercera áreas mencionadas se han experimentado avances, facilitados por dos fenómenos: i) la revalorización de la planificación¹⁷, y ii) la consolidación de políticas públicas de carácter estratégico, para las que la consideración de los factores de población es fundamental e ineludible¹⁸. Un ejemplo emblemático de lo anterior es el compromiso global adquirido en 2012 en el acuerdo alcanzado en la Conferencias de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible Río+20: “Nos comprometemos a considerar sistemáticamente tendencias y proyecciones demográficas en nuestras estrategias y políticas de desarrollo nacional, rural y urbano. Mediante una planificación orientada al futuro, podemos aprovechar las oportunidades y hacer frente a los desafíos asociados con el cambio demográfico, entre ellos la migración”. (El futuro que queremos, párr. 144). En términos prácticos, lo anterior se ha visto reflejado en la inclusión en varios países de los factores de población en estrategias, planes y programas de desarrollo sostenible. Entre esos países se encuentran algunos con una larga tradición al respecto, como México¹⁹, otros con una trayectoria irregular —como el Perú, Panamá y la República Dominicana—, y otros con una experiencia más reciente, como el Uruguay²⁰. Cabe destacar sobre este último que para lograr la integración haya creado una institucionalidad específica: la Comisión Sectorial de Población²¹. Justamente esta entidad elaboró una carta de navegación en que se describe la dinámica demográfica del país, se anticipan escenarios probables, se presenta el ideal de sociedad al que se aspira²², se identifican los aspectos centrales en que se cruzan la dinámica demográfica y este ideal, se exponen y fundamentan los lineamientos estratégicos de la acción en materia de población, se detallan de manera sucinta las áreas de política de mediano y largo plazo, y se plantean principios y orientaciones para la acción.

A lo anterior cabe agregar la incorporación en la agenda pública de fenómenos y procesos demográficos de larga duración y sus consecuencias directas en diferentes esferas sociales, económicas y ambientales —como la reducción del tamaño de las familias por efecto de la menor fecundidad, la creciente longevidad de las personas por el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población por el avance de la transición demográfica, los cambios de los patrones de producción y consumo y las probabilidades de sufrir desastres siconaturales por el avance de la urbanización. Una mención especial merece la consideración del denominado “bono demográfico” para demandar su aprovechamiento y fundamentar políticas dirigidas a ampliar la inversión y la protección social durante las fases de formación del ciclo de vida, a facilitar el ingreso de la mujer al mercado de trabajo y la conciliación de trabajo productivo y reproductivo, y a conformar redes y mecanismos de protección social y cuidado para las personas mayores. Todas estas políticas son objeto de análisis en secciones posteriores del presente documento.

En esta misma línea, un avance innegable y reconocido en anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD en la región es la progresiva utilización en la mayoría de los países de información, indicadores y conocimiento sociodemográficos para el desarrollo de políticas públicas, la gestión de programas, la asignación de inversiones, las evaluaciones de impacto e incluso las decisiones de empresas privadas. La reciente oleada de microdatos de los censos de la ronda de 2010 ha incentivado esta utilización, como se expondrá en uno de los capítulos finales del informe. El nuevo estatus de la información censal aumenta la presión sobre la misma. En efecto, los microdatos son ahora necesarios para una variedad de decisiones que tienen efectos prácticos de corto plazo. Así, al manejar los microdatos se hacen más visibles los eventuales problemas e inconsistencias que pueda haber en esta información.

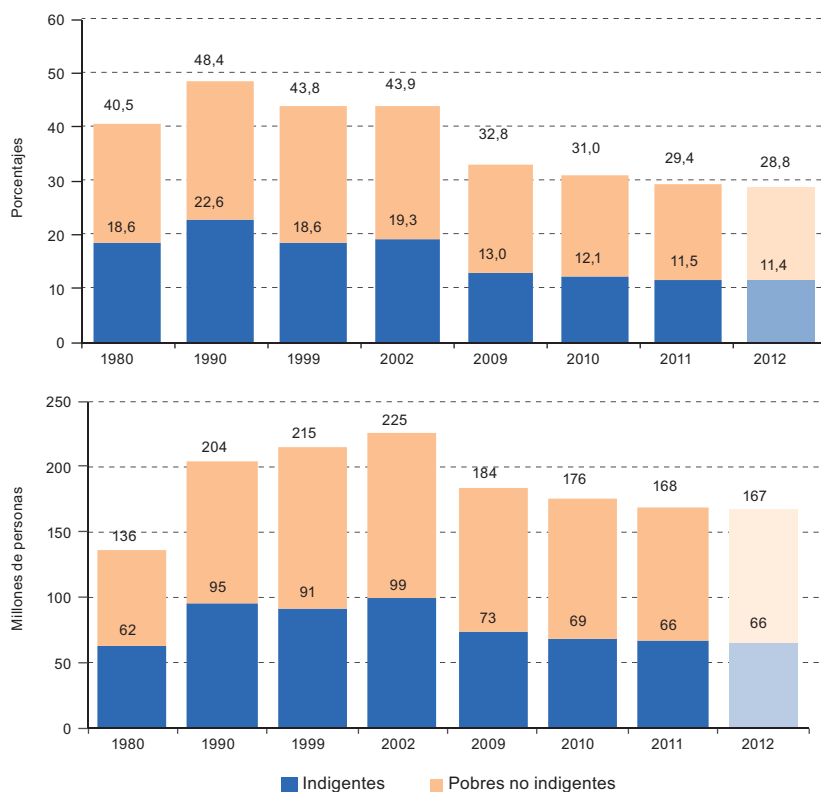
Ahora bien, no obstante las observaciones alentadoras antes expuestas, la conclusión general respecto del avance del PA-CIPD en esta área es más bien crítica, dado que el período de referencia estuvo marcado por el debilitamiento de los organismos a cargo de los asuntos de población y desarrollo y las políticas explícitas de población²³. Aunque en casi todos los países existe algún organismo oficial encargado del tema, en algunos su influencia, sus recursos y su despliegue concreto son escasos. En otros, la entidad oficial estuvo en virtual receso durante el período de referencia; es el caso, por ejemplo, del Brasil y su Comisión Nacional de Población y Desarrollo (CNPD)²⁴. También hay países, como el Paraguay, donde existe formalmente una política de población, pero no se dispone de recursos y el organismo a cargo de implementarla, el Ministerio del Interior, tiene otras prioridades. El caso extremo es el de los países en que no existe ningún organismo oficial encargado de la gestión o el seguimiento del PA-CIPD; esto ocurre,

por ejemplo, en Chile, pese a la implementación de diversas medidas relacionadas con el Programa de Acción en el país durante el período de referencia. En resumen, hay una debilidad generalizada en materia de institucionalidad atinente a población y desarrollo, que se convierte en virtual inexistencia—de no ser por las excepciones de México y el Uruguay, y en menor medida, el Perú, antes reseñadas— cuando se trata de dotar de integralidad a las medidas que guardan relación con la población y el desarrollo.

Por otra parte, la transversalización de los asuntos de población y desarrollo, una opción funcional para institucionalizar y dotar de regularidad la incorporación de insumos de población en las políticas y la gestión sectoriales e intersectoriales, tampoco ha mostrado progresos, en gran medida por la falta de una institucionalidad adecuada y la escasez de personal capacitado para llevar a cabo esta integración de los factores de población en políticas y programas de desarrollo. Peor aún: en el período de referencia no surgieron espacios adecuados de capacitación formal en esta materia²⁵.

La segunda área de este capítulo del PA-CIPD está relacionada con los ODM, en particular con la meta 1A, dirigida a la reducción de la pobreza, la miseria y el hambre. En el informe de El Cairo+15 (CEPAL, 2010b) se destacó como principal logro del período, en una perspectiva integrada de PA-CIPD y ODM, el descenso de la pobreza, aunque se advertía sobre los peligros que entrañaba para la continuidad de esta reducción la crisis financiera global desatada en los Estados Unidos en 2008²⁶. Cuatro años después de ese informe, y con la crisis económica y fiscal de los países desarrollados extendiéndose mucho más allá de lo previsto, es alentador consignar que un logro del período de referencia del presente informe es, precisamente, la continuidad de la caída de la pobreza en la región. Según la últimas cifras de que dispone la CEPAL, esta habría pasado del 32,8% en 2009 al 28,8% en 2012 (véase el gráfico 1). Es muy probable que el Caribe se aparte de esta tendencia, por cuanto la crisis financiera global ha afectado esta subregión de forma más profunda, lo que se refleja en los indicadores de crecimiento económico y desempleo, que son adversos (crecimiento del PIB per cápita negativo y aumento del desempleo) en el período de referencia.

Gráfico 1
América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2012^a
(En porcentajes y millones de personas)



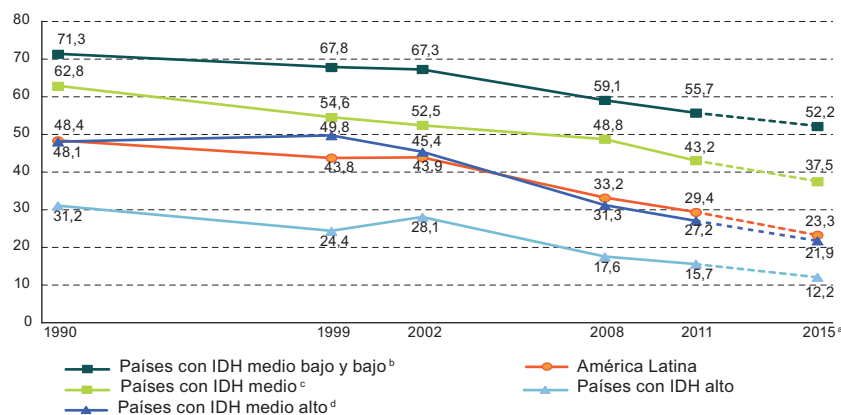
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, 2013, p. 34.

^a Las cifras relativas a 2012 corresponden a una proyección.

Ahora bien, aunque la pobreza y la pobreza extrema se encuentran en los niveles más bajos que ha registrado la región, se estima que el número de latinoamericanos pobres en 2012 ascendía a 167 millones, de los cuales 66 millones serían extremadamente pobres, con ingresos insuficientes para acceder a una alimentación adecuada (véase el gráfico 1)²⁷. La magnitud de la población pobre también revela las limitaciones de las clasificaciones internacionales, en que América Latina y el Caribe se sitúa en la categoría de “ingresos medios”. Se trata de agrupaciones basadas en promedios que son engañosos en la región más inequitativa del mundo. Asignar prioridades a las políticas y distribuir los recursos de la cooperación internacional sobre la base de estos promedios invisibiliza y posterga a los millones de latinoamericanos y caribeños pobres. Por eso, la CEPAL ha instado a cuestionar las visiones tradicionales de la cooperación internacional y ha propuesto un enfoque nuevo para validar la continuidad y el reforzamiento de esta cooperación en la región²⁸.

Un elemento adicional auspicioso es que las cifras de la CEPAL confirman una tendencia a la baja de la desigualdad²⁹, aun cuando la región continúa siendo la más desigual del mundo de acuerdo con diversos parámetros. El mantenimiento de esta combinación de descenso de la pobreza y disminución de la desigualdad permitiría que la región cumpliera en 2015 con la meta correspondiente de los ODM, como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2
América Latina (grupos de países seleccionados): evolución de la pobreza según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), 1990-2015
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL, Naciones Unidas, *Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20. Versión preliminar* (LC/L.3590/Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril de 2013, gráfico III.1.

* Proyección entre 2011 y 2015 bajo la hipótesis de crecimiento con distribución del ingreso.

^b Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua.

^c Colombia, El Salvador, Paraguay y República Dominicana.

^d Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay.

Los factores que explican la trayectoria a la baja de la pobreza tienen que ver con lo siguiente: i) un crecimiento económico relativamente sólido y su efecto positivo sobre el empleo y los salarios, relación que se fortaleció gracias a las políticas públicas fiscales y laborales adoptadas³⁰; nuevamente, parece darse una excepción en el Caribe, donde el crecimiento no ha contribuido suficientemente a la creación de empleo (CEPAL, 2013b, pág. 19); ii) la ampliación y el fortalecimiento del pilar no contributivo de la protección social, en particular mediante la expansión y el refuerzo de los programas de transferencias condicionadas y de las pensiones no contributivas³¹, y iii) los mismos cambios demográficos que han reunido tres bonos en este período: bono demográfico clásico por menor relación de dependencia³², bono demográfico infantil por estancamiento o reducción de los nacimientos y de la población de niños³³, y bono de género por la apertura de opciones, en particular educativas y laborales, que implica para las mujeres una fecundidad decreciente y el ejercicio de los derechos reproductivos³⁴.

Ahora bien, en el gráfico 2 se presenta la evolución de la pobreza y su proyección para 2015 de acuerdo con la tendencia de los últimos años. Se advierte que la caída de la pobreza se ha producido en los cuatro grupos creados según el nivel de desarrollo humano. Sin embargo, la caída más moderada se registró en los países en los que este índice era menor. Peor aún: “entre 2008 y 2011 se redujo el ritmo de disminución de la pobreza extrema en algunos

países, especialmente en aquellos en que es más elevada (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay). Se puede anticipar que muy probablemente estos no lograrán la meta (ODM) 1A" (Naciones Unidas, 2013, pág. 16). A causa de esto, las disparidades entre países de la región no se han estrechado, al mantenerse en una condición de pertinaz rezago un grupo compuesto por Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay³⁵. En estos países, incluso en un escenario auspicioso de continuación de la tendencia a la baja de la pobreza en el período de referencia, la mayoría de la población seguiría siendo pobre en 2015, lo que contrasta marcadamente con el 12% previsto para 2015 en los países de mayor desarrollo relativo de la región, si estos últimos continúan con la tendencia que siguieron en el período 2008-2012.

Este logro capital de la región enfrenta amenazas, incertidumbres y dificultades para mantenerse en el futuro. En el informe de El Cairo+15 (CEPAL, 2010b) se subrayó la amenaza externa representada por la crisis financiera mundial que había empezado a afectar a los Estados Unidos en septiembre de 2008. La resiliencia mostrada por la región en los últimos cuatro años no garantiza inmunidad —como ilustra el efecto que la crisis desatada en 2008 tuvo sobre la reducción de la pobreza en 2010—; menos aún si la crisis, lejos de desaparecer, se extiende a otras latitudes. En efecto, la dependencia de la exportación de materias primas y productos básicos se ha acentuado, lo que aumenta la exposición a los vaivenes de las economías que consumen intensivamente esas exportaciones. Como la CEPAL ha subrayado, esta tendencia a la reprimarización de la economía no constituye una senda segura para el desarrollo sostenible. Asimismo, hay otros riesgos asociados a rasgos estructurales de la región, como la desigualdad, las debilidades políticas, técnicas y financieras del Estado, la limitada capacidad para brindar educación de calidad a niñas y niños, adolescentes y jóvenes, y la insuficiencia para crear empleos dignos y reducir la heterogeneidad productiva. En suma, el desafío de seguir reduciendo la pobreza se tornará más complejo en los próximos años, toda vez que las medidas implementadas para lograr ese objetivo que han sido exitosas en el período de referencia de este informe —como los programas de transferencias condicionadas (PTC)— posiblemente generen rendimientos decrecientes. Además, la región aún está lejos de superar las insuficiencias estructurales —por ejemplo, en generación de trabajo decente, productividad, distribución de recursos, acceso universal a servicios de calidad e innovación que limitan su desarrollo sostenido con igualdad y alimentan la reproducción de la inequidad, la pobreza y la vulnerabilidad. Ciertamente, para atacar estas insuficiencias se requieren medidas estructurales que posibiliten la implementación de sistemas de protección social universales y de calidad, reformas tributarias progresivas, una diversificación productiva y la incorporación creciente de conocimiento técnico en las actividades económicas.

Para concluir esta sección, podemos decir que precisamente los PTC permiten asociar las tres áreas de este capítulo del PA-CIPD. Concretamente, los programas de transferencias condicionadas han sido intervenciones que han estado relativamente desvinculadas de los temas de población y desarrollo sostenible. Es cierto que durante el período de referencia hubo algunos intentos en ese sentido, más bien tímidos, en el caso de la salud sexual y reproductiva, como se verá más adelante. Sin embargo, la conclusión general es que varios asuntos de población y desarrollo —entre ellos, la salud sexual y reproductiva, la división sexual del trabajo (en particular en el ámbito doméstico) y la formación de hábitos y conductas sanos y respetuosos con el medio ambiente— que podrían estar en el centro de los contenidos y las contraprestaciones de los PTC, se abordan en casos excepcionales, si llegan a considerarse.

C. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres

En el PA-CIPD se consideran tres asuntos relacionados con este capítulo: el mejoramiento de la condición de la mujer; la situación de las niñas³⁶, y las responsabilidades y la participación del hombre. Durante el período de referencia, los países de la región han implementado numerosas medidas para el logro de los objetivos asociados a estos temas³⁷. Este despliegue se beneficia de la inercia positiva de períodos de referencia previos³⁸, de procesos estructurales de cambio sociocultural —como la denominada “modernidad”, uno de cuyos componentes es la creciente participación de las mujeres en todos los campos sociales—, de la existencia de convenciones específicas sobre la materia con mecanismos de seguimiento definidos y operativos³⁹, del compromiso explícito y activo de diferentes actores, en particular el movimiento de mujeres, con los objetivos del PA-CIPD y de otras plataformas globales en esta materia, y de acuerdos entre los países respecto del camino para seguir avanzando en la equidad de género y la mejora de la condición de la mujer. La Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe —el foro regional más importante para la difusión y el impulso de la agenda de género y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres⁴⁰— ha sido clave para estos avances.

En general, la máxima expresión del progreso en el cumplimiento de los objetivos del PA-CIPD en esta materia ha sido el gradual mejoramiento de la condición económica y social de la mujer y la paulatina transformación de las relaciones de género en la región hacia una mayor igualdad entre los sexos⁴¹. Más allá de los hitos simbólicos que revelan el creciente protagonismo de la mujer en todas las esferas de la vida pública —como que se eligieran presidentas en cuatro países de la región (Argentina, Brasil, Costa Rica y Jamaica) durante el período de referencia de este informe⁴²—, el hecho fundamental es que la agenda de género ha permeado la sociedad y la institucionalidad de los países de la región, con especificidades nacionales, y su avance ya no solo es fruto de la labor de un organismo específico dentro de los gobiernos, sino de una creciente transversalización del enfoque de género y de una voluntad política que aúna diferentes sectores y actores políticos e institucionales.

La Encuesta mundial ratifica estos avances, ya que en la gran mayoría de los países se identifican progresos en la erradicación de la violencia contra las mujeres y en la participación de estas en los procesos políticos, la vida pública, la economía y el mercado laboral. Sin embargo, son menos los países en que se mencionan avances con respecto a la incorporación del enfoque de género en las políticas públicas y los marcos normativos, o a la corresponsabilidad de hombres y mujeres y al reparto equitativo de tareas domésticas. Esto refleja progresos asimétricos en el cumplimiento del PA-CIPD y revela asignaturas pendientes que deberán ser tenidas en cuenta en la agenda de población y desarrollo después de 2014.

El examen de las experiencias nacionales muestra que se han desarrollado programas de amplio alcance destinados al progreso en lo referente a la igualdad de género y a la condición y los derechos de la mujer⁴³. En el Caribe se comenzaron a elaborar políticas nacionales de género; ya se han redactado los primeros borradores en Antigua y Barbuda, Belice y Jamaica. Dominica ha comenzado a implementar su política nacional de género y Suriname ha desarrollado una Política Nacional de Género y un Plan Estratégico 2013-2017 (CEPAL, 2013b, pág. 30).

La violencia contra las mujeres se ha convertido en un asunto de atención prioritaria, porque, lejos de tender a desaparecer por los cambios que se han producido en las relaciones de género antes comentados, ha adquirido mayor visibilidad. Así, durante el período de referencia en numerosos países se implementaron modificaciones legales y programas dirigidos a medir⁴⁴, prevenir y castigar esta violencia⁴⁵. Varias iniciativas, algunas de ellas en el Caribe⁴⁶, se dirigieron a capacitar y sensibilizar a la policía, un actor clave para la prevención, el castigo de los agresores y la protección de las víctimas. También se llevaron a cabo campañas mediáticas para denunciar y condenar esta violencia. Asimismo, en algunos países este tema se está incorporando en el currículo escolar, a fin de contribuir a la formación de actitudes contrarias a la violencia hacia las mujeres desde la infancia.

Por otra parte, se ha promovido ampliamente la participación laboral de las mujeres. Por ejemplo, en la mayoría de los países del Caribe existen políticas para incentivar la participación de la mujer en la economía formal (CEPAL, 2013b, pág. 24). También se ha apoyado la participación femenina en las instancias de poder mediante diversos instrumentos, como leyes o normativas sobre cuotas mínimas de representación femenina en varios países de América Latina⁴⁷ y al menos uno del Caribe: Guyana (CEPAL, 2013b, pág. 25). Sin embargo, el efecto de esas medidas no está garantizado, dado que hay estructuras intermedias que pueden neutralizarlas, lo que parece ser el caso de los partidos políticos, cuyas dirigencias aún se caracterizan por un amplio predominio masculino. Finalmente, la salud de la mujer también ha sido objeto de promoción mediante diversas iniciativas, que se expondrán en los capítulos sobre salud sexual y reproductiva y salud general de este informe.

El tema del cuidado, por su parte, ha adquirido creciente relevancia en la agenda de género de los países, porque a las mujeres se les endosa unilateralmente esta responsabilidad⁴⁸. En este sentido, en el período de referencia se emprendieron diversas iniciativas para medir y visibilizar el trabajo no remunerado de las mujeres⁴⁹. Se calcula que en México el trabajo no remunerado de las mujeres equivale al 23% del PIB⁵⁰. También cabe destacar el creciente número de países que en los últimos años han reconocido el trabajo no remunerado en sus legislaciones (Colombia, Ecuador y Perú) y los esfuerzos de otros (como Costa Rica, el Ecuador y el Uruguay en particular) para impulsar políticas de cuidado (Calderón, 2013). En directa relación con la sobrecarga de tareas que enfrentan las mujeres en la región —que se ha agudizado con el incremento de su participación laboral sin que se produjera un cambio significativo en la división sexual del trabajo doméstico—, durante el período de referencia se implementaron medidas pioneras —aunque en número reducido todavía— tendientes a conciliar el trabajo remunerado con el no remunerado, en particular el que se asocia a la crianza y el cuidado. Se trata de acciones que apuntan simultáneamente a dos de los objetivos de este capítulo del PA-CIPD: el mejoramiento de la condición de la mujer —en este caso facilitando el acceso a puestos de trabajo— y las responsabilidades y participación del hombre —fomentando el involucramiento masculino en la crianza, fundamentalmente⁵¹.

Pese a los avances logrados en igualdad de género y mejoramiento de la condición de la mujer, las desigualdades de género subsisten en todas las esferas de la vida y las mujeres deben soportar desventajas y discriminaciones de diferente tipo, como se expone en el Consenso de Brasilia⁵² y revelan varias encuestas comparativas a escala mundial⁵³. También queda de manifiesto por indicadores clave; por ejemplo, en 2012 solo el 23,2% de los parlamentarios nacionales eran mujeres (Naciones Unidas, 2012, pág. 31). Algunas desventajas, como la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidado, son crónicas y los avances de los últimos años no han logrado eliminarlas. Además, la experiencia de los países que actualmente presentan los mayores niveles de igualdad de género (como los escandinavos) sugiere que para reducirlas se requiere un gran esfuerzo político, económico y cultural (Thevenon, 2011). Lacras como la violencia contra las mujeres ciertamente existían en el pasado, pero estaban invisibilizadas cultural y hasta legalmente. Estos abusos aún persisten a pesar de los esfuerzos por prevenirlos y castigarlos, lo que se debe tanto a limitaciones de estas acciones como a la existencia de determinantes estructurales de esta violencia que deben ser enfrentados con medidas también estructurales. La tasa de participación femenina en el mercado laboral es todavía considerablemente inferior a la de los hombres. Si se considera que las mujeres tienen en promedio un mayor nivel educativo, puede concluirse que ellas no están cosechando (y tampoco sus países) los frutos del esfuerzo realizado para ese adelanto en materia de educación.

Por otra parte, el logro de ciertas igualdades cuantitativas entre mujeres y hombres —en asistencia o culminación de ciclos escolares, por poner dos ejemplos— puede ocultar desigualdades cualitativas pertinaces (por ejemplo, en materia de salarios), que deberían ser objeto de atención y de un abordaje con metas específicas. En esa misma línea de doble lectura de los avances, algunas de las medidas que han favorecido el logro de metas y objetivos del PA-CIPD —como los programas de transferencias condicionadas (PTC) y varias de las leyes de ampliación de la licencia por hijo nacido— operan con una visión maternalista, en virtud de la cual se supone que solo las mujeres deben hacerse cargo de la vida doméstica, del cuidado y de la crianza⁵⁴. Sin duda, estos desafíos pendientes y los retos que emergen deberán considerarse en la agenda de población y desarrollo después de 2014, que tiene relaciones estrechas y sinérgicas con la agenda futura de género y podría promocionarse en la región si se aprovechara la experiencia cosechada en temas de género a escala mundial y regional. Esta experiencia atañe a la relevancia de la institucionalidad para impulsar los programas de acción y, por otra, de los actores de la sociedad civil para promoverlos.

D. La familia, sus funciones, derechos, composición y estructura

En el PA-CIPD se definen dos grandes asuntos relativos a las familias, para cada uno de los cuales se han diseñado objetivos y medidas específicos⁵⁵. Se trata de propósitos amplios, que pueden implicar a prácticamente todas las políticas sociales. Por eso, en la Encuesta mundial los países informan de que se han adoptado acciones muy diversas para su cumplimiento. Por ejemplo, casi todos los países notifican innovaciones, mejoramientos o nuevas actuaciones en la prestación de servicios de salud, educación y bienestar para las familias. Se reiteran acciones descritas en otros capítulos, sea porque se enmarcan en intervenciones destinadas a combatir la pobreza —como los PTC— o a mejorar las condiciones generales de vida de la población, o bien porque estas medidas se dirigen sobre todo a ciertos grupos de la población, algunos de los cuales tienen un tratamiento específico en el PA-CIPD, por lo que se examinarán en otros acápite.

Algunos países formularon leyes integrales destinadas a proteger la familia. Es el caso de Colombia, cuya Ley núm. 1361, promulgada en 2009, apunta a fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia como núcleo fundamental de la sociedad y, al mismo tiempo, a establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una política pública para la familia. Con ese objetivo se define un conjunto de deberes del Estado para con la familia, se disponen algunas innovaciones —como la creación del Observatorio de Familia (véase [en línea] <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/ElObservatorio.aspx>)— y se establece la elaboración de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia, que corre a cargo del Ministerio de Protección Social.

Otros países orientaron sus iniciativas a tipos específicos de familias, entre ellos los hogares monoparentales, a los que en el PA-CIPD se apoya explícitamente⁵⁶. Se trata de un tipo de hogar relativamente frecuente en la región, en particular en El Caribe, y su participación en el total de hogares está aumentando. Asimismo, suele ser más vulnerable (también en este caso de forma especial en El Caribe (CEPAL, 2013b)). La monoparentalidad significa en la gran mayoría de los casos que la mujer tenga que hacerse cargo del hogar y de la crianza en exclusiva, lo que

supone una pesada carga. Por otra parte, la falta de una de las figuras paternas es una desventaja para la formación de los niños, aunque puede ser preferible a la convivencia con un progenitor maltratador o pernicioso. En cualquier caso, los variados y numerosos programas dirigidos a estos hogares en el período de referencia⁵⁷ constituyen no solo medidas de promoción social para las familias, sino también gestos de reconocimiento de la diversidad familiar y de superación de estigmas.

Por otro lado, son menos los países que han avanzado en la compatibilización de las tareas productivas y reproductivas. Según la Encuesta mundial, cinco países de la región implementaron medidas tendientes a compatibilizar esas ocupaciones. En su mayoría, las iniciativas estaban relacionadas con el aseguramiento y la prolongación de las licencias maternales, la ampliación de la red de guarderías públicas y el fortalecimiento de regulaciones en beneficio de las madres trabajadoras⁵⁸. En El Caribe este asunto adquiere especial relieve por la compleja situación de las familias monoparentales y sin apoyo masculino.

Una línea de acción novedosa durante el período de referencia es la implementación de medidas para apoyar y potenciar las funciones y destrezas parentales, con el propósito de favorecer el desarrollo del niño⁵⁹. Estas acciones, incipientes aún, están contribuyendo a conformar una nueva masculinidad, así como una paternidad más involucrada en la crianza. No obstante, es necesario un despliegue mucho mayor para alcanzar logros significativos en ese plano.

En lo que se refiere al fortalecimiento de relaciones simétricas dentro de las familias, que incluiría la protección y el empoderamiento de los integrantes típicamente más postergados, varios países han implementado medidas para castigar y evitar la violencia intrafamiliar, en particular hacia las mujeres (como se mostró en el acápite “Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres”) y los niños, así como para prevenir el abuso y el abandono de niños y niñas⁶⁰.

Finalmente, por lo que respecta al reconocimiento de la diversidad familiar, hay tres asuntos —además del reconocimiento y apoyo de los hogares monoparentales— respecto de los cuales varios países tomaron medidas en el período de referencia. El primero se refiere a los fenómenos de separación y reunificación familiares, cada vez más frecuentes y que requieren nuevas modalidades de intervención pública y reconocimientos normativos y prácticos para evitar estigmatizaciones o rigideces burocráticas perjudiciales. El segundo atañe a las uniones de hecho, que por su continuo aumento y su carácter de alternativa al matrimonio legal para muchas familias, ameritan un nuevo tratamiento por parte del Estado, lo que han reforzado diversos fallos judiciales y nuevas leyes que reconocen sus derechos. El tercer asunto guarda relación con las parejas homosexuales, que tanto por su creciente visibilidad estadística (por ejemplo en consultas censales en países como el Brasil y Chile) como por su reconocimiento legal (dos países de la región —la Argentina y el Uruguay— reconocieron el matrimonio homosexual en el período de referencia⁶¹) han irrumpido en la agenda pública.

Por otra parte, varios gobiernos han impulsado programas de bonos y subsidios asociados a la tenencia de hijos, con lo que se persiguen dos metas simultáneamente: el apoyo a los niños y a la crianza y el incentivo a la maternidad, en un contexto en que la fecundidad bajo el nivel de reemplazo ya está presente en varios países. Sin embargo, el segundo objetivo difícilmente va a lograrse con bonos monetarios, pues los costos de los hijos son mucho mayores que las ayudas que están otorgando los gobiernos. Se trata de un tema complejo, respecto del cual la región tiene mucho que aprender de países que llevan décadas intentando elevar la fecundidad y que cuando lo han logrado no solo ha significado un gran costo financiero, sino que ha sido para acercarse al nivel de reemplazo, sin retornar nunca a tasas superiores (Thevenon, 2011).

Pese al aporte que suponen, algunos de los avances mencionados anteriormente —como las licencias por hijo— tienen un sesgo de género, por cuanto apuntan a facilitar la conciliación solo en el caso de las mujeres. Tiende a reproducirse así un contexto en que la responsabilidad de la crianza es básicamente femenina, lo que contribuye al fenómeno bien documentado de la “doble jornada de trabajo” de las mujeres. Ahora bien, la alternativa natural, a saber, extender algunos de estos beneficios a los padres (por ejemplo, mediante licencias paternas, no solo maternales) normalmente tiene escaso impacto en el corto plazo, justamente por las presiones culturales e institucionales (a veces inscritas en las mismas leyes) para que las mujeres sean las responsables principales, si no exclusivas, de la crianza. Por lo anterior, el desafío en esta materia es doble: por una parte, facilitar la conciliación del trabajo reproductivo y productivo para las mujeres y, al mismo tiempo, incentivar el involucramiento de los hombres en el trabajo reproductivo con la perspectiva de alcanzar un reparto igualitario de responsabilidades en cuanto a la crianza.

E. Estructura demográfica, generaciones y otros grupos de la población

En este capítulo se plantea un tema general abordado en el PA-CIPD: la estructura etaria. Se consideran algunos grupos de edad específicos (niños, jóvenes y personas de edad) y se trata sobre la situación de otros grupos de población definidos por rasgos no etarios y sujetos de derechos específicos (indígenas y personas con discapacidad). Dada la variedad de focos, los objetivos y las medidas que se proponen son muy diversos.

Por lo que respecta a la estructura etaria, el objetivo se ha cumplido a escala regional y en casi todos los países⁶². En efecto, en los últimos años la transición demográfica siguió avanzando⁶³, remodelando la estructura etaria de la población regional mediante tres grandes mutaciones: a) la pérdida de figuración relativa — y en algunos países, incluso disminución en números absolutos— de la población de niños (bono demográfico “infantil”); b) el aumento cuantitativo y relativo de la población en edad de trabajar (bono demográfico clásico), y c) el aumento cuantitativo y relativo de personas mayores (envejecimiento).

La pérdida de figuración cuantitativa de los niños no ha supuesto un desmedro de su posición prioritaria en la agenda social de los países. Esto se ha debido a la combinación de dos factores. Por una parte, la persistencia de niveles de pobreza superiores entre los niños respecto de otros grupos etarios, situación directamente vinculada a la precariedad y vulnerabilidad de sus familias y a la fecundidad aún más temprana y elevada entre los grupos pobres. Y, por otra, a una corriente de investigación social y de abogacía programática que subraya la importancia y los beneficios de cuidar, proteger e invertir en la niñez y en sus derechos. Esto último implica una considerable inyección de recursos, que, justamente, podría verse propiciada por la menor presión sobre las finanzas públicas derivada de la estabilización o la reducción de la población infantil.

Por su parte, el bono demográfico clásico es una oportunidad histórica, cuyo aprovechamiento no depende de la demografía, sino de las políticas públicas y de la capacidad de los países de generar oportunidades para su población; en particular, en lo relativo al empleo decente, un terreno en que la región no ha sido particularmente exitosa. Como ha planteado la CEPAL en reiteradas ocasiones, la disminución del desempleo en la región durante los últimos años ha sido un factor importante para la caída de la pobreza, pero la calidad de los empleos —medida, entre otros indicadores, por su remuneración y grado de formalidad— es aún insatisfactoria. Por eso, el aprovechamiento del bono demográfico y la generación de empleo decente estarán en el centro de la agenda de población y desarrollo después de 2014 en la región; en particular, como ya se vio, para las mujeres, aunque también para los jóvenes, ya que este último grupo presenta niveles de desempleo sistemáticamente mayores y puede requerir acuerdos especiales para ingresar en el mercado de trabajo y mantenerse.

El envejecimiento de la población ha generado una amplia gama de respuestas que incluye acuerdos regionales, el establecimiento o fortalecimiento de leyes, el desarrollo de instituciones, políticas y programas dirigidos específicamente a las personas mayores, y la adecuación en algunos países de sistemas de previsión y de cuidado pensando en un futuro con una población cada vez más envejecida. Todos estos puntos se analizarán con más detalle en el apartado sobre personas de edad de este capítulo.

Respecto de los **niños, adolescentes y jóvenes**, los objetivos del PA-CIPD apuntan a prioridades vinculadas con las distintas fases de esta parte del ciclo de vida⁶⁴. Se han implementado diversas acciones para cumplir con estos objetivos. De acuerdo con la Encuesta mundial, en el período de referencia al menos ocho países de la región han implementado políticas y programas dirigidos a este grupo⁶⁵. En varios de estos programas se ha usado como marco de referencia la Convención sobre los Derechos del Niño⁶⁶, ratificada por todos los países de América Latina y la mayoría del Caribe, por lo que en estas acciones se ha puesto énfasis en el cumplimiento de los derechos establecidos para este grupo etario. Adicionalmente, se han desarrollado programas de protección social de gran alcance —tendientes a garantizar la salud y la nutrición desde la gestación, la estimulación precoz, la formación temprana (preescolar y escolar) y el cuidado y respeto de sus derechos en general—. Para su aplicación se ha aprovechado la colaboración Sur-Sur⁶⁷. Sobre un preocupante asunto, el de la violencia contra los niños, incluida la pederastia y la violencia originada por coetáneos⁶⁸, se ha dado amplia difusión, lo que ha contribuido a aumentar la concienciación sobre su frecuencia y los enormes daños que provoca. Como respuesta, se han aplicado diversas medidas, que van desde la introducción de asignaturas o talleres dirigidos a fomentar el buen trato en las escuelas hasta el aumento de penas y la definición de nuevas figuras criminales. Por otro lado, con el objetivo de disuadir la imposición de casamientos y favorecer una postergación de estos, en algunos países, como

la Argentina, se elevó la edad mínima legal para contraer matrimonio⁶⁹. Asimismo, en varios países del Caribe se han realizado o planteado cambios similares⁷⁰. Con todo, dado que la mayoría de las uniones tempranas son informales, los cambios legales antes mencionados tienen un impacto limitado. Por lo tanto, deben complementarse con programas tendientes a incrementar el empoderamiento de las niñas para enfrentar ese tipo de imposiciones, y también a erosionar los determinantes sociales y culturales de la unión temprana mediante el ensanchamiento de las opciones educacionales, laborales y vitales para las niñas.

Por otra parte, el acceso de niños, niñas y adolescentes a la educación se ha promovido mediante diversas acciones, entre ellas leyes de obligatoriedad, campañas de enrolamiento dirigidas a grupos tradicionalmente excluidos, diversificación idiomática para atender los requerimientos de los niños indígenas, aumento del presupuesto educativo, establecimiento de compromisos de gasto educativo duraderos (por ejemplo, como porcentaje del PIB), programas de construcción o ampliación de escuelas y reformas educativas para hacer más eficaz el sistema⁷¹. En la Encuesta mundial cinco gobiernos del Caribe consignaron logros en infraestructura educativa (como instalaciones sanitarias y transporte adecuado), en tanto que cuatro constataron progresos en cuanto a permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo; igualdad de acceso para las niñas en todos los niveles educativos; facilidades para que las niñas embarazadas pudieran finalizar sus estudios escolares, y promoción de oportunidades no formales de educación y alfabetización. En América Latina, diez países indicaron avances en la permanencia de niñas y adolescentes dentro del sistema educativo y seis países, en relación con facilidades para la finalización de los estudios escolares a niñas embarazadas. También seis países hicieron referencia a la promoción de las oportunidades no formales de educación y alfabetización.

Se ha implementado un grupo específico de acciones en el marco de los PTC, ya que en muchos casos en las contraprestaciones se considera la asistencia a la escuela⁷². Dado que para la implementación de algunos de estos programas se incluye un monitoreo de los efectos —una buena práctica para otros programas sociales, con las correspondientes consideraciones en materia de aplicabilidad y costos de monitoreo—, se ha establecido que, en general, efectivamente se logran mejoras en indicadores intermedios, como los de asistencia y permanencia escolar o la concurrencia a controles de salud materno-infantil. Sin embargo, su alcance es limitado y está desvinculado de aspectos cruciales de la oferta (como la calidad del servicio o la atención) que influyen en el propósito final: una educación y una salud satisfactorias (Cecchini y Madariaga, 2011). En cualquier caso, todas estas medidas han contribuido a que la región esté cerca de lograr una cobertura universal en educación primaria y haya ampliado significativamente la cobertura en educación secundaria y superior⁷³.

No obstante los progresos expuestos con relación a los niños y niñas, aún existen enormes lagunas. La más dramática es la ya mencionada infantilización de la pobreza —tanto en América Latina como en el Caribe⁷⁴, porque deja en evidencia la existencia de limitaciones para el ejercicio de derechos desde el inicio de la vida e impone un manto de duda sobre el futuro de las nuevas generaciones. Sin duda, este fenómeno no es casual, ya que se explica por las desigualdades reproductivas que aún existen en la región y que se manifiestan en niveles de fecundidad más elevados —y también a edades más tempranas, como se verá más adelante— en los sectores pobres. Por lo tanto, el incumplimiento de la meta de universalización del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que se expondrá más adelante, está en la base de esta infantilización de la pobreza.

Otras insuficiencias se vinculan, todavía, con el acceso a la educación —en particular en las etapas secundaria y terciaria, en que en muchos países es aún bajo y muy dispar entre grupos socioeconómicos—. Sin embargo, otras están relacionadas con la calidad de la educación, que es muy desigual y dista de ser satisfactoria para amplios sectores de la población escolar, en particular la pobre. El bono demográfico “infantil” —que se deriva de la estabilización o incluso disminución de la población en edad escolar— es una oportunidad única, ya que los recursos liberados en esta circunstancia (junto a otros adicionales, dada la envergadura de los desafíos) pueden usarse justamente para universalizar la cobertura y mejorar la educación pública, reduciendo o eliminando las enormes desigualdades de acceso a la educación y de calidad de esta.

En materia de salud, formación y cuidado también persisten deficiencias que se manifiestan con casos de mortalidad y morbilidad evitables (cuestión que se examinará más adelante), una inversión pública incipiente y aún escasa para apoyar las fases iniciales de la vida, y elevados niveles de violencia y maltrato a niños y niñas, muchas veces dentro de la familia.

Como ya se indicó, el PA-CIPD otorga un trato especial a la niña, en respuesta a la existencia de ideologías y prácticas sociales que atentan abiertamente contra su bienestar, su desarrollo y el ejercicio de sus derechos. Este trato (discriminatorio también) se da en la región, pero de formas solapadas e intersticiales, —lo que no impide que repercuta en las mujeres y que, además, contribuya a reproducir el sustrato cultural de las desigualdades de género. No obstante, lo que predomina finalmente y en términos prácticos es la igualdad entre niños y niñas. Por otra parte, lo cierto es que en la región los niños varones también deberían beneficiarse de una atención especial, dado que reciben señales ambiguas, en particular en lo que atañe a la igualdad de género, y enfrentan un mundo con una carga específica de riesgos asociados a la violencia, la criminalidad, el abandono escolar y la estigmatización. Se trata de un punto clave para la agenda de población y desarrollo después de 2014, porque para lograr una auténtica igualdad de género y una cohesión social sólida se requiere que las nuevas generaciones estén en condiciones de practicar esa igualdad y de sentirse integrados a la sociedad en que viven.

En el caso de **los jóvenes**, durante el período de referencia numerosos países sumaron iniciativas en materia de institucionalidad, bien creando organismos o reforzando los existentes⁷⁵. Asimismo, en varios países se establecieron leyes o se implementaron planes nacionales de juventud, algunos de los cuales prestaban particular atención al PA-CIPD⁷⁶. Por otra parte, la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes⁷⁷ ha servido de referencia para estas políticas en Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras. El ejemplo de Costa Rica es sugerente, porque se articula en torno al concepto de juventudes, con lo que se reconoce la heterogeneidad interna del grupo y la diversidad de demandas y requerimientos que presenta. En esa misma línea, varios países han ejecutado acciones para promover los derechos de los jóvenes y asegurar que puedan ejercerlos⁷⁸.

Por otra parte, las mayores tasas de desempleo que registran los jóvenes —en abierta contradicción con su creciente nivel de educación y sus habilidades muy superiores en el ámbito de las tecnologías de la información y las comunicaciones, que constituye una de las paradojas⁷⁹ que enfrentan los jóvenes del siglo XXI— ha impulsado la multiplicación de acciones dirigidas a mejorar su capacitación para aumentar la denominada “empleabilidad” y a fortalecer e impulsar su “emprendimiento”⁸⁰.

Un terreno en el que algunos países han sido particularmente activos es el de la prevención de la violencia, problema clave para los adolescentes y jóvenes, quienes están particularmente expuestos a riesgos de este tipo⁸¹. Asimismo, en varios países se han desplegado medidas para estimular un uso sano y constructivo del tiempo libre. Las iniciativas de voluntariado, masificación de actividades deportivas, fomento de la participación ciudadana, apoyo a las actividades artísticas y aprovechamiento de las TIC van en esa línea. Un ejemplo particularmente destacable es el de las orquestas juveniles, siendo el caso de la República Bolivariana de Venezuela emblemático al respecto.

No obstante todos esos esfuerzos, una parte importante de los jóvenes latinoamericanos sigue enfrentándose a paradojas (CEPAL/OIJ, 2004) que erosionan su potencial y generan resentimiento, desconfianza y distanciamiento respecto de la sociedad en que viven. Entre estas paradojas destaca el hecho de que constituyan la generación con más educación y, probablemente, la primera propiamente “digital” y, pese a ello, continúen teniendo serias dificultades para encontrar empleo e independizarse económicamente, prevenir riesgos y ejercer derechos en materia sexual y reproductiva, así como para protegerse de la violencia. Resolver estas paradojas es uno de los mayores desafíos para la región en el futuro. Y algunas de esas dificultades, en particular las relativas al acceso a la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, ocuparán un lugar destacado en la agenda de población y desarrollo después de 2014 en la región.

La relevancia de las **personas mayores**⁸² y de su agenda específica quedó de manifiesto a escala internacional y regional durante el período de referencia. Por una parte, mediante la resolución 65/182 de 21 de diciembre de 2012 se estableció el grupo de trabajo de composición abierta de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Más recientemente, el 13 de febrero de 2013, se aprobó la resolución 67/139 de la Asamblea General de las Naciones Unidas “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”, en que se decide, entre otras cosas, que el grupo de trabajo sobre envejecimiento examine, en el contexto de su mandato y a partir de su cuarto período de sesiones, que se celebrará en 2013, propuestas relativas a un instrumento jurídico internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad. Un avance similar se produjo en el ámbito interamericano, al crearse el grupo de trabajo sobre los derechos humanos de las personas mayores en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), el cual, en cumplimiento de la resolución AG/RES 2654 (XLI-O/11) asumió la tarea de preparar un proyecto de convención interamericana para la promoción y protección de los derechos de las personas mayores, que debía presentarse en

2013, durante el cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Cabe destacar que en las dos instancias el tema ha sido impulsado por los países de América Latina y el Caribe de acuerdo con la Declaración de Brasilia (2007) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Esta última fue adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012, en la cual se constataron avances pendientes y desafíos con respecto a las condiciones de vida y el ejercicio de derechos de las personas mayores en la región. La Carta de San José es un claro avance hacia los objetivos propuestos en el PA-CIPD, y se convierte en un insumo directo para la discusión sobre la agenda de población y desarrollo después de 2014 en la región.

El interés por los derechos de las personas mayores en la región se refleja en la adopción de numerosas iniciativas dirigidas a este grupo. En la Encuesta mundial, 12 países de América Latina y 8 del Caribe indicaron logros en empoderamiento y pleno uso de capacidades; 11 países de América Latina y 8 del Caribe en salud y cuidado; 8 países de América Latina y 3 del Caribe en pensiones e ingresos; 8 países de América Latina en prevención de violencia y abuso contra las personas mayores, y 7 países de América Latina y 5 del Caribe en institucionalidad y participación en implementaciones. Este masivo despliegue —que se remonta a fines del siglo XX y cuya expresión programática más sobresaliente hasta ahora, reconocida en anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD en la región, ha sido la introducción de diversos programas de pensiones no contributivas en varios países de la región— se debe, en parte, al envejecimiento demográfico, que provoca que paulatinamente se vaya incrementando la proporción que representa este grupo y con ello su visibilidad y su peso social y político. De hecho, en los países más envejecidos no es raro que se registren acciones diversas que responden a distintos requerimientos de este grupo o apuntan a diferentes derechos y necesidades de las personas mayores en ámbitos como la protección social, la atención de la salud y el cuidado⁸³. Pero esa no es la única razón, por cuanto en países con un envejecimiento moderado o incipiente también se verifican iniciativas dirigidas a este grupo⁸⁴. Incluso en países con sistemas de seguridad social establecidos desde hace largo tiempo, como ocurre en el Caribe, existe preocupación por el efecto que puede tener en estos el envejecimiento demográfico y por el hecho de que una parte importante de la población quede fuera de estos sistemas, que cubren básicamente a quienes han trabajado en el sector formal de la economía (CEPAL, 2013b, pág. 52). De esta forma, la creciente inquietud respecto de la seguridad económica de este grupo⁸⁵ y, al mismo tiempo, la convicción, cada vez más firme, de la necesidad de garantizar los derechos y aprovechar las potencialidades de estas personas se convierten en incentivos principales para la acción pública en la materia.

Respecto de la institucionalidad, la mayoría de los países ya contaban con algún tipo de organismo encargado de asuntos de interés para las personas mayores antes del período de referencia (CEPAL, 2012a, págs. 74-78), por lo que la novedad no ha sido la creación de instituciones —aunque sí se ha hecho en el Ecuador y el Uruguay⁸⁶— sino su paulatino fortalecimiento⁸⁷ y su gradual adecuación al marco más amplio de requerimientos y de derechos asociados a este grupo. Estos derechos desbordan ampliamente los asuntos biomédicos o previsionales, que fueron los protagonistas casi exclusivos para la primera oleada de instituciones relacionadas con las personas mayores; en términos prácticos esto implica que la dependencia más adecuada para estas instituciones no es el sector de la salud, ni siquiera el de la previsión, sino los ministerios de Desarrollo Social, Planificación o Inclusión Económica y Social.

Pese a estos avances, la región aún presenta importantes rezagos y enfrenta enormes desafíos para asegurar el bienestar y el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Algunas de estas dificultades están vinculadas al núcleo tradicional de requerimientos asociado a este grupo —salud y previsión—, por cuanto los sistemas sanitarios aún no están en condiciones adecuadas para responder al cambio epidemiológico que conlleva el envejecimiento, y los sistemas de seguridad social siguen teniendo graves problemas de cobertura y continúan ofreciendo jubilaciones bajas, en promedio. La masificación de las pensiones no contributivas ha sido una innovación importante en algunos países y efectivamente ha supuesto un cierto alivio financiero para las personas mayores pobres, pero su aporte es limitado. En el Caribe la situación es parecida, pues muchos países han introducido pensiones no contributivas para quienes no pueden optar a una pensión contributiva. Sin embargo, excepto en Barbados y Trinidad y Tabago, el monto de las pensiones no contributivas es muy reducido y se sitúa netamente por debajo del mínimo necesario para alcanzar un nivel de vida igual o superior al que marcan las líneas nacionales de pobreza (CEPAL, 2013b, pág. 53). Entre los objetivos propuestos en el Programa de Acción de El Cairo en los que aún se ha avanzado poco se encuentran la no discriminación por edad y la protección frente a la violencia ejercida contra las personas mayores. Estos objetivos suelen considerarse reactivamente, cuando en realidad están vinculados a un desafío mayor, el de renovar la visión sobre el envejecimiento. De hecho, esta renovación implicaría adaptarse al nuevo escenario de sociedades crecientemente envejecidas y a enfrentar los requerimientos de los adultos mayores, no desde la perspectiva

de la beneficencia, sino de los derechos que se deben cumplir (CEPAL, 2012a). Por lo que se refiere a los asuntos emergentes, sobresale el del cuidado, que antaño se abordaba de manera parcial y bajo modalidades de atención privada o familiar, pero que en la actualidad requiere de un enfoque de derechos y de una intervención protagonista del sector público, por los costos que implica.

Durante el período de referencia, casi todos los países de la región han implementado medidas tendientes a cumplir con los objetivos que plantea el PA-CIPD para los **pueblos indígenas**⁸⁸, que en el caso de América Latina deben extenderse, al menos parcialmente, a otro grupo étnico que ha sido excluido y que requiere un trato especial, como es el afroamericano. Actualmente, en América Latina se contabilizan 671 pueblos indígenas reconocidos por los Estados, ya sea directamente en la legislación o en los instrumentos de política pública, que sumarían más de 46 millones de personas. Asimismo, existe una cuantiosa población afrodescendiente, que se estima en más de 120 millones de personas, la mayor parte en el Brasil, aunque en términos relativos el Caribe es la subregión con mayor representación de afrodescendientes, que es el grupo mayoritario en muchos de los pequeños Estados insulares.

De acuerdo con la Encuesta mundial, en la mayoría de los países de América Latina se han implementado medidas relacionadas con los derechos, la participación, la memoria y el reconocimiento cultural de los pueblos originarios, la lucha contra la discriminación, el acceso a la educación y a la salud en términos culturalmente pertinentes (lo que incluye el uso del idioma nativo), la capacitación y el apoyo para actividades productivas, el emprendimiento y la inserción laboral, así como la visibilización estadística⁸⁹. En el caso del Caribe, con una menor presencia de pueblos indígenas, este tema se considera en la agenda pública en un número reducido de países, pero los que lo hacen informan de la consecución de logros significativos en el período⁹⁰.

Esta intensa actividad continúa en la línea de lo registrado en anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD, lo que responde a un doble proceso complementario, no exento de tensiones. Por una parte está el fortalecimiento dentro del ámbito nacional de los actores indígenas, cuya plataforma de lucha ya no se limita a mejorar las condiciones de vida y de inclusión social de sus pueblos, sino que se extiende a otros ámbitos, como el reconocimiento de los derechos sobre la tierra, el territorio y los recursos naturales, la participación plena y el consentimiento libre e informado sobre todos los asuntos que les conciernen, el respeto de la cultura propia y el ejercicio de la autodeterminación. Por otra parte está la creciente visibilidad y presencia de estos pueblos y sus representantes a escala internacional —sobre la base de un conjunto de acuerdos internacionales ampliamente reconocidos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, entre otros—, ya sea mediante mecanismos de coordinación supranacionales o espacios multilaterales que acogen a los pueblos indígenas y reconocen sus demandas⁹¹. Sin duda, los avances logrados dependen crucialmente de la voluntad política de los gobiernos nacionales y el nuevo siglo ha estado marcado por esa voluntad —no sin altibajos—, por cuanto las autoridades nacionales establecieron diálogos y asumieron algunas de las demandas de los pueblos indígenas, y, sobre todo, llegaron al gobierno representantes indígenas y políticos comprometidos con la causa indígena.

En línea con esta voluntad política, durante el período de referencia numerosos países han implementado medidas orientadas al cumplimiento a los objetivos del PA-CIPD antes mencionados. Entre estos sobresale un hito histórico: la promulgación de la nueva Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia en 2009, en que se reconoce el carácter plurinacional del país y se acoge un conjunto de demandas históricas de los pueblos indígenas. Además, con la promulgación en 2012 de la Ley 300, Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien, se consolidaron 11 derechos de la tierra y se propuso una novedosa institucionalización transversal del enfoque étnico y la cosmovisión de los pueblos indígenas bolivianos, lo que implicó la superación de la institucionalidad específica previa; un paso osado que amerita un examen detallado en el futuro.

Justamente en materia de institucionalidad, a la par de los cambios en los ámbitos jurídico y normativo continuó durante este período la creación de organismos específicos para atender, respaldar o canalizar la voz de los pueblos indígenas⁹² y afrodescendientes, ya sea por medio de nuevos espacios institucionales o por la transversalización de los asuntos étnicos en una amplia gama de instancias estatales sectoriales. Por otra parte, prácticamente en todos los países se han desarrollado lineamientos de políticas específicas para asegurar la igualdad de oportunidades y el acceso a los bienes y servicios del Estado, respetar sus derechos como pueblos, garantizar la participación y fortalecer sus formas de organización y gobierno. Un aspecto que hay que destacar es que sobre todo en las leyes, las políticas y los programas de desarrollo de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y México se ha reformulado la noción

de desarrollo, trascendiendo un concepto economicista con la incorporación de dimensiones sociales y culturales integrales como el buen vivir, la prosperidad, y el vivir bien, entre otros. Asimismo, la implementación de programas de salud y de educación bilingüe y pertinente culturalmente ha sido un logro del período de referencia⁹³.

En otros países han surgido iniciativas especiales, como la Ley de Patrimonio cultural de los pueblos y comunidades indígenas del año 2010 en la República Bolivariana de Venezuela y el Plan General de la Estrategia Sanitaria “Salud de los Pueblos Indígenas” (2010-2012) en México.

La implementación del Convenio 169 de la OIT también ha registrado avances durante el período de referencia, en particular entre los países que lo firmaron recientemente. Se trata de un medida clave, que demuestra que la mera adhesión a un instrumento internacional no basta para asegurar su cumplimiento de manera adecuada. De hecho, las tensiones y diferencias respecto de cómo implementar este convenio son significativas en varios países y de su resolución dependerá la funcionalidad del Convenio. En este sentido, hay que mencionar las leyes y decretos de consulta previa implementados en cuatro países de la región, tendientes a recoger y respetar la voz de los pueblos indígenas.

En materia de información sociodemográfica, la gran mayoría de los censos de la ronda de 2010 incluyeron una o más consultas sobre la etnia, normalmente en referencia a la autoidentificación. Esto implica disponer de una base de información sólida y que ofrezca muchas posibilidades de desagregación geográfica, un elemento clave para las políticas públicas dirigidas a este grupo de población. Los datos de los censos de población que permiten localizar, cuantificar y caracterizar a la población indígena deberían complementarse con información de otras fuentes relativa a su territorio y recursos naturales, con el fin de poder adoptar medidas para proteger a los diferentes pueblos, garantizar sus derechos y salvaguardar su hábitat y su patrimonio natural.

Con todo, los pueblos indígenas y los afrodescendientes sufren marcadas inequidades en el acceso a las oportunidades y el ejercicio de los derechos, lo que se refleja en sus indicadores de bienestar, muy rezagados respecto de los del resto de la población. Los esfuerzos por establecer una institucionalidad a cargo de estos asuntos no siempre han sido exitosos. De hecho, en varios países se cuestionan su funcionamiento y eficacia. Por lo demás, subsisten posiciones y prácticas con que se discrimina y menosprecia a los pueblos indígenas y a la población afrodescendiente, por lo que está latente la amenaza de retrocesos políticos respecto de lo avanzado en el período de referencia. Asimismo, algunas demandas más profundas, como las relacionadas con el reconocimiento social y político, la ocupación de sus territorios ancestrales —incluidos los recursos del subsuelo— y el reconocimiento de la interculturalidad como pilar de una sociedad realmente integrada permanecen aún sin respuesta.

El desafío, pues, es la construcción de sociedades democráticas y pluriculturales (plurinacionales, en algunos casos) en que se eliminen las inequidades étnicas y se reconozca efectivamente el aporte de la identidad y las cosmovisiones de los pueblos indígenas de la región.

Dentro del PA-CIPD, las **personas con discapacidad** se identifican como un grupo socialmente vulnerable en distintos ámbitos —como la salud, la educación y el trabajo— y que suele ser discriminado. También se reconoce que se trata de un grupo que tiene potencialidades y derechos como el resto de la población y, por lo tanto, las políticas y programas dirigidos hacia estas personas deberían facilitar su integración social y el cumplimiento de sus derechos. Además, se trata de un grupo no menor, toda vez que, según los últimos datos disponibles, un 12% de la población regional vive con alguna discapacidad⁹⁴.

La atención que el PA-CIPD presta a este grupo es compartida por los países de la región, pues varios cuentan desde hace años con algún organismo de apoyo especializado y casi todos han ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Más aún, en el período de referencia se ha verificado una multiplicidad de acciones públicas que tienden al cumplimiento de los objetivos del PA-CIPD para este grupo⁹⁵, partiendo de la más esencial: la consideración de sus derechos en la nuevas constituciones⁹⁶, además de la creación de instituciones destinadas a atender a las personas con discapacidad⁹⁷, el dictado de un conjunto de leyes y reglamentos específicos orientados a apoyar, favorecer y promover su integración, no discriminación⁹⁸, atención de sus necesidades específicas, y garantía de los derechos que les asisten⁹⁹. Además, se pusieron en práctica varias iniciativas que promueven la integración y el apoyo a las personas con discapacidad en ámbitos específicos, como el trabajo y los ingresos, la educación, la salud, el uso del tiempo y el cuidado¹⁰⁰. Un comentario especial ameritan los esfuerzos realizados para adaptar el funcionamiento cotidiano de las sociedades a los requerimientos de las personas con discapacidad, y que se expresan de diversas formas en las normas de construcción, las modalidades de atención al público, el

acceso a recintos, el equipamiento y operación de los sistemas de transporte públicos y privados y la realización de actividades deportivas especiales, entre otras manifestaciones.

No obstante, aún subsisten numerosos problemas y desafíos para lograr la integración social efectiva de este grupo y garantizar el cumplimiento de sus derechos. Los propios países lo reconocen oficialmente, ya que en la Encuesta mundial se registraron varias prioridades en este tema con miras al futuro. Una de ellas es la educación, pues se estima que aún hay barreras para el pleno desarrollo educativo de las personas con discapacidad y deben redoblarse los esfuerzos para aprovechar las nuevas tecnologías, renovar el currículo, mejorar la infraestructura y capacitar al personal docente y auxiliar, entre otros aspectos. Por otra parte, aún resta mucho por hacer en cuanto a la adecuación de la infraestructura y de los servicios a las personas con discapacidad. De hecho, los avances al respecto se quedan muchas veces en proyectos piloto o se aplican de manera parcial y sin considerar la opinión y la experiencia de las personas con discapacidad. La promoción del acceso de este grupo al mercado de trabajo y a la protección social también debe fortalecerse. Sobre este particular cabe aprender de los programas de empleo especial ya implementados. Hay enormes expectativas depositadas en las nuevas tecnologías y los avances médicos que podrían paliar o incluso revertir la discapacidad en algunos casos, pero estas innovaciones todavía siguen resultando poco accesibles a buena parte de las personas con discapacidad, en particular las pobres. Por último, hay que señalar que los asuntos pendientes en materia de integración social de las personas con discapacidad, junto con aquellos relativos al ejercicio de sus derechos y su participación social, estarán presentes en la agenda de población y desarrollo después de 2014.

F. Derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva

La evolución en este período de referencia fue más positiva que en otros anteriores. Por ejemplo, en el lapso de 1999 a 2004 habían coincidido la exclusión del marco de los ODM de los derechos reproductivos y la salud reproductiva y la cuestionamiento de componentes de ese capítulo del PA-CIPD por parte de importantes actores internacionales, lo que había obligado a desviar esfuerzos desde el logro del objetivo hacia su defensa y reafirmación política. En cambio, en el último período ha predominado el despliegue y la acción en los 5 temas que se consideran en el capítulo 7 del Programa de Acción¹⁰¹. Esta reactivación está ligada a un reforzamiento del compromiso de los gobiernos de la región con este capítulo del PA-CIPD. De hecho, en la Encuesta mundial ocho gobiernos del Caribe (de 12 que respondieron) y 15 de América Latina (de 19 que respondieron) informaron de que habían progresado en la oferta de acceso a asesoramiento, información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Entre las medidas implementadas para lograr estos avances cabe destacar el reconocimiento formal de los derechos reproductivos y del acceso a la salud sexual y reproductiva en algunas de las constituciones de reciente promulgación¹⁰². Varios países han implementado planes y programas específicos al respecto¹⁰³. Por otra parte, de manera aún muy incipiente los programas de transferencias condicionadas (PTC) han comenzado a incorporar estos asuntos¹⁰⁴. Entre las numerosas actuaciones legislativas que han contribuido al avance hacia uno de los objetivos clave del PA-CIPD que luego se ha asumido como la meta 5B de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva), cabe destacar la promulgación de decretos reglamentarios de leyes. El déficit de implementación es uno de los mayores problemas para el cumplimiento del PA-CIPD, como se explicó en el marco de referencia de este informe, y la existencia de esta reglamentación es clave para hacer operativas las leyes. Dos ejemplos, emblemáticos y elocuentes son el decreto reglamentario de la Ley 18.426 —Ley de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva— en el Uruguay (2008), y el decreto reglamentario de la Ley 20.418 —que “fija normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad”— en Chile, y que entró en vigor el 28 de mayo de 2013.

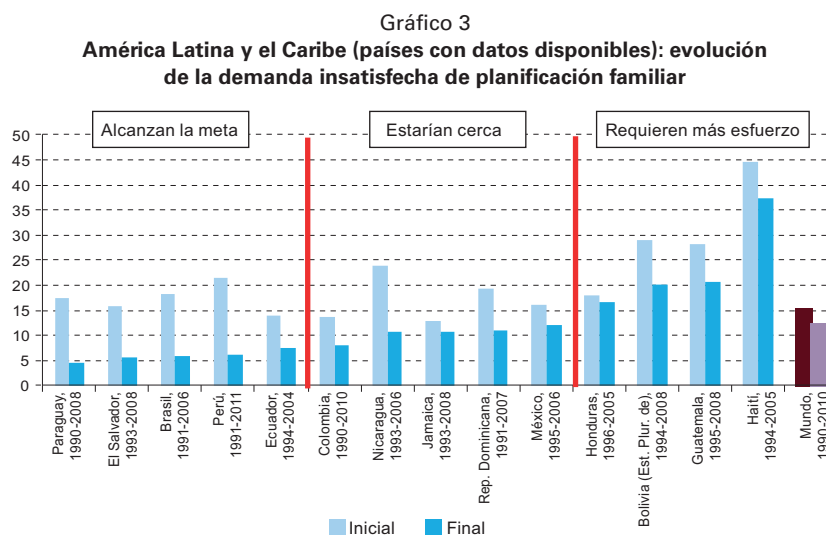
En general, todas estas acciones se orientaron a expandir los servicios de salud sexual y reproductiva y facilitar el acceso a estos, así como a instalar la noción de que los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos. Asimismo, a través de la intervención pública se procuró ampliar las opciones para las mujeres, en particular con la provisión de métodos anticonceptivos, y brindar a grupos específicos servicios adecuados, sensibles a especificidades étnicas, por ejemplo¹⁰⁵. La inclusión de la anticoncepción de emergencia dentro de las opciones disponibles, en general reservada para casos excepcionales, se materializó en varios países, no sin controversia y dificultades en algunos (Morán, 2010; Villanueva, 2008).

En varios países los programas de salud sexual y reproductiva incluyeron medidas destinadas a un amplio conjunto de objetivos, entre ellos la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de cáncer de cuello del útero, ovárico y mamario. La promoción de la inmunización contra algunas de estas enfermedades, en particular el virus del papiloma humano (VPH), también fue una novedad del período de referencia en países como México y el Perú, aunque en la región aún no hay experiencias de programas públicos de gran alcance en esta línea. Una excepción se da en el ámbito subnacional: se trata de la campaña de vacunación contra el virus del papiloma humano implementada desde diciembre de 2008 por el gobierno del Distrito Federal de México¹⁰⁶.

Algunos países de la región —entre ellos la Argentina, Guatemala, México y el Uruguay— han creado observatorios de seguimiento, que responden a la necesidad de obtener mejores evidencias para aumentar la eficacia de las medidas, facilitando la pertinencia de las políticas e involucrando además a la ciudadanía en la exigibilidad de derechos (GTR, 2012).

Estos esfuerzos parecen haberse reflejado en indicadores clave recogidos en el PA-CIPD y en los ODM¹⁰⁷. En efecto, en la gran mayoría de los países de la región ha disminuido la proporción de la demanda insatisfecha de planificación familiar (véase el gráfico 3), cuyos valores se situaron entre el 4,7% y el 12%, con cifras por debajo del promedio mundial, que es del 12,4%. No obstante, 4 de los 14 países de los que hay datos disponibles muestran una elevada demanda insatisfecha, de entre el 17% y el 37%; se trata de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití y Honduras. Los niveles de demanda insatisfecha en el Caribe son elevados, debido al peso de Haití en los promedios y porque los dos países anglófonos más poblados de esta subregión —Jamaica y Trinidad y Tabago— registran niveles de demanda insatisfecha superiores al promedio de América Latina (CEPAL, 2013b, p. 34).

Pese a la reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar, si se considera el ritmo de descenso observado en cada país, la meta consistente en satisfacer las necesidades de planificación de la familia de manera universal a 2015¹⁰⁸ estaría solo al alcance de 5 países de los 14 del gráfico (el Brasil, el Ecuador, El Salvador, el Paraguay y el Perú), mientras que quedarían lejos de conseguirlo los países con mayores niveles de demanda insatisfecha (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití y Honduras)¹⁰⁹.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS), y STATCompiler; para el Brasil 2006: División Estadística de las Naciones Unidas; para México 1995 y 2006: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del INEGI y el promedio mundial, Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012*, Nueva York, 2012; para el Brasil: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006); para el Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004); para El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008); para Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 (ENSMI-2008/09); para Jamaica: Reproductive Health Survey Jamaica 2008; para México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2006); para Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2006/07); para el Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008 (CEPEP/ENDSSR 2008); para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

Merece la pena destacar que en la mayoría de los países latinoamericanos de la región se está reduciendo la brecha de demanda insatisfecha de planificación familiar entre sectores sociales, tanto si se tiene en cuenta la zona de residencia como el nivel de educación de las mujeres que viven en unión (véanse los cuadros 1 y 2). Con todo, esta brecha sigue

siendo amplia en varios países. Por otra parte, las diferencias serían más marcadas que las expuestas en el cuadro 2 si se diferenciara a las mujeres que poseen niveles de educación más elevados, operación que no es posible efectuar con todos los países a partir de las fuentes disponibles para este informe. Así por ejemplo, en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú las brechas entre mujeres sin instrucción y las que alcanzaron el nivel superior (terciario o universitario, independientemente de si lo completaron o no) se han duplicado con creces, según la última encuesta disponible (la demanda insatisfecha de las mujeres sin instrucción es de 2,5 a 2,7 mayor que la de las mujeres con educación superior).

Cuadro 1
América Latina y el Caribe (países con datos disponibles): demanda insatisfecha de planificación familiar según zona de residencia

País/fecha	Año inicial		Año final		Brechas rural/urbana ^a	
	Promedio urbano	Promedio rural	Promedio urbano	Promedio rural	Inicial	Final
Bolivia (Estado Plurinacional de), 1994 y 2008	22,4	38,3	15,5	27,4	1,7	1,8
Colombia, 1990-2010	11,7	18,5	7,6	9,2	1,6	1,2
Ecuador, 1999-2004	7,2	14,3	5,3	10,4	2,0	2,0
El Salvador, 2003-2008	6,8	11,3	3,9	7,5	1,7	1,9
Guatemala, 1995-2008	20,9	32,8	14,7	25,4	1,6	1,7
Haití, 1994-2005	41,5	46,5	34,9	39,1	1,1	1,1
Honduras, 1996-2005	11,5	24,8	14,2	19,2	2,2	1,4
Nicaragua, 1993-2006	15,1	34,4	10,5	10,9	2,3	1,0
Paraguay, 1990-2008	14,1	21,3	4,2	5,4	1,5	1,3
Perú, 1991-2011	15,7	36,4	5,5	7,5	2,3	1,4
República Dominicana, 1991-2007	16,4	24,5	11,2	11,0	1,5	1,0

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS) y STATCompiler; para el Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004); para El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008); para Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 (ENSMI-2008/09); para Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2006/07); para el Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008 (CEPEP: ENDSR 2008); para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

^a Cociente entre la demanda insatisfecha en zonas rurales y la demanda insatisfecha en zonas urbanas de cada período.

Cuadro 2
América Latina y el Caribe (países con datos disponibles): demanda insatisfecha de planificación familiar de las mujeres de 15 a 49 años^a en unión, según nivel de instrucción

Países	Nivel educativo de las mujeres			Brecha relativa ^b
	Sin instrucción	Primaria	Secundaria y más	
Bolivia (Estado Plurinacional de), 1994)	38,1	34,5	19,2	2,0
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2008)	27,8	23,9	14,4	1,9
Colombia, 1990	23,1	15,6	10,7	2,2
Colombia, 2010	14,1	8,1	7,8	1,8
Guatemala, 1995	34,0	29,7	11,8	2,9
Guatemala, 2008	28,7	21,2	11,5	2,5
Haití, 1994	43,8	47,4	40,4	1,1
Haití, 2005	38,1	40,1	33,1	1,2
Nicaragua, 1998	24,7	19,7	12,0	2,1
Nicaragua, 2006	12,6	11,3	9,3	1,4
Paraguay, 1990	22,5	20,0	10,9	2,1
Paraguay, 2008	8,3	6,0	3,0	2,8
Perú, 1991	36,0	27,5	15,2	2,4
Perú, 2011	9,2	7,5	6,0	1,5
República Dominicana, 1991	31,4	21,1	14,1	2,2
República Dominicana, 2007	12,2	10,7	11,4	1,1

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS) y STATCompiler; para Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 (ENSMI-2008/09); para Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2006/07); para el Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008 (CEPEP: ENDSR 2008); para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

^a A excepción del Paraguay, en que los datos corresponden a mujeres de 15 a 44 años casadas o en unión no usuarias en riesgo de embarazo no deseado.

^b Cociente entre la demanda insatisfecha de mujeres sin instrucción y la demanda insatisfecha de mujeres con educación secundaria o superior.

Por lo que se refiere a los pueblos indígenas, solo Guatemala cuenta con información sobre este indicador, que también refleja una tendencia a la baja —en el año 2002, la demanda insatisfecha entre las mujeres indígenas en unión alcanzaba el 39,3%, proporción que se redujo hasta el 29,6% en 2008—, pero las brechas relativas respecto a las mujeres no indígenas se ampliaron, ya que casi se habían duplicado en 2008¹¹⁰.

En lo que atañe a iniciativas relacionadas con la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la región ha sido muy activa, si bien se han registrado variaciones de un país a otro. Se han implementando diversas medidas para cumplir los objetivos planteados por el PA-CIPD al respecto¹¹¹, como se constató en anteriores informes de seguimiento

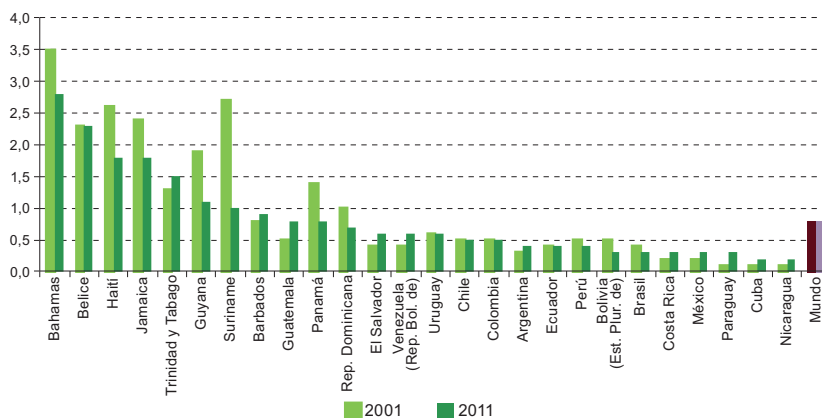
de la implementación del PA-CIPD y en diversos informes de seguimiento del avance en el cumplimiento de los ODM, donde se muestra una estabilización de la infección por VIH y una cobertura de tratamiento antirretroviral netamente superior al promedio mundial. Esto se refuerza con la Encuesta mundial, en que 17 de los 31 países que respondieron (8 de los 12 del Caribe y 9 de los 19 de América Latina) declaran logros vinculados a la prevención y el tratamiento del VIH y las ITS.

En casi todos los países de la región se han llevado a cabo acciones coherentes con los objetivos del PA-CIPD respecto del VIH/SIDA y las ITS durante el período de referencia. En varios países se han dictado leyes y reglamentos con el propósito de garantizar los derechos de los infectados, no solo en lo relativo a su salud, tratamiento y cuidado, sino también a su integridad personal, a no ser objeto de discriminación y al respeto de la confidencialidad y la privacidad¹¹². En cuanto a la erradicación de la transmisión vertical y a otras modalidades de transmisión no sexual del VIH/SIDA, muchos países pusieron en marcha durante el período de referencia programas específicos¹¹³ que parecen haber surtido efecto a la luz del importante descenso del número de nuevos casos de transmisión vertical¹¹⁴. Por otra parte, en varios países se han emprendido iniciativas para la realización de la prueba del VIH, con las consideraciones de rigor en cuanto a los derechos¹¹⁵. También se han implementado algunos programas específicos de apoyo a los infectados y sus familias¹¹⁶. En materia de prevención destacan algunas campañas de publicidad¹¹⁷ masivas y la integración de protocolos relativos a la prevención del SIDA en los servicios de salud sexual y reproductiva¹¹⁸.

En el Caribe, la región del mundo con mayor prevalencia del VIH/SIDA después del África Subsahariana, la respuesta ha sido vigorosa y se ha basado en la expansión de servicios voluntarios de examen y consejería, acceso gratuito a tratamiento antirretroviral, profilaxis posexposición y prevención de la transmisión vertical. Junto a ello se han reforzado las campañas preventivas y de lucha contra la discriminación de los infectados por VIH/SIDA. Finalmente, varios países avanzaron en la integración de los servicios de atención del VIH/SIDA y de la salud reproductiva. El apoyo externo ha sido clave para estos progresos, sobre todo en cuanto a la disponibilidad de los medicamentos usados para controlar la enfermedad, aspecto que seguirá siendo prioritario en la agenda de población y desarrollo después de 2014 (CEPAL, 2013b, págs. 40-45).

Este despliegue parece haber tenido efectos en los indicadores usados para el seguimiento del PA-CIPD y de las metas de los ODM. En el gráfico 4 se puede ver la prevalencia del VIH en la población en edad fértil: de 26 países, en 10 ha disminuido la prevalencia durante el período 2001-2011; en algunos de manera significativa, como Guyana, Panamá y Suriname; otros 5 países mantienen los mismos niveles. Por tanto, más de la mitad (15 de 26) alcanzarían la meta 6A de los ODM, dado que, si mantienen la tendencia, habrían detenido la propagación del VIH. En contrapartida, en 11 países la prevalencia ha aumentado, aunque en general presentan cifras que se encuentran entre las más bajas de la región. Nótese además que la gran mayoría de los países de los que hay datos disponibles se sitúan por debajo del promedio mundial (19 de 26). No obstante, estos datos deben interpretarse con cautela, ya que la prevalencia puede estar aumentando por efecto de la sobrevivencia de quienes contraen la enfermedad¹¹⁹.

Gráfico 4
América Latina y el Caribe (países con datos disponibles): prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, 2001 y 2011
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de Sida 2012*, y Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012*, Nueva York, 2012.

Finalmente, los y las adolescentes se consolidaron en el período como un grupo de atención prioritaria. Numerosos países de la región promulgaron legislación, definieron políticas e implementaron programas destinados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de esta población, además de ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo¹²⁰. Después de varios años y con polémica en algunos casos, se establecieron por ley principios como el de confidencialidad, clave para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, así como para la atención especializada en salud sexual y reproductiva¹²¹. La percepción de que existen “barreras de acceso” a los servicios —por factores económicos, culturales, legales o reglamentarios, institucionales, familiares, por desigualdad de género o limitaciones del equipo de salud, entre otras— se ha ido consolidando en el diseño de políticas, de modo que se ha fomentado la acción pública orientada a abatirlas. La convicción de que los adolescentes precisan enfoques específicos también se ha extendido y ha evolucionado en términos programáticos. Un ejemplo significativo al respecto es la estrategia, cada vez más usada, de los denominados “espacios amigables” dentro de los servicios de salud (en particular los de atención primaria), que procuran ofrecer una atención específica y generacionalmente pertinente a los y las adolescentes¹²². Otra estrategia novedosa implementada en el período de referencia y en completa afinidad con el enfoque preventivo —que es el más apropiado y eficiente en salud— consiste en realizar controles universales de adolescentes sanos, en que se evalúan aspectos de la salud sexual y reproductiva, se ofrece asesoría en la materia y se derivan casos a los servicios que corresponda, cuando sea necesario¹²³. Asimismo, los países informan de diversas iniciativas para expandir y mejorar la educación sexual integral¹²⁴. Respecto de esto último, el Caribe tiene una larga tradición de formación escolar sobre salud y vida familiar, que se ha tratado de actualizar recientemente, dado que los materiales usados tendían a reproducir estigmas y no recoger algunos derechos de los niños y adolescentes¹²⁵.

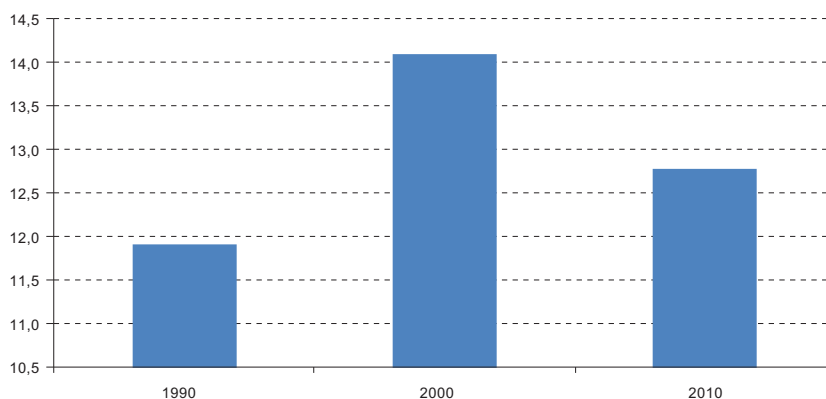
Los anteriores esfuerzos parecen haber tenido efectos tras varios años de retrocesos, en particular en materia de fecundidad y maternidad adolescente. En el cuadro 3 se aprecia claramente el contraste entre la década de 1990, cuando la fecundidad adolescente se mantuvo casi constante en la región, y la década de 2000, en que cayó un 10%. Con todo, esa reducción es mucho menor que la de la fecundidad total y la región sigue siendo la de mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África Subsahariana. Si se considera ahora la maternidad adolescente¹²⁶, en particular el indicador del porcentaje de madres del grupo 15 a 19 años o de una edad específica dentro de ese grupo, se observa que la inflexión que se ha producido en los últimos años es aún más marcada. En efecto, después de aumentar en la década de 1990, el porcentaje de madres dentro del grupo de 15 a 19 años cayó en la década de 2000, aunque el nivel registrado en torno a 2010 es mayor que el que había en torno a 1990 (véase el gráfico 5). Dado que las tendencias regionales podrían estar muy influidas por la evolución del Brasil y México, se hizo un examen de todos los países de los que se disponía de datos de censos y encuestas. Predominó el aumento de la maternidad adolescente entre 1990 y 2010 y, en cambio, el descenso fue la tendencia más generalizada en la década de 2000 (véase el cuadro 4).

Cuadro 3
Mundo por grandes regiones: evolución de la tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años y porcentaje de cambio, 1990-2010

	1990	2000	2009	Cambio 1990-2010 (en porcentajes)	Cambio 2000-2010 (en porcentajes)
Mundo	59	51	49	-14,2	-4,7
África del Norte	43	33	29	-23,0	-14,1
África Subsahariana	126	122	120	-2,9	-2,0
América Latina y el Caribe	91	88	79	-3,4	-10,9
El Caribe	80	78	69	-2,5	-12,8
América Latina	92	88	80	-3,6	-10,7
Asia Oriental	15	6	6	-62,1	3,3
Asia Septentrional	88	59	46	-33,8	-27,2
Asia Sudoriental	54	40	45	-24,8	9,8
Asia Occidental	63	51	48	-19,6	-5,0
Asia Central y el Cáucaso	44	28	29	-36,3	3,4

Fuente: Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012*, Anexo estadístico [en línea] <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>.

Gráfico 5
América Latina: madres entre las mujeres de 15 a 19 años de edad ^a, alrededor de 1990 ^b, 2000 ^c y 2010 ^d
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de microdatos censales.
^a Se consideraron los resultados censales (madres de 15 a 19 años —sin respuesta se consideró nulípara— y mujeres de 15 a 19 años).

^b Argentina: 1991; Bolivia (Estado Plurinacional de): 1992; Brasil: 1991; Chile: 1992; Colombia: 1993; Costa Rica: 1984; Ecuador: 1990; El Salvador: 1992; Guatemala: 1994; Honduras: 1988; México: 1990; Panamá: 1990; Paraguay: 1992; Perú: 1993; Uruguay: 1985; Venezuela (República Bolivariana de): 1990.

^c Argentina: 2001; Bolivia (Estado Plurinacional de): 2001; Brasil: 2000; Chile: 2002; Colombia: 2005; Costa Rica: 2000; Ecuador: 2001; Guatemala: 2002; Honduras: 2001; México: 2000; Nicaragua: 1995; Panamá: 2000; Paraguay: 2002; República Dominicana: 2002; Uruguay: 1996; Venezuela (República Bolivariana de): 2001.

^d Argentina: 2010; Brasil: 2010; Costa Rica: 2011; Ecuador: 2010; El Salvador: 2007; México: 2010; Nicaragua: 2005; Panamá: 2010; Perú: 2007; República Dominicana: 2010; Uruguay: 2010; Venezuela (República Bolivariana de): 2011.

Cuadro 4
América Latina y el Caribe (países con datos disponibles): niveles y cambios en la maternidad adolescente ^a

Nivel en 2010	Cambio de 1990 a 2010		Cambio de 2000 a 2010	
	Subió	Bajó	Subió	Bajó
Superior (13% o más)	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, El Salvador, República Dominicana, Venezuela (República Bolivariana de)	Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Guatemala, República Dominicana	El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Venezuela (Rep. Bol. de)
Inferior (menos del 13%)	Brasil, Haití, México, Perú, Uruguay	Costa Rica, Jamaica	México	Brasil, Costa Rica, Haití, Jamaica, Perú, Uruguay

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de microdatos censales; las encuestas de demografía y salud (DHS) y STATCompiler; para la Argentina: 2010: tabulados básicos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); para Jamaica: Jamaica Contraceptive Prevalence Survey (CPS 1993) y Reproductive Health Survey (RHS, 2002); para Nicaragua: Encuesta sobre Salud Familiar de Nicaragua, 1992-1993; para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

^a Mujeres de 15 a 19 años.

Esta relativa resistencia a la caída de la fecundidad y la maternidad entre las adolescentes representa una preocupación y un desafío. Además, está asociada a disparidades sociales y geográficas históricas que aún persisten. Como se observa en el cuadro 5, la maternidad adolescente es sistemáticamente más elevada en el campo que en la ciudad. En Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, que son los países que presentan las mayores brechas geográficas, el porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales prácticamente duplica el registrado en las zonas urbanas. Además, dado que existe una marcada asociación entre el nivel educativo de las jóvenes y la proporción de madres, las desigualdades se profundizan. En casi la mitad de los países de los que hay datos disponibles la proporción de madres adolescentes entre las jóvenes que a lo sumo llegaron al nivel primario triplica con creces la de aquellas que logran al menos el nivel secundario.

Un asunto preocupante es que, cada vez más, la maternidad adolescente está asociada a un incumplimiento de derechos, pues en casi todos los países de los que hay datos disponibles se constata un aumento del porcentaje de nacimientos no deseados entre las adolescentes¹²⁷. De hecho, a diferencia del pasado, estos porcentajes son ahora más altos entre las madres adolescentes que entre las de otras edades (véase el gráfico 6).

Cuadro 5
América Latina (países con datos disponibles): porcentaje de madres adolescentes (de 15 a 19 años)
según zona de residencia y nivel educativo de las jóvenes

País	Año	Zona de residencia		Nivel de instrucción		Brechas relativas ^a	
		Urbana	Rural	Sin instrucción y educación primaria	Educación secundaria y superior	Rural / Urbana	Sin instrucción o hasta educación primaria / Secundaria o superior
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^b	2008	11,1	20,6	26,9	9,1	1,86	3,0
Brasil ^c	2010	11,1	15,5	18,8	7,2	1,40	2,6
Colombia ^b	2010	13,8	22,2	42,0	13,4	1,61	3,1
Costa Rica ^c	2011	10,1	13,5	25,3	7,7	1,34	3,3
Ecuador ^c	2010	15,1	20,0	30,5	13,4	1,33	2,3
El Salvador ^b	2008	14,2	22,1	32,3	12,9	1,56	2,5
Guatemala ^b	2008	14,8	19,7	23,9	10,0	1,33	2,4
Haití ^b	2005-2006	9,3	13,7	15,0	6,7	1,47	2,2
Honduras ^b	2005-2006	13,8	21,3	26,3	7,8	1,54	3,4
México ^c	2010	11,8	14,3	26,6	10,5	1,22	2,5
Nicaragua ^b	2006-2007	15,4	25,0	30,7	11,7	1,62	2,6
Panamá ^c	2010	12,2	21,2	34,7	11,4	1,74	3,0
Perú ^b	2011	7,9	15,6	29,1	8,3	1,97	3,5
República Dominicana ^c	2010	18,4	23,5	37,0	16,9	1,28	2,2
Uruguay ^c	2011	9,4	11,2	s/d	s/d	1,19	s/d
Venezuela (República Bolivariana de) ^c	2011	14,0	20,6	s/d	s/d	1,47	s/d

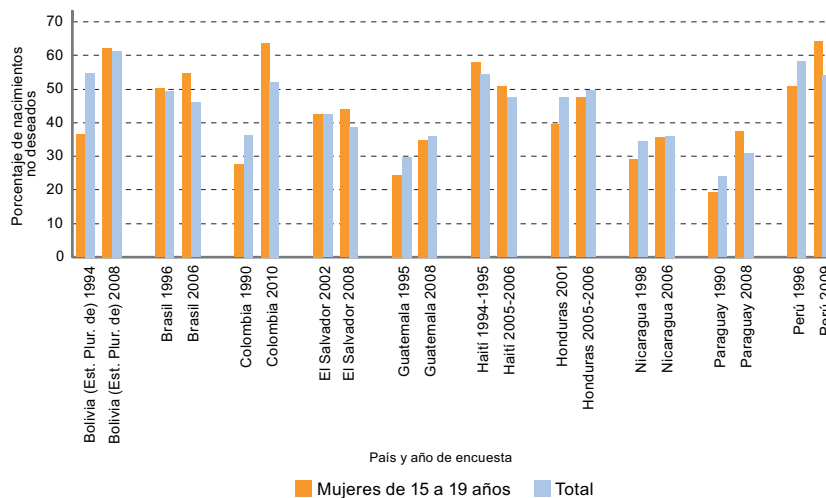
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales; Encuestas de demografía y salud (DHS) y STATCompiler; para Jamaica: Jamaica Contraceptive Prevalence Survey (CPS 1993) y Reproductive Health Survey (RHS 2002); para Nicaragua: Encuesta sobre Salud Familiar de Nicaragua 1992-1993; para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

^a Cociente entre el porcentaje de maternidad adolescente en zonas rurales y urbanas y cociente entre el porcentaje de maternidad de adolescentes sin instrucción formal y el de adolescentes que tienen educación secundaria o superior.

^b Datos de encuestas.

^c Información censal.

Gráfico 6
América Latina y el Caribe (países seleccionados): nacimientos no planificados o no deseados en los cinco años que
precedieron a la encuesta de referencia (incluidos los embarazos en curso en el periodo de la encuesta),
según edad de la madre al nacimiento
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Jorge Rodríguez, "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America", 2011 [en línea] http://www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01_rodriguez.pdf.

Los factores que explican la elevada fecundidad adolescente en la región son complejos y constituyen objeto de debate. Combinan especificidades sicosociales de esta etapa de la vida, determinantes económicos, sociales y culturales, componentes institucionales, variables ideológicas y debilidades de la política pública. Esta compleja combinación se expresa en la proporción de adolescentes que desean controlar la fecundidad pero que no están usando métodos anticonceptivos y que, según los pocos datos disponibles, oscila entre un 20% y un 38% en el caso de las mujeres solteras, y entre un 14% y un 26% en el caso de las que viven en unión¹²⁸.

Ahora bien, a pesar de esos progresos persisten varias lagunas y se plantean nuevos desafíos para una acción futura. La principal laguna es que, como se indicaba en el gráfico 3, de acuerdo con la tendencia actual en la mayoría de los países será imposible cumplir con la meta acordada en El Cairo acerca del acceso universal a la salud reproductiva. Por lo tanto, los esfuerzos para asegurar la universalidad del acceso deberán proseguir en el futuro e incluir una mayor cantidad de indicadores, por cuanto la atención de la salud sexual y reproductiva no se limita a satisfacer la demanda de planificación familiar. Otra laguna importante guarda relación con la diversidad y calidad de los servicios, que suele ser limitada, en particular en el sector público, como ha subrayado la sociedad civil en diferentes informes¹²⁹. Se trata de un asunto de equidad, pero también de derechos, ya que en casos extremos el acceso a servicios de baja calidad puede poner en riesgo la salud sexual y reproductiva de las personas. Entre las limitaciones a la diversidad están las dificultades para acceder a implantes anticonceptivos —que pueden ser particularmente útiles en el caso de las adolescentes— y a la anticoncepción oral de emergencia, que sigue prohibida en algunos países, injustificadamente restringida en otros y claramente obstaculizada en muchos¹³⁰.

Una debilidad importante que dificulta el logro del acceso universal a la salud sexual y reproductiva está relacionada con las capacidades de los servicios a nivel subnacional y local¹³¹. Su fortalecimiento debe ir acompañado de un refuerzo de las capacidades de vigilancia comunitaria, incluido el seguimiento de la ejecución presupuestaria en asuntos de población en general y de salud sexual y reproductiva en particular. Entre los temas de salud sexual y reproductiva que se deben trabajar, sobre todo a nivel local, se encuentra la mejora de los sistemas de distribución de insumos a los lugares de expendio local en zonas pobres. En los países de la región se ha avanzado de manera notoria en la compra y el almacenamiento de los insumos, pero a menudo estos no llegan a los territorios donde viven las mujeres con necesidades de planificación familiar insatisfechas.

Por otra parte, la atención a grupos específicos puede mejorar mucho, ya que todavía existen limitaciones en cuanto a recursos financieros y humanos para atender la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas y los migrantes con la debida pertinencia cultural; el mismo problema enfrentan los grupos discriminados por su orientación sexual, que encuentran barreras médicas, socioculturales y legales para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva que requieren¹³². Asimismo, pese a algunos esfuerzos por aumentar la participación masculina en el cuidado de la salud sexual y reproductiva¹³³, los hombres, incluidos los adolescentes, siguen siendo un grupo más bien elusivo al respecto, lo que tiende a reproducir los sesgos de género en materia de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

En el caso del control del VIH/SIDA la principal llamada de alerta es que la “estabilidad” de la epidemia refleja lentitud en la reducción de las nuevas infecciones y muertes relacionadas con el sida. De ahí se derivan grandes desafíos para el control efectivo de la infección, sobre todo en materia de prevención de conductas de riesgo —aún muy extendidas—, en la sensibilización y concientización de grupos crecientemente afectados por el VIH/SIDA, como las mujeres y los pueblos indígenas, en el logro de acceso universal al tratamiento antirretroviral, en el registro y seguimiento de los infectados y enfermos, con un enfoque de derechos y con estándares claros de confidencialidad y consentimiento, y en la eliminación del estigma y la discriminación. Cuerpos legales más completos y actualizados, más recursos para información, concientización, prevención y tratamiento, y más esfuerzos para lograr un nuevo trato a los infectados son componentes esenciales de la agenda de población y desarrollo después de 2014 en la región.

Por otra parte, la fecundidad adolescente sigue siendo muy elevada y la fracción no deseada de esta aumenta considerablemente. En algunos países se han incrementado esas tasas en los últimos años y en ciertos casos, como el de México, el aumento coincidió con un estancamiento del acceso a la anticoncepción moderna. Además, entre las adolescentes el grupo más resistente al descenso es el de 15 a 17 años, edad en que las muchachas deberían estar asistiendo a la escuela. En esa misma línea, durante el período de referencia algunos estudios visibilizaron a las madres de menos de 15 años (Rodríguez, 2013; Gómez, Molina y Zamberlin, 2011), cuyos embarazos son muchas veces producto de violencia sexual y abusos, con frecuencia intrafamiliares. Más allá de los números, se trata de casos extremos que ameritan una estrategia de prevención especial, pues debe incluirse un esfuerzo de protección pública ante un entorno inmediato que no cuida o, peor aún, que daña.

Las conductas de riesgo de embarazo no deseado y contagio de infecciones de transmisión sexual siguen siendo frecuentes, lo que se debe a un complejo conjunto de factores, entre ellos las denominadas “barreras de acceso” a los servicios de salud sexual y reproductiva que aún están lejos de ser removidas. Los avances en la oferta de servicios adecuados y accesibles y en la aplicación del principio de confidencialidad aún no han llegado a muchos países. Por ejemplo, en el Caribe los y las adolescentes menores de 16 años no suelen tener acceso a información y servicios de planificación familiar si no van acompañados del padre o de la madre (CEPAL, 2013b, pág. 36). Asimismo, la educación sexual integral, pese a las declaraciones públicas que la apoyan, aún es muy infrecuente y, de hecho, en algunos países se registraron retrocesos en su impartición durante el período de referencia¹³⁴.

Asimismo, queda mucho por hacer en cuanto a institucionalidad y políticas, así como en la consideración de las especificidades de los y las adolescentes. Es cierto que se han abierto caminos para lograr esa atención específica —como los espacios amigables en el sector de la salud, los círculos de formación y empoderamiento mediante la conversación y el intercambio de experiencias y los consejos consultivos de adolescentes, entre otros—, pero, a diferencia de los niños y de los jóvenes, los y las adolescentes todavía carecen de un reconocimiento legal, social e institucional claro. Debido a lo anterior, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y del acceso a la salud sexual y reproductiva para este grupo seguirá siendo una prioridad de la agenda de población y desarrollo después de 2014 en la región.

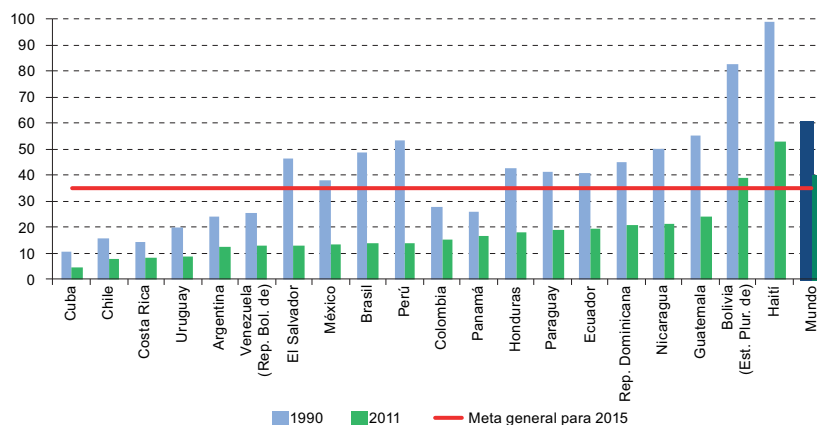
Finalmente, en el plano de los temas emergentes, la región no puede eludir uno que fue polémico en 1994 y que lo sigue siendo actualmente, aunque en un escenario distinto. Se trata de los derechos sexuales, cuya alusión en el PA-CIPD fue objetada y se eliminó en aras del consenso internacional. Pese a su exclusión explícita del PA-CIPD, la noción de derechos sexuales se ha extendido ampliamente por los países de la región y se ha ido reconociendo oficialmente de distintas formas. Ya se mencionó el caso de las recientes constituciones de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Ecuador, que los garantizan explícitamente¹³⁵. En varios países se han promulgado leyes que atañen o aluden a los derechos sexuales¹³⁶, mientras que en otros tantos hay políticas y programas que los incluyen¹³⁷ y en muchos se reconocen en la institucionalidad de los sectores de la salud y la educación y la igualdad de género. Por lo anterior, se puede decir que la región ya ha avanzado de manera parcial en el reconocimiento de estos derechos. Probablemente, uno de los asuntos que se deberán considerar en la agenda de población y desarrollo después de 2014 de América Latina y el Caribe será un reconocimiento regional de los derechos sexuales que incluya una definición explícita de sus contenidos.

G. Salud, morbilidad y mortalidad

En este capítulo del PA-CIPD se consideran cuatro grandes temas: atención primaria de salud y salud pública; supervivencia y salud de los niños; salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Varias de estas cuestiones ya se han abordado en otros capítulos de este documento, en particular los relativos a la estructura y los grupos de la población y a los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva. Además, el espectro de políticas atinentes a estos temas desborda con creces los límites de este informe. Por otra parte, este capítulo contiene, como pocos del PA-CIPD, metas e indicadores específicos. Debido a esta coincidencia de factores, el examen que se presenta en este acápite incidirá especialmente en los indicadores y se concentrará en la salud materno-infantil.

El PA-CIPD insta a los países a aumentar los esfuerzos por fomentar la salud de los niños, mejorar las condiciones de nutrición y reducir las disparidades a nivel nacional y regional, a la vez que plantea metas específicas para la reducción de los niveles de mortalidad en el primer año de vida. En cuanto a los avances logrados, en el gráfico 7 se muestran importantes descensos de las tasas de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe entre 1990 y 2011, que van desde un 36% en Panamá hasta un 74% en el Perú. Con la excepción de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Haití, todos los países latinoamericanos presentan una mortalidad infantil inferior a 35 por 1.000 nacidos vivos, que es la meta general establecida para 2015. De hecho, la gran mayoría de los países tienen una mortalidad infantil por debajo de 20 por 1.000, muy inferior al promedio mundial. Si se mantiene el ritmo de descenso de los últimos 21 años, el Estado Plurinacional de Bolivia alcanzaría esa meta en 2015 o antes; no así Haití, que debería intensificar las acciones.

Gráfico 7
América Latina y el mundo: tasa de mortalidad infantil
(Por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Child Mortality Estimates (CME) [en línea] <http://www.childmortality.org>; y Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012, Nueva York, 2012.

Tanto en el PA-CIPD como en el Plan de Acción Regional se exhorta a los países a reducir las brechas de mortalidad infantil, para lo que se requiere un descenso más acelerado en los sectores especialmente desfavorecidos. Los datos disponibles a partir de las encuestas de demografía y salud muestran que la mayoría de los países lograron reducir las desigualdades de mortalidad infantil que existían según zonas de residencia y nivel educativo, aunque en este último caso las brechas relativas continúan siendo muy marcadas (véase el cuadro 6). Sin embargo, en cinco países los diferenciales se incrementaron, incluso con cierta independencia del nivel de mortalidad: Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Haití, Honduras y el Perú, por lo que respecta a la brecha urbana/rural, y Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Haití y Nicaragua cuando se comparan las mujeres sin instrucción con las que han cursado al menos la educación secundaria.

Cuadro 6
América Latina (países con datos disponibles): brechas relativas en la mortalidad infantil, según zona de residencia y nivel educativo de las madres

País y fechas de encuestas	Brecha rural/urbana ^a		Brecha entre mujeres sin instrucción/Educación secundaria y superior ^b	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Bolivia (Estado Plurinacional de), 1994-2008	1,54	1,74	2,54	2,97
Brasil, 1991-2006	1,32	1,33	3,61	1,53
Colombia, 1990-2010	0,81	1,00	2,97	2,53
Ecuador, 1987-2004	1,51	1,10	2,65	1,58
El Salvador, 1993-2008	1,26	1,63	1,13	2,69
Guatemala, 1995-2008	1,39	1,41	2,67	2,82
Haití, 1994-2005	1,07	1,32	1,26	1,61
Honduras, 1990-2005	1,23	1,35	2,11	2,15
México, 1990-2009	1,90	1,21	2,41	2,40
Nicaragua, 1998-2006	1,28	1,28	2,00	2,22
Paraguay, 1990-2008	1,19	0,85	2,28	1,83
Perú, 1991-2011	1,89	2,36	2,95	3,00
República Dominicana, 1991-2007	1,46	0,95	1,81	1,67

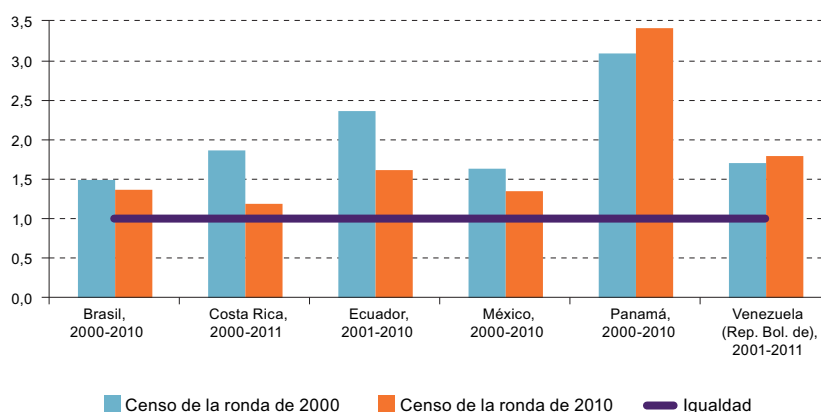
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (DHS)-Informes y STATCompiler, y CDC-Infomes; para el Brasil: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006); para México: Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009); para el Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011).

^a Cociente entre la tasa de mortalidad infantil rural y la tasa de mortalidad infantil urbana.

^b Cociente entre la tasa de mortalidad infantil de hijos de mujeres sin instrucción y la tasa de mortalidad infantil de hijos de mujeres que tienen educación secundaria o superior.

El PA-CIPD incluyó como meta la desaparición de las brechas de mortalidad infantil entre los pueblos indígenas y el resto de la población. De acuerdo con la última información disponible, esta meta está lejos de alcanzarse, salvo en el caso de Costa Rica, donde las diferencias relativas son pequeñas, si bien cabe destacar que las brechas étnicas se han reducido en seis de los ocho países que cuentan con información (véase el gráfico 8). Estas desigualdades en mortalidad infantil reflejan las inequidades estructurales que sufren los pueblos indígenas en la región y que no se explican solo por su mayor ruralidad, dado que también existen entre los indígenas que viven en ciudades y el resto de la población urbana. Así, se requiere no solo actuar ante las precarias condiciones de vida, la dificultad de acceder a los centros de salud (debido a la distancia y a la falta de medios de transporte), la deficiente calidad de los servicios de salud y el acceso desigual a la educación formal; también es necesario profundizar una adecuación cultural de los servicios de salud que disminuya el rechazo al sistema por falta de confianza, distanciamiento lingüístico —dado que la mayoría de los programas se ofrecen en la lengua oficial— o falta de empoderamiento y participación de los pueblos indígenas.

Gráfico 8
América Latina: brechas relativas (cociente) entre la mortalidad infantil indígena y no indígena, censos de las rondas de 2000 y 2010

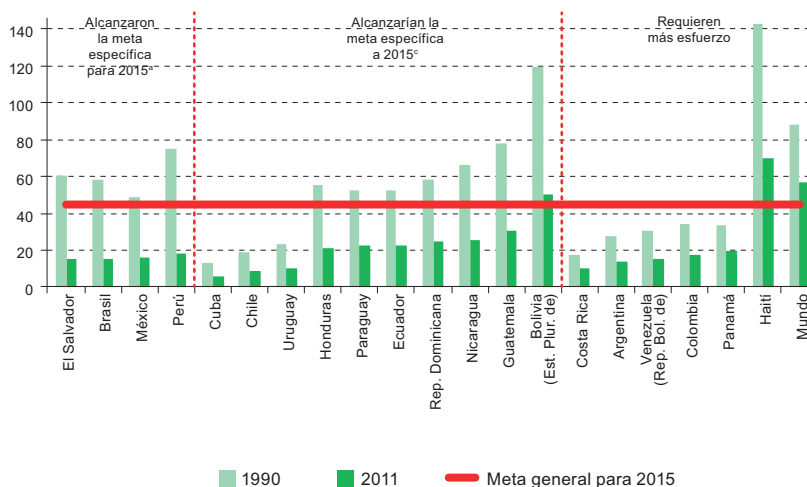


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales de cada país.

En el PA-CIPD también se plantean metas específicas para la reducción de la mortalidad en la niñez, mientras que la meta 4A de los ODM establece que entre 1990 y 2015 deba reducirse en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. En América Latina la disminución de la mortalidad en la niñez ha sido significativa. De hecho, en el año 2011 la tasa en casi todos los países estaban muy por debajo de 45 por 1.000, meta general establecida en el PA de la CIPD para el año 2015, con la excepción de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Haití (véase el gráfico 9). Por otra parte, de continuar con el ritmo de descenso observado entre 1990 y 2011, el 70% de los países lograrían alcanzar la meta de reducción de dos tercios fijada en los ODM. En realidad el Brasil, El Salvador, México y el Perú ya han disminuido la mortalidad en la niñez más allá de esa meta. En el otro extremo, Costa Rica, la Argentina, Venezuela (República Bolivariana de), Colombia, Panamá y Haití requieren mayores esfuerzos para poder cumplir con lo establecido en los ODM, pues redujeron la mortalidad en la niñez entre un 41,3% y un 51,5%. Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, no se observa asociación entre el nivel inicial de la mortalidad en la niñez y el grado de avance hacia la meta. Destacan países como Chile y Cuba que, a pesar de tener de partida bajos niveles de mortalidad en la niñez, lograrían cumplir la meta oportunamente, como Chile y Cuba.

Respecto de la mortalidad materna —cuya reducción es “un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo internacional [...]” (UNFPA, 2004, pág. 51)—, el PA-CIPD plantea bajar tanto su nivel como la brecha existente entre sectores sociales. Antes de examinar los datos, se reconoce que esta es una meta difícil de evaluar, ya que la mayoría de los países presentan serias limitaciones en las estadísticas vitales y más aún en la declaración de las causas de muerte. Por ende, la información proviene en muchos casos de estimaciones indirectas y puede presentar altos márgenes de incertidumbre, de modo que las tendencias deben analizarse con cautela.

Gráfico 9
América Latina: mortalidad en menores de 5 años y situación respecto a la meta 4A
de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
(Por 1.000 nacidos vivos)



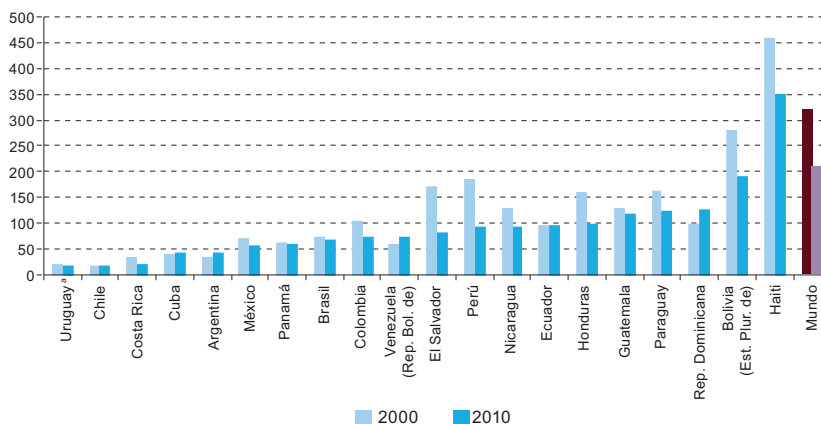
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Child Mortality Estimates (CME) [en línea] <http://www.childmortality.org>; y Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012, Nueva York, 2012.

- ^a Países que entre 1990 y 2011 redujeron al menos en dos tercios la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
- ^b Países que entre 1990 y 2011 redujeron la mortalidad en menores de 5 años de manera proporcional a la meta fijada para el período 1990-2015.
- ^c Países cuyo ritmo de descenso de la tasa de mortalidad en menores de 5 años no sería suficiente para llegar a una reducción de dos tercios.

En general, si bien la mortalidad materna en la región es inferior al promedio mundial —con la excepción de Haití, la tasa en todos los países está por debajo de 210 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos—, a 2010 persistía una importante heterogeneidad intrarregional, con un rango que iba desde 17,7 muertes maternas por 100.000 nacimientos en el Uruguay hasta 350 por 100.000 en Haití, pasando por una proporción de 190 madres fallecidas por 100.000 nacimientos en Bolivia (Estado Plurinacional de). Peor aún: datos recientes sugieren importantes rezagos en el cumplimiento de esta meta, básicamente por un estancamiento del descenso de la mortalidad. En el cuadro 7 se resume el panorama de los países de la región de los que hay información disponible en cuanto a niveles y tendencias. Partiendo de la base de que el PA-CIPD establece un objetivo de reducción del 50% en la mortalidad materna entre 2000 y 2015, de seguir las tendencias observadas alcanzarían esa meta Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Colombia, El Salvador, Honduras y el Perú. Los restantes países deberán redoblar sus esfuerzos para cumplir los acuerdos, lo que resultará más difícil para los que tienen una baja mortalidad materna, aunque los datos muestran una relativa independencia entre el nivel de mortalidad y el cambio experimentado en los últimos diez años. Por otra parte, a pesar de la falta de información sistemática sobre las diferencias entre sectores sociales, se puede afirmar que algunos datos relativos a las mujeres indígenas indican que en este grupo se registraban valores de mortalidad materna más altos que el promedio (CEPAL/OPS/UNFPA, 2010; Rojas, 2006; Oliveira, 2003).

El déficit en el cumplimiento de la meta de mortalidad materna no es novedad, por cuanto ya se había constatado en anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD y acaba de ratificarse en informes preliminares de seguimiento del cumplimiento de los ODM (CEPAL, 2013a). Sin embargo, ese virtual estancamiento de los últimos años resulta llamativo porque se aparta de otros indicadores de salud considerados en el PA-CIPD, entre ellos la esperanza de vida —que continuó aumentando en el período de referencia, de modo que si se mantiene esa tendencia, la gran mayoría de los países de la región podrían cumplir con la meta del PA-CIPD de 75 años en 2015. Es más, a los indicadores que sugieren una mejoría generalizada de las condiciones de salud de la población hay que añadir uno intermedio que suele ser clave para la salud materna: la atención institucional del parto, la cual siguió aumentando durante el período de referencia. Además, en ese lapso son numerosos los países que mencionan acciones destinadas a mejorar la salud y reducir la mortalidad maternas¹³⁸. De hecho, en la encuesta mundial 11 de 19 países de América Latina que respondieron indican logros en la atención al embarazo.

Gráfico 10
América Latina y el Caribe y el mundo (países con datos disponibles): razón de mortalidad materna, 2000 y 2010
(En muertes maternas por 100.000 nacimientos)



Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG); para el Uruguay: cifras de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por Causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto, Dirección de Programación Estratégica (DPES), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Registro Civil; para el resto de los países: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Basic Indicator Database", febrero de 2011 y 2012 [en línea] http://ais.paho.org/hip/viz/maternal_health_estimacionesdiversasfuentes_esp.asp; y "Observatorio Regional de Salud" [en línea] http://ais.paho.org/hip/viz/maternal_health_estimacionesdiversasfuentes_esp.asp [fecha de consulta: 24 de febrero de 2013].

^a Cociente entre el promedio de muertes maternas de 2009 a 2011 y el promedio de nacimientos del mismo período.

Cuadro 7
América Latina y el Caribe (países seleccionados): niveles y tendencias de la mortalidad materna atendiendo a la meta del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Nivel de mortalidad materna a 2010	Reducción en el período 2000-2010		Aumentaron
	30% y más	Menos del 30%	
Por debajo de 60	Costa Rica	Uruguay	Cuba
		Chile	Argentina
		México	
		Panamá	
Entre 60 y menos de 100	Colombia	Brasil	Venezuela (República Bolivariana de)
	El Salvador	Nicaragua	
	Perú	Ecuador	
100 y más	Honduras	Guatemala	República Dominicana
	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Paraguay	
		Haití	

Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG); para el Uruguay: cifras de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por Causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto, Dirección de Programación Estratégica (DPES), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Registro Civil; resto de los países: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Basic Indicator Database", febrero de 2011 y 2012 [en línea] http://ais.paho.org/hip/viz/maternal_health_estimacionesdiversasfuentes_esp.asp; y "Observatorio Regional de Salud" [en línea] http://ais.paho.org/hip/viz/maternal_health_estimacionesdiversasfuentes_esp.asp [fecha de consulta: 24 de febrero de 2013].

¿Por qué, entonces, no cae la mortalidad materna? En la literatura especializada se recogen varias hipótesis. Algunas son metodológicas y están vinculadas a la escasa robustez de las mediciones y al cambio de calidad de estas en el tiempo. Otras plantean que, al igual que la fecundidad adolescente, la mortalidad materna requiere de programas especializados y diseñados expresamente para reducirla. También están las que plantean que la calidad de los servicios de salud prenatal y obstétrica, en particular los de urgencia, no ha mejorado pese a que se haya ampliado su cobertura. Finalmente, está el argumento de que en pocos países se han implementado medidas tendientes a garantizar condiciones sanitarias satisfactorias en casos de aborto inducido, habida cuenta de la penalización que este tiene asociada (Juárez, 2013; González, 2011). La evidencia es muy fragmentaria para descartar o favorecer alguna de estas polémicas hipótesis. Sin duda, la principal controversia guarda relación con el efecto del aborto en la mortalidad materna. Por una parte está el debate científico sobre la relación empírica entre ambos eventos, en particular cuánto podría reducirse la mortalidad materna mediante la prestación de servicios de aborto seguro.

Por otra, existe un debate político-ideológico sobre el cual se logró una redacción de compromiso con el párrafo 8.25 del PA-CIPD¹³⁹. Ahora bien, como en varios otros temas del PA-CIPD que atañen a principios, la región tomó posiciones durante el período de referencia, como se aprecia en el párrafo 6.f. del Consenso de Brasilia aprobado en la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe¹⁴⁰. Asimismo, durante el período de referencia algunos países adoptaron posturas favorables a la legalización o despenalización del aborto¹⁴¹ o, por el contrario, endureciendo su prohibición¹⁴². Incluso en algunos países federales de la región se han vivido tendencias divergentes, ya que en algunos estados se ha legalizado el aborto y en otros se ha reformado la norma constitucional a escala subnacional para dar más peso a la prohibición¹⁴³.

Más allá de los debates ideológicos, lo cierto es que hay mujeres en la región que deben recurrir al aborto en condiciones clandestinas y típicamente inseguras (en particular para las pobres). Y otras, en menor número, aunque cada caso cuenta, se ven forzadas a continuar con embarazos resultantes de violaciones o que son de fetos inviables, con lo que no solo ponen en riesgo su salud, sino su dignidad e integridad como seres humanos. Por estas razones, al menos, el tema debe estar en la agenda futura de población y desarrollo y no caben vetos *a priori* al respecto.

H. Distribución de la población, urbanización y migración interna

En este capítulo del PA-CIPD se identifican varios asuntos y sus respectivos objetivos. El primero se refiere de manera genérica a la distribución de la población y el desarrollo sostenible¹⁴⁴; el segundo, al crecimiento de la población en las grandes aglomeraciones urbanas¹⁴⁵, y el tercero, a las personas desplazadas internamente¹⁴⁶.

En el informe de El Cairo+15 ya quedó constancia de la virtual desaparición de políticas y programas explícitos en materia de migración interna, ausencia que persistió en este período de referencia, como se ponía de relieve en el documento *Población, territorio y desarrollo sostenible*, presentado en la última reunión del Comité Especial de Población y Desarrollo de la CEPAL, celebrada en Quito en junio de 2012, y como queda patente en la Encuesta mundial, en que ningún país mencionó acciones de este tipo.

Ahora bien, en la región el interés por influir en la migración interna sigue presente¹⁴⁷ y todavía está vinculado con el objetivo de promover el desarrollo económico y social, aprovechar las potencialidades de todos los espacios subnacionales y reducir las disparidades sociales entre esos espacios. Pero lo anterior no se traduce en grandes programas como en el pasado —en particular de colonización, reasentamiento y relocalización de la ciudad capital—; entre otras razones, por la preeminencia del derecho a la libre movilidad dentro del territorio¹⁴⁸, los enormes costos económicos, socioculturales y ambientales que generaron esas políticas en el pasado (CEPAL, 2012b) y el planteamiento de que no son sostenibles por sí solas y sus objetivos pueden lograrse más eficientemente mediante acciones tendientes a impulsar el desarrollo sostenible de los espacios subnacionales.

Debido a lo anterior, esta ausencia de políticas explícitas de migración interna coexiste con una creciente preocupación por los asuntos territoriales. De hecho, en las nuevas constituciones de América Latina la cuestión territorial es importante, además de tener una relevancia específica en el caso de los territorios indígenas¹⁴⁹. Asimismo, en varios países se han implementando políticas de desarrollo regional y de ordenamiento territorial que influyen en los patrones migratorios y la localización geográfica de la población¹⁵⁰. En algunos se ha comenzado a considerar el tema de la migración interna y de la localización de la población en el marco de la prevención de desastres naturales —es el caso de Haití y de Chile, tras los terremotos (con maremoto en el país andino) sufridos en enero y febrero de 2010, respectivamente¹⁵¹— y la mitigación de los efectos del cambio climático.

Por otra parte, diversos gobiernos han puesto en práctica iniciativas con el objetivo de promover el desarrollo y, al mismo tiempo, fortalecer la atracción de población de determinados tipos de asentamientos —por ejemplo, ciudades intermedias, áreas fronterizas, zonas rurales, espacios centrales de las metrópolis— o de zonas específicas del país. En este segundo supuesto, para aprovechar las potencialidades que ofrecen o porque se consideran estratégicas para el desarrollo nacional, entre otras razones¹⁵². Asimismo, y en vinculación directa con el objetivo de reducir los factores de presión que impelen a emigrar, varios gobiernos han puesto en práctica medidas —como un aumento de la conectividad, el mejoramiento de la dotación de servicios e infraestructura y la asignación especial de recursos— para atenuar esos factores en las zonas de alta expulsión¹⁵³. Ahora bien, los logros de estas acciones no son inmediatos y resulta difícil evaluar con precisión los impactos reales de estas políticas, que, por otra parte,

están sujetas a los cambios de prioridades de los gobiernos o a modificaciones de la agenda pública asociados a reemplazos gubernamentales, por lo que su continuidad suele estar en riesgo. Debido a lo anterior, a la fecha está poco documentado el impacto migratorio de la mayoría de las medidas implementadas en el período de referencia.

En lo que atañe al ámbito metropolitano, el despliegue de políticas ha sido masivo y variado, e incluye acciones tendientes a identificar con más precisión el territorio metropolitano, mejorar la gobernabilidad y el funcionamiento de las grandes ciudades, reducir sus déficits sociales y de infraestructura, y combatir algunos de sus problemas más graves, como la contaminación, la congestión, la pobreza y la inseguridad. En total, 12 de los 19 países de América Latina que respondieron la Encuesta mundial mencionan avances en materia de planificación urbana, promoción de la descentralización y gestión y protección ambiental¹⁵⁴. Una cantidad similar indica que se han implementado medidas específicas para aumentar y mejorar el acceso a servicios básicos¹⁵⁵, a vivienda¹⁵⁶ y a transporte público en las metrópolis¹⁵⁷. En muchos casos se trata de programas iniciados antes del período de referencia, pero cuya continuidad ha sido clave para cosechar resultados¹⁵⁸. Un hecho llamativo del período es que al menos dos programas dirigidos a recuperar el atractivo residencial de las áreas céntricas —en el Distrito Federal de México y en Santiago de Chile— permitieron obtener resultados concretos sobre la atracción de nuevos residentes (CEPAL, 2012b).

Por otra parte, los gobiernos continuaron con programas de mejora de los asentamientos precarios —la principal meta de los ODM con respecto a la habitación—, lo que ha permitido una paulatina reducción del número de personas que viven en esas condiciones. Además, desde la implementación de programas emblemáticos a fines de la década de 1990 —como Favela-Barrio y Chile-Barrio—, las iniciativas dirigidas a mejorar estos asentamientos se implementan cada vez más según una óptica multisectorial —pertinente por los varios problemas que enfrenta simultáneamente la población de estos asentamientos—, una perspectiva de derechos —en particular los que atañen al reconocimiento del espacio ocupado por largo tiempo, lo que deriva en priorizar la radicación, la titulación y el mejoramiento barrial— y un enfoque participativo e inclusivo de la población residente.

Los desplazados internos siguen siendo un grupo de población particularmente vulnerable en varios países de la región en que persisten conflictos dentro del territorio. El más relevante por la magnitud de la población desplazada es Colombia, que desde hace varios años ha desarrollado una institucionalidad de identificación, contabilización y apoyo para los desplazados. Pero hay otros países donde persiste el desplazamiento interno forzado, de manera que en al menos tres países de la región se implementaron acciones de apoyo a los desplazados en materia de salud, educación, formación y empleo. Respecto de este tema urge responder a desplazamientos forzados por causas no tradicionales (aunque existían en el pasado, ahora son más visibles y relevantes). Se trata de los debidos a la acción del crimen organizado y del narcotráfico —así como a la represión indiscriminada de esos delitos— (CIDEHUM, 2012), los originados por grandes proyectos de inversión (infraestructura, extracción, industria, urbanizaciones) privada o pública¹⁵⁹ y los que se derivan de desastres sicionaturales y del cambio climático.

No obstante el despliegue antes expuesto, las ciudades de la región aún enfrentan grandes problemas y enormes desafíos, en línea con los ya identificados en el informe sobre El Cairo+15 (CEPAL, 2010b) y los documentados en una amplia gama de informes recientes (CEPAL, 2012b). La mayoría de los aglomerados metropolitanos carecen de instancias específicas de planificación y gobierno, lo que dificulta el planeamiento estratégico integrado y la gestión cotidiana de estas áreas. En muchas ciudades el transporte es un problema acuciante, que deteriora significativamente la calidad de vida y el presupuesto de la población. La segregación residencial urbana adquirió más visibilidad, pero no se han implementado medidas para reducirla o atenuar sus efectos. Asimismo, cada vez hay más conciencia de los efectos adversos de las políticas de construcción masiva de viviendas sociales en la periferia de las ciudades. Sin embargo, no por ello se han dejado de aplicar, con el argumento de que son las más efectivas para reducir el déficit habitacional. Finalmente, respecto de los asentamiento precarios, si bien gracias a las mejoras realizadas ha disminuido la proporción de población que vive en barrios marginales, en términos absolutos el número de habitantes de este tipo de asentamientos ha aumentado de 106 millones a 111 millones de personas (CEPAL, 2013a, pág. 82). Adicionalmente, en el período de referencia se documentaron varios casos de intervenciones guiadas por criterios policiales y mercantiles que resultaron excluyentes —al consistir en erradicaciones unilaterales y sin justificaciones sociales o ambientales— y generaron conflictos urbanos¹⁶⁰.

La futura agenda de población tendrá un sesgo urbano, no solo por el protagonismo cuantitativo de sus residentes, sino porque todas las previsiones sugieren que la urbanización de la región continuará y que en las actuales circunstancias el campo seguirá perdiendo población. Mejorar las condiciones y la calidad de vida en las ciudades, así como el funcionamiento general de estas, implicará enfrentar los déficits acumulados, lo que requerirá más recursos, una

planificación integral y multisectorial, mejores regulaciones e intervenciones más robustas. También exigirá encarar fuertes intereses asociados al *statu quo*, que influyen decisivamente en los precios de la tierra y de los inmuebles urbanos, en la localización de servicios e infraestructura y en el funcionamiento del transporte. Asimismo, obligará a tomar decisiones estratégicas claras acerca de los servicios públicos, cuya adecuada gestión es fundamental para la sostenibilidad de las ciudades. Finalmente, algunos asuntos apenas mencionados por los gobiernos en la Encuesta mundial, como el gobierno de las áreas metropolitanas, su delimitación formal y la segregación residencial, deberán incorporarse en la agenda como temas prioritarios, habida cuenta de su importancia para el desarrollo democrático, inclusivo y eficiente de las ciudades de la región.

I. Migración internacional

Cuatro asuntos se abordan en este capítulo del PA-CIPD¹⁶¹, cuyo tema central ha tenido creciente visibilidad y gravitación en la región. Este protagonismo se debe al aumento generalizado de la emigración internacional durante los primeros quinquenios de aplicación del PA-CIPD (una tendencia que ya existía en varios países) y a una serie de fenómenos —relacionados con los derechos humanos, la economía de los países y los hogares y la vinculación con el resto del mundo— asociados al nuevo estatus migratorio de la región, muy distinto al de inmigración neta que predominó en buena parte del siglo XX. Así, con matices según los países, ya que no todas las cuestiones estaban asociadas a la emigración neta, en las políticas se debieron priorizar nuevos objetivos a fines de siglo XX. Pasaron a ocupar la agenda de los gobiernos asuntos como la lucha contra la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes, la protección de los derechos de los migrantes, el combate al racismo y la xenofobia, la vinculación con la diáspora, las remesas, su uso y sus efectos, y las homologaciones y acuerdos en materia de seguridad social. Más recientemente y en respuesta a los impactos de la crisis económica, varios países han reaccionado con iniciativas y normativas acerca del retorno, en un espectro que incluye desde la asistencia hasta la promoción. Respecto a los derechos, cabe destacar que América Latina y el Caribe es la región en que un mayor porcentaje de países han ratificado la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares¹⁶². Más aún, durante el período de referencia se destacan a nivel regional el proceso de ratificación y aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social¹⁶³, los acuerdos e instrumentos adoptados en el seno del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad Andina (CAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), así como la firma e implementación de varios convenios bilaterales¹⁶⁴.

Debe destacarse el caso del MERCOSUR, porque refleja la voluntad de tratar el tema migratorio dentro de un marco multilateral de consenso a nivel regional, con el Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Partes del MERCOSUR, Bolivia y Chile (conocido como acuerdo de libre residencia) implementado desde el 4 de diciembre de 2009. A grandes rasgos, lo que establece este acuerdo es que los nacionales de la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, el Paraguay y el Uruguay son libres de residir y trabajar en cualquiera de dichos Estados durante dos años, independientemente de la actividad que realicen, para lo que solo se requiere la acreditación de la nacionalidad y la ausencia de antecedentes penales. Si bien el proceso de adhesión de cada país ha sido diferente, desde un punto de vista operativo esto se traduce en facilidades de toda índole para la migración y se minimizan los riesgos de irregularidad. Con posterioridad se adhirieron Colombia, el Ecuador, y el Perú. Se ha hecho notar que con esta iniciativa se configura una política migratoria encaminada hacia una mayor integración regional y hacia el ideal de corresponsabilidad que exige la gestión migratoria.

La Encuesta mundial también confirma la importancia del tema y la reorientación de las prioridades nacionales al respecto. Los principales avances mencionados por los gobiernos atañen a la protección de los migrantes y la lucha contra la trata y el tráfico de migrantes. Varios gobiernos informan de acciones relativas a la protección y el apoyo a refugiados y desplazados y dos países (Colombia y México) registran medidas para facilitar el flujo y la utilización de las remesas. El retorno aparece en la agenda de cinco países con un gran volumen de población emigrada (Bolivia (Estado Plurinacional de), Cuba, el Paraguay, el Perú y el Uruguay). En este caso, el énfasis está puesto en políticas dirigidas a facilitar y promover la reintegración de los emigrados en la sociedad de origen. El mismo número de países consiguieron cuestiones relativas a la regularización migratoria y documentaria de los migrantes.

Durante el período de referencia, en algunos países se consolidaron enfoques estratégicos acerca de esta cuestión. Es el caso de la Argentina, cuyas leyes relacionadas con este tema—25.871, de Migración (2004), 26.165, de Refugio (2006) y 26.364, de Trata de Personas (2008), consideradas hitos en materia de derechos humanos, integración, protección, acceso a servicios (en particular de salud y educación) y movilidad de los migrantes¹⁶⁵—tuvieron su correlato y continuidad en la reglamentación de la ley 25.871 (Disposición 616/2010), que permitió la plena aplicación de la legislación en todos los niveles del Estado. La Argentina también ha sido muy activa en la concesión de residencia transitoria a migrantes, y su “Comisión del Migrante”, creada en 2008 en el ámbito de la Defensoría General de la Nación, ha efectuado un despliegue notable en relación con grupos particularmente vulnerables dentro del colectivo de inmigrantes. Por su parte, Costa Rica y México destacan en este período por el desarrollo de un nuevo marco normativo para la migración. La Ley General de Migración y Extranjería de Costa Rica, promulgada en el año 2009, junto con su posterior reglamentación en 2011, así como la Ley de Migración de México de 2011, cubren todas las fases del proceso migratorio, promoviendo la integración social y la protección de libertades y derechos de los migrantes, en el marco de los derechos humanos y de las convenciones internacionales ratificadas por ambos Estados. Otra iniciativa que los dos países han desarrollado durante el año 2011 es la reglamentación del refugio y trato a los refugiados. Costa Rica creó, mediante el Reglamento de Personas Refugiadas, la Unidad de Refugio, Visas Restringidas y Consulares, que se encarga de prestar apoyo técnico y administrativo para solicitar la condición de persona refugiada por medio de un proceso que garantiza la confidencialidad y seguridad del solicitante. México, por su parte, creó la Ley Sobre Refugiados y Protección Complementaria, que establece bases para la atención de los refugiados, con el fin de garantizar sus derechos humanos y los requisitos para la regulación de su condición. En algunos países hubo situaciones mixtas. Es el caso de Chile, donde no se resolvieron temas críticos de larga data—como el derecho a voto de los nacionales en el exterior—pero se dictó una nueva ley de refugio y se amplió el acceso de los inmigrantes a los servicios (en particular de educación y salud)¹⁶⁶. En otros países, finalmente, se avanzó poco o nada y se acumularon temas pendientes de interés estratégico.

Un asunto en el que se cosecharon frutos durante el período de referencia fue el de los acuerdos sobre migración entre países. El estatuto migratorio permanente ecuatoriano-peruano es un ejemplo. Con este instrumento se pretende regularizar el trabajo de la población peruana migrante, otorgando los mismos derechos laborales que las leyes estipulan para los nacionales. Paralelamente, este estatuto permite a peruanos y ecuatorianos ingresar al Ecuador y al Perú como migrantes para trabajar por un período de seis meses en cualquier actividad. Para el ingreso solo necesitan su documento de identidad.

Asimismo, Chile, El Salvador, Guatemala y México establecieron durante el período de referencia normas para la prevención, el combate y el control de la trata de personas¹⁶⁷.

Por otra parte, durante el año 2010 el Estado Plurinacional de Bolivia desarrolló la Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación, atendiendo así a uno de los principales fenómenos adversos a los que se enfrentan los migrantes en las sociedades de recepción¹⁶⁸. Esta ley presenta la particularidad de que, además de establecer mecanismos preventivos, sanciona los actos de racismo y discriminación en distintas esferas de la sociedad, promoviendo acciones que contribuyan a una cultura de tolerancia, respeto e integración. En el mismo país, precisamente en los días en que concluía la elaboración de este informe, se anunciaba la aprobación de la nueva Ley núm. 370 sobre Migraciones, la primera de la historia legislativa nacional. El desafío inmediato es reglamentarla para garantizar su adecuada aplicación.

Un aspecto que cabe destacar es que, si bien la migración internacional atañe a dos Estados, la selectividad geográfica de los migrantes internacionales establece conexiones también selectivas entre los países. Por ello, cada vez son más los gobiernos locales que están tomando posiciones sobre el tema y adoptando medidas al respecto¹⁶⁹. Esas medidas pueden orientarse en un sentido divergente del de la política nacional, y para los migrantes pueden tener un efecto directo mayor que las disposiciones nacionales. Se trata de un asunto emergente que debe ser considerado en la agenda futura.

Los avances señalados anteriormente no deben invisibilizar las enormes lagunas que hay en la región para lograr los objetivos planteados en el PA-CIPD en esta materia. Para muchos emigrantes, la salida al extranjero sigue siendo la única opción ante la falta de oportunidades en su país de origen. Las condiciones de vulnerabilidad y discriminación de los migrantes en el destino están lejos de desaparecer. Las redes que engañan a los migrantes y abusan de ellos siguen actuando y en algunos países, por ejemplo en México, durante el período de referencia se han registrado matanzas de migrantes que han estremecido a la opinión pública. Aún subsisten barreras y limitaciones para el ejercicio

de derechos como la reunificación familiar y, lo que resulta más preocupante, hay muchas señales de ausencia del debido proceso legal y detenciones en condiciones inhumanas que sufren las personas migrantes, en especial en destinos extrarregionales. Con relación a las remesas, la crisis económica provocó una caída repentina, seguida de una modesta recuperación. Las últimas cifras disponibles sugieren que los montos actuales aún se encuentran por debajo de los observados en 2008, lo que demuestra los riesgos que entraña depender de las remesas. Si a lo anterior se suma la existencia de un proceso inacabado de discusión sobre políticas y programas para una utilización productiva, parece claro que las remesas serán un tema de la agenda de población y desarrollo después de 2014. A todos estos asuntos hay que añadir algunos que emergieron en el período de referencia y que están relacionados con el retorno —todavía no masivo— de migrantes desde países desarrollados afectados por la crisis económica mundial. Con este retorno, sumado a la tradicional migración intrarregional y la llegada incipiente de inmigrantes de otras latitudes, se replantea el tema de la tolerancia y la aceptación de los otros en los países de América Latina y el Caribe. Aunque anteriormente se mencionaron buenas prácticas legales e institucionales al respecto, aún están lejos de seguirse en todos los países de la región y los valores y las actitudes sociales existentes no siempre propician la acogida de los recién llegados ni la tolerancia frente a culturas distintas. En todo caso, estas cuestiones se han considerado como asuntos de interés general en los procesos regionales de consulta y, recientemente, en las iniciativas que propone la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños¹⁷⁰.

J. Población, desarrollo y educación

Este capítulo del PA-CIPD incluye tres objetivos, dos de los cuales ya se abordaron en acápites previos¹⁷¹. El tercero —“Incorporar en los programas de estudios temas sobre la relación entre la población y el desarrollo sostenible, las cuestiones de salud, incluida la salud reproductiva, y la igualdad entre los sexos, y mejorar su contenido a fin de fomentar una mayor responsabilidad y conciencia al respecto” (párr. 11.5c)— se ha examinado de forma marginal en otros apartados, por lo que el análisis que sigue trata exclusivamente sobre este objetivo, con especial referencia a la educación sexual.

La Encuesta mundial indica que un asunto que unifica a los países con respecto a este tema es el de la educación sexual y la inclusión de la perspectiva de género en la formación escolar. En particular, en ocho países se mencionan avances en materia de educación sexual y asesoramiento en salud sexual y reproductiva¹⁷². Dentro de esta temática, cinco países aludieron a la promoción de una educación sexual apropiada para cada edad y del asesoramiento en las escuelas; otros tantos lo hicieron en cuanto a la inclusión de información sobre población y salud sexual y reproductiva en la formación de los profesores. Cuatro se refirieron a la incorporación de una educación sexual integral en la educación formal de los jóvenes. En la misma línea, cinco países indicaron avances en materia de inclusión de contenidos de equidad de género en la educación escolar.

Este despliegue en materia de educación sexual está en plena consonancia con la Declaración Ministerial Prevenir con Educación¹⁷³ que apunta a asegurar la educación sexual integral como medio para prevenir el VIH, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados— y que se destacó como avance a escala regional en el informe sobre El Cairo+15 (CEPAL, 2010b). Ahora bien, justamente los intentos de evaluar el cumplimiento de las metas de esta Declaración¹⁷⁴ efectuados por la sociedad civil¹⁷⁵ —ya que no se constituyó un mecanismo intergubernamental para ello— sugieren avances muy dispares entre los países, dado que, mientras que algunos señalaban índices de cumplimiento del orden del 80%, la mayoría registraban índices inferiores al 30%.

El ejemplo de Chile ilustra la importancia que tienen las decisiones políticas para avanzar en esta materia. En la ya mencionada Ley 20.418 se dispone que los establecimientos educacionales deben incluir un programa de educación sexual para los alumnos de enseñanza secundaria, acorde a las creencias del centro. Ahora bien, en este país se optó por un modelo electivo. El Ministerio de Educación seleccionó siete programas de educación sexual —diferenciados, entre otros aspectos, por razones ideológicas— de los que los establecimientos escolares deben elegir uno y pagar por su impartición. El proceso de selección se convierte así en un asunto ideológico y, además, poco viable por su costo (se estableció un fondo para subsidiarlo, pero los recursos asignados fueron insuficientes). A la postre, el resultado ha sido un avance “aún incipiente” en la implementación de esta ley (Dides y otros, 2012).

En suma, la educación sexual y, en general, el manejo de información sobre salud sexual y reproductiva es aún limitado en la región y continúa sometido a tensiones ideológicas que chocan abiertamente con la disposición formal

de los gobiernos a avanzar en esta materia. Sin duda, estas insuficiencias se expresan en los altos niveles de fecundidad adolescente expuestos en el capítulo de seguimiento de indicadores de este informe. Toda la evidencia disponible sugiere que la educación sexual integral es un componente clave para la prevención del embarazo adolescente, pero no cualquier educación sexual, sino una que apunte también a las dimensiones emotivas y relacionales e incluya el manejo de las asimetrías de género y de las conductas, que son particularmente relevantes en la pubertad y la adolescencia (Vivo, López-Peña y Saric, 2012).

Finalmente, la capacitación de recursos humanos en materia de población sigue siendo uno de los grandes desafíos para la región. Esto es válido en el caso de la educación sexual, por cuanto el primer requisito para ofrecerla es contar con profesores, consejeros o facilitadores debidamente preparados. Pero también es válido para la educación sobre población en general, para la que se cuenta en la actualidad con muchos más recursos de información y tecnología, aunque no necesariamente con docentes que hayan sido capacitados. Por otra parte, en un nivel distinto, pero igualmente importante, el quehacer técnico, profesional y académico en el campo de población y desarrollo requiere de recursos humanos especializados, que no se están reponiendo adecuadamente. Este déficit no afecta tanto a los cuadros académicos, por cuanto ya hay una oferta de formación de posgrado en varias universidades de la región y de otros países. El problema está relacionado principalmente con la carencia de suficientes técnicos y profesionales capacitados para el análisis demográfico rutinario en organismos públicos y privados y para los ejercicios regulares de estimación y proyección de población en los organismos nacionales de estadísticas. La recuperación por parte del CELADE-División de Población de la CEPAL de los cursos regionales intensivos de análisis demográfico para el desarrollo representa un avance en el período de referencia, pero es insuficiente para satisfacer los requerimientos de la región. Además, apunta más bien a cuadros técnicos de demografía y no a cuadros profesionales de población y desarrollo. Estos últimos podrían provenir del ámbito académico, pero se requieren incentivos para atraerlos, así como procesos de adaptación a las rutinas propias de la función pública.

K. Tecnología, investigación y desarrollo

Este capítulo del PA-CIPD se centra en los datos y análisis necesarios para el conocimiento adecuado y oportuno de los asuntos de población y desarrollo, así como en la acción pública respecto de estos¹⁷⁶. En ese sentido un reconocimiento que cabe efectuar es que en dos de las tres fuentes de datos de población clásicas se registraron importantes avances durante el período de referencia.

En primer lugar están los censos de población y vivienda efectuados entre 2010 y 2013 en 13 países de América Latina. Si se le agregan 4 países que realizaron censos entre 2005 y 2010, resulta que 17 de un total de 20 países cuentan ya con un censo de la ronda de 2010; a lo anterior hay que añadir la totalidad de los países del Caribe¹⁷⁷. En la mayoría de los casos el financiamiento de los censos provino del presupuesto nacional, acorde con la creciente fortaleza fiscal de los países de la región. En línea con la ampliación y democratización del acceso a los datos censales —lo que ya se mencionó como avance en anteriores informes de examen de la implementación del PA-CIPD— al menos 10 de estos países ya han difundido sus bases de microdatos y han habilitado sistemas de consulta y procesamiento en línea de los microdatos censales para todo tipo de usuarios¹⁷⁸. Asimismo, en todos los países los datos del censo se han difundido ampliamente y se han usado con múltiples propósitos; algunos, técnicos —como la actualización de marcos muestrales o de las proyecciones de población—; otros, de política pública —como la definición de programas, la asignación territorial de recursos y la identificación de grupos de la población, como en el caso antes mencionado de los pueblos indígenas—, y otros, más informativos —como la actualización de perfiles de la población nacional y subnacional. Un logro importante en el período de referencia fue reforzar la coordinación y los espacios de encuentro e intercambio entre los países de la región para compartir experiencias, problemas y dudas relativas a las distintas fases del operativo censal¹⁷⁹.

En segundo lugar están las encuestas de hogares que con diversos formatos se están realizando en todos los países de la región, lo que permite actualizar la caracterización de la población y realizar un seguimiento a escala nacional de compromisos gubernamentales de carácter nacional o internacional. Una mención especial merecen

las encuestas especializadas —como las de demografía y salud— que en algunos países (como el Brasil y el Perú) se han convertido en actividades básicamente nacionales.

A pesar de estos avances hay al menos una laguna importante, un aspecto en que los progresos son escasos y una situación que puede considerarse de retroceso, todo lo cual amerita ser considerado en la agenda futura.

La laguna corresponde a las estadísticas vitales, que en buena parte de los países de la región aún no logran consolidarse como fuentes de información oportunas y confiables. Mientras que en algunos países se han logrado altos niveles de robustez, en otros la calidad del registro varía según el evento o la región, y en muchos sigue siendo limitada en general. Dado que los registros deberían ser la base de la información demográfica, esta laguna compromete, entre otras cosas, la oportunidad y precisión de las estimaciones y proyecciones de población que deben basarse exclusivamente en el censo o en encuestas para su realización. Se trata, sin duda, de un desafío mayor, por cuanto lograr registros de calidad requiere de una amplia y eficiente red de recolección y procesamiento regular de información. Ciertamente, las nuevas tecnologías pueden ser de gran utilidad para la operación de esta red y, en general, para el funcionamiento de los registros. Pero no son una solución por sí mismas, ya que lo principal es el hábito de registrar los eventos, que depende básicamente de la disposición, la información y los incentivos que tenga la población para hacerlo. De esta manera, el fortalecimiento de los registros vitales en el marco de la construcción o consolidación del sistema estadístico nacional constituirá un tema central de la agenda futura de población.

El escaso progreso mencionado tiene que ver con las encuestas denominadas prospectivas o de panel, que son de gran utilidad para los estudios y análisis más sofisticados. Varios países han anunciado la implementación de este tipo de encuestas, pero pocos lo han hecho efectivamente durante el período de referencia.

Y el retroceso se ha dado, paradójicamente, en la confiabilidad de los censos, pues al menos dos países (Chile y el Paraguay) han debido enfrentar serios cuestionamientos de sus resultados, lo que en parte parece deberse a que los cambios realizados en los censos en esos países (y en otros, como el Uruguay) implicaron enormes desafíos conceptuales, logísticos y operativos que desbordaron la capacidad de los organismos encargados de levantar el censo. La lección que puede extraerse de estos casos no es que hay que evitar los cambios en los censos, sino más bien que hay que estimar adecuadamente los tiempos necesarios para aplicarlos, considerar las experiencias de otros países y, sobre todo, tener en cuenta las implicaciones censales y no censales —entre estas últimas, por ejemplo, lo que supone en cuanto a trámites y condiciones legales la contratación de un ejército de encuestadores— de estos cambios. En esa misma línea, una lección clave es que las nuevas tecnologías, por ejemplo los dispositivos móviles de registro, también implican desafíos y no constituyen una solución por sí solas. Indudablemente hay que incorporarlas en los censos, pero al hacerlo se debe considerar una capacitación adecuada de los empadronadores y una información apropiada a la población en general.

Finalmente, con respecto a la investigación, en muchas de las políticas expuestas en las secciones previas se considera la realización de diagnósticos, estudios o investigaciones operativas para el diseño e implementación de intervenciones¹⁸⁰. En algunos casos la investigación se extiende a la evaluación de esas intervenciones, aunque se trata de una práctica aún infrecuente en la región. La disponibilidad de investigadores en población y desarrollo ha aumentado en virtud de la expansión de la oferta de cursos de posgrado, lo que ha permitido satisfacer la necesidad de expertos para estas investigaciones. Adicionalmente, la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), que reúne a los especialistas de la región, se ha mantenido activa organizando eventos y lanzando publicaciones; de hecho, durante el período de referencia organizó dos congresos (en Cuba en 2010 y en el Uruguay en 2012), que contaron con una gran participación, un alto nivel académico, mayor visibilidad para los gobiernos y los medios y el concurso de actores de otras regiones. Los datos de los censos de la ronda de 2010 serán una fuente clave para la investigación sociodemográfica. De hecho, su explotación ya ha comenzado, pues existen varias publicaciones que los utilizan.

Pese a estos avances, para la mayoría de los países de la región la formación y disponibilidad de investigadores en población son escasas o nulas y dependen totalmente de la enseñanza en el extranjero o de investigadores foráneos. Asimismo, los fondos para la investigación sociodemográfica son escasos y su evolución ha sido decreciente, por lo que existen pocos proyectos de investigación de reconocimiento global en la región. Sin duda, avanzar en la conformación de redes institucionales y de investigadores se convierte en una prioridad para el desarrollo en el ámbito regional de proyectos de investigación de mayor complejidad y duración.

L. Financiamiento

El PA-CIPD incluye objetivos financieros. Por ejemplo, en su párrafo 13.15 se estipulaba que la inversión global en programas relacionados con la dinámica de población y salud reproductiva debía ser de 20.500 millones de dólares en 2010 y llegar a 21.700 millones de dólares para el año 2015. Como se explicó en el informe de El Cairo+15 estos montos eran insuficientes, porque no se consideraron asuntos emergentes como la pandemia del VIH/SIDA, el alza del costo del cuidado de la salud, el aumento del costo para la recolección de datos ni la depreciación del dólar. Lo anterior obligó a una revisión del cálculo de los recursos financieros que podían necesitarse para cumplir con los objetivos del PA-CIPD.

Así, el UNFPA replanteó estas estimaciones, tanto a nivel global como regional, entre los años 2009 y 2015. La inversión prevista se dividió en tres grandes bloques. En primer lugar, salud sexual y reproductiva y planificación de la familia, que comprendía los costos directos de la planificación familiar, los costos directos de la salud materna y los costos vinculados a programas y sistemas. El segundo bloque correspondía al VIH/SIDA, mientras que el tercero se refería a los gastos relacionados con investigación aplicada, datos y análisis de políticas. La mayor parte de la inversión se dirigió a los dos primeros bloques.

Las nuevas estimaciones de inversión para América Latina en programas relacionados con la dinámica de población y salud reproductiva indican que el monto debería haber sido de 6.366 millones de dólares en 2009, 7.436 millones en 2011 y 7.699 millones en 2013. La inversión prevista para 2015 era de 8.320 millones de dólares (véase el cuadro 8).

Cuadro 8

América Latina y el Caribe: estimación revisada de los costos para cumplir con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 2009-2015
(En millones de dólares)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Salud sexual y reproductiva	3 132	3 401	3 627	3 837	3 922	4 119	4 347
Planificación familiar, costos directos	310	343	378	414	452	492	518
Salud materna, costos directos	958	1 182	1 431	1 706	2 009	2 340	2 680
Programas y sistemas, costos vinculados	1 864	1 876	1 818	1 717	1 461	1 286	1 150
VIH/SIDA	3 072	3 461	3 562	3 630	3 703	3 770	3 867
Investigación básica, datos, análisis de políticas	162	729	250	309	74	78	106
Total	6 366	7 591	7 439	7 775	7 699	7 966	8 320

Fuente: Naciones Unidas, *Corriente de recursos financieros destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe del Secretario General (E/CN.9/2009/5)*, 2009; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report*, Nueva York, 2009.

Ahora bien, de acuerdo con los últimos datos disponibles consolidados (que son del año 2009)¹⁸¹, la cooperación internacional con los países de América Latina y el Caribe en el año 2009 ascendió a 645 millones de dólares, a lo que cabe agregar 77 millones de dólares en programas regionales. Los países de la región que recibieron mayor asistencia ese año fueron Guatemala (43 millones de dólares), Nicaragua (51 millones de dólares), el Perú (70 millones de dólares) y Haití (139 millones de dólares). Si a lo anterior se añade la movilización doméstica de recursos, que según los cálculos ascendió a 4.684 millones de dólares¹⁸², la región habría destinado unos 5.300 millones de dólares, cifra muy inferior a los 6.366 estimados como necesarios para ese año. En síntesis, en materia de financiamiento hay un déficit que dificulta el cumplimiento de los objetivos del PA-CIPD. Revertirlo será uno de los muchos desafíos de la agenda de población y desarrollo después de 2014.



Capítulo IV

Lecciones aprendidas de la aplicación regional del PA-CIPD

La aplicación del PA-CIPD en América Latina y el Caribe deja numerosas enseñanzas, además de los asuntos pendientes y los temas emergentes identificados en las diferentes acciones del capítulo anterior. Todos estos elementos deben tenerse en consideración en la agenda de población y desarrollo después de 2014 en América Latina y el Caribe.

La principal lección del balance de los últimos 20 años es que la región demostró ser capaz de avanzar en el cumplimiento de buena parte de los acuerdos y metas establecidos en el PA-CIPD. Si bien este progreso se vio favorecido por la mayor disponibilidad de recursos producto del ciclo económico favorable que la región ha vivido (con ligeros altibajos) desde 2003, los factores cruciales fueron el predominio de la unidad regional a favor del PA-CIPD cuando este fue seriamente cuestionado¹⁸³, la renovación de las políticas públicas en virtud de la incorporación de principios de universalidad y garantía y del enfoque de derechos, y la creciente identificación política de los gobiernos de la región con los principios, contenidos y objetivos del PA-CIPD.

Se ha usado la alegoría del péndulo para referirse al apoyo político al PA-CIPD. Así, el péndulo se ha posicionado en el lado favorable al PA-CIPD en los últimos años. Pero no está garantizado que permanezca ahí. Dado que las tensiones políticas o ideológicas vinculadas al PA-CIPD difícilmente desaparecerán en el corto plazo, uno de los grandes desafíos estriba en consolidar e institucionalizar este apoyo al PA-CIPD, de manera que las medidas que se adopten para su cumplimiento se entiendan como políticas de Estado. Se trata de un asunto complejo, no solo por razones operativas sino también ideológicas, ya que los avances y compromisos logrados no están asegurados, pues dependen de la voluntad política y de las correlaciones de fuerzas dentro de los países, porque en torno a varios de los capítulos del PA-CIPD se suscitan alineamientos ideológicos.

La inclusión de recursos destinados a los temas del PA-CIPD en los presupuestos nacionales es un logro crucial, ya que permite contar con un sustrato material más sólido para el cumplimiento del Programa de Acción y proteger, al menos parcialmente, su continuidad y el progreso del ciclo económico y de los vaivenes políticos. Todo esto se considera en el PA-CIPD, al menos para algunos temas seleccionados, en particular los servicios básicos de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia (párrafo 13.14). Sin embargo, estimar el cumplimiento de esta meta con relativo rigor sigue siendo muy complicado y requiere de mecanismos y dispositivos de seguimiento aún no instalados en la mayoría de los países de la región. Intentar avanzar en esa línea es, sin duda, un desafío para la agenda de población y desarrollo después de 2014 de América Latina y el Caribe.

El fortalecimiento de los espacios multilaterales fue clave, porque en ellos se alcanzaron acuerdos internacionales o regionales de reafirmación o de impulso del PA-CIPD y se definieron vías para avanzar en su aplicación. Esa dinámica tuvo un efecto directo en los países, que, en general, se vieron acicateados a actuar en consonancia con lo acordado en los foros internacionales.

Las acciones de los mecanismos nacionales para la visibilización y el impulso del cumplimiento del PA-CIPD fueron irregulares y más bien tibias en los pocos países en que se produjeron. En general, los gobiernos no implementaron estos mecanismos, sino que fueron promovidos y gestionados por otros actores, en particular de la sociedad civil. Además, en casi todos los casos su atención al PA-CIPD fue bastante selectiva, lo que no es casual, porque el Programa de Acción incluye un conjunto de agendas tras la que hay actores con intereses específicos, que legítimamente se concentran en sus prioridades. No obstante, la falta de mecanismos nacionales de promoción y seguimiento del conjunto hizo perder integralidad al PA-CIPD.

El déficit de implementación es una constante en la región y obliga a redoblar esfuerzos en lo que respecta a la claridad, la operatividad y el seguimiento de los acuerdos, así como a la creación y el mantenimiento de mecanismos de rendición de cuentas. Para todo ello se requiere una amplia participación.

La región presenta un conjunto de especificidades demográficas, socioculturales y políticas que ameritan un tratamiento especial y que difícilmente pueden considerarse en un programa de acción mundial. Circunstancias como el estado avanzado de las transiciones demográfica, epidemiológica y urbana, una elevada desigualdad, la gran diversidad étnica y las limitaciones en la calidad de los servicios deben tenerse en cuenta no solo en los antecedentes de los programas de acción, sino también en las metas y en su seguimiento. Son razones poderosas para avanzar hacia instrumentos que hagan operativa la agenda de población y desarrollo después de 2014 en América Latina y el Caribe.

En la región se combinan asuntos pendientes del marco que constituyen el PA-CIPD y los ODM con cuestiones particularmente exigentes y otras emergentes que suponen una ampliación de ambos acuerdos¹⁸⁴. Esta diversidad y complejidad de situaciones también abona los planteamientos para contar con una agenda regional de población y desarrollo.

La relación entre población y desarrollo debe actualizarse al menos para que pueda interpretarse en términos de desarrollo sostenible e igualitario en la región. Se trata de concebir desde el inicio el desarrollo como un proceso que involucra diversos componentes que superan la esfera económica y respecto de los cuales la población incide por múltiples vías. Consolidar y extender esta visión integral e interactiva es fundamental para el impulso del PA-CIPD en calidad de agenda diversa pero integrada. Por lo tanto, lograr que mediante el ejercicio de sus derechos la población contribuya al desarrollo regional sostenible y con igualdad y, al mismo tiempo, conseguir que los beneficios del desarrollo sostenible para el cumplimiento de los derechos humanos —incluidos los sexuales y reproductivos— sean una realidad en la práctica para la población regional es el principal desafío de la agenda de población después de 2014 en la región.

Hay una evidente interconexión entre la agenda de población (el PA-CIPD) y otras agendas. Si bien esto es positivo, porque hay opciones de diálogo y refuerzo mutuo, también implica riesgos, dado que puede incentivar la competencia entre programas, lo que acarrea un desgaste político y financiero, o bien propiciar que se adopte una agenda global con propósitos unificadores pero que no logre representar adecuadamente la diversidad de necesidades. Por ello, la búsqueda de sinergias entre las distintas agendas o, eventualmente, su fusión en una única que las represente a todas, parece un elemento clave para la acción futura en materia de población y desarrollo en la región.

Dentro del ámbito de población y desarrollo sostenible también hay diferentes agendas en curso —como las de adultos mayores, pueblos indígenas y migrantes— que deben alimentar la agenda más general de población y desarrollo sin perder por ello autonomía. De hecho, el hito de 2015 será clave por la posibilidad de integrar grandes líneas de actuación. Eso no significa terminar con las agendas específicas, ya que estas tienen una dinámica propia que amerita acciones particulares más profundas y complejas que las que pueden plasmarse en un agenda común de desarrollo.

El monitoreo del PA-CIPD, como el de todos los acuerdos internacionales, requiere de esfuerzos a escala regional, subregional y nacional. En la región hubo un espacio oficial para este seguimiento (precisamente el Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, ahora Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe), que operó con regularidad. No aconteció lo mismo a escala nacional. Por ende, es fundamental incluir para el monitoreo y evaluación del PA-CIPD en los países mecanismos explícitos, que, además, deberían ser el fundamento de las representaciones nacionales en los foros internacionales y en las instancias intergubernamentales de seguimiento del PA-CIPD y de un eventual plan de acción regional.

Resulta más fácil el monitoreo si hay metas cuantitativas —siempre y cuando existan datos confiables para evaluar su cumplimiento—, que deben ser compatibles con el enfoque de derechos que adoptó el PA-CIPD. Tales metas deben definirse adecuadamente y tienen que incluir indicadores apropiados que puedan obtenerse en todos los países.

Sin embargo, para el monitoreo y la evaluación no basta con un grupo de indicadores y un dispositivo de medición adecuados. Se requiere examinar las medidas implementadas por los países para cumplir con las metas. En el campo de población y desarrollo es difícil que se logre contar con metodologías de evaluación de impacto para tales efectos, pero la disponibilidad de bases de datos de políticas y sus eventuales evaluaciones pueden permitir exámenes oportunos y fundamentados.

Durante todo el proceso relativo a la implementación del PA-CIPD (que incluye su definición y adopción) la participación de actores no gubernamentales —sociedad civil, mundo académico, representantes locales y comunicadores sociales— ha sido crucial y ha contribuido a impulsar la agenda de población y desarrollo y a matizar su examen. Este último aporte debe reconocerse como indispensable y han de definirse mecanismos explícitos para procurarlo tanto a escala regional como nacional. Los exámenes basados exclusivamente en información gubernamental —que, en todo caso, seguirá siendo fundamental para las evaluaciones— pueden ser indulgentes y hasta negligentes. No se trata, desde luego, de aceptar incondicionalmente una u otra fuente, sino de considerar críticamente las visiones y los análisis de todos los actores que contribuyen al cumplimiento del PA-CIPD.

Los temas de población y desarrollo tienen una gran visibilidad y son considerados estratégicos por los países de la región. Las razones de esta percepción difieren de las del pasado, en que eran protagonistas el acelerado crecimiento demográfico y la incesante urbanización. Actualmente los gobiernos y las sociedades tienen la vista puesta en una diversidad de asuntos de población, muchos relacionados con los derechos humanos de las personas y los derechos específicos de ciertos grupos de la población o pueblos, lo que es un rastro inequívoco del nivel de penetración que alcanzó el mensaje principal del PA-CIPD. Otros asuntos atañen a procesos demográficos en curso y a sus consecuencias sociales, de gran amplitud y complejidad. También son objeto de atención las cuestiones relativas al conocimiento y la información de utilidad para las políticas públicas y las decisiones en el ámbito social en general. En cualquier caso, en la región es muy acusado el contraste entre esta gravitación creciente de los temas de población, por una parte, y la realidad de un financiamiento internacional decreciente y una institucionalidad precaria para abordarlos. Para lograr un tratamiento integral de los asuntos de población y desarrollo es preciso reforzar —y actualizar— la institucionalidad nacional y el presupuesto público dirigido a estos temas.

Finalmente, y en línea con lo anterior, la incorporación sistemática de los factores de población en el desarrollo requiere de rutinas o procedimientos sistemáticos y regulares, lo que a su vez exige capacidades técnicas —es decir, recursos humanos calificados— en las dependencias públicas. Asimismo, se requiere de una institucionalidad con mandatos claros y capacidad efectiva en la esfera de población y desarrollo. Mientras esto no se logre, la consideración de los factores de población en la planificación del desarrollo dependerá de circunstancias o de impulsos transitorios, por lo que no estará asegurada.

Notas

- ¹ En la primera reunión —celebrada en Santiago en 1999— se establecieron seis temas prioritarios para la región: relación entre políticas públicas y población; equidad de género, plena igualdad de oportunidades y habilitación de la mujer; pleno ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales; fortalecimiento de la sociedad civil; colaboración internacional, y continuación del seguimiento de los progresos en el logro de objetivos del PA-CIPD (CEPAL/CELADE, 1999). En 2001 se llevó a cabo una reunión especial para examinar sistemas de indicadores dirigidos al monitoreo permanente del PA-CIPD. En el año 2004 se realizaron dos reuniones, una en Santiago en marzo y otra en San Juan en junio, en que se reafirmó el PA-CIPD y se profundizó en los vínculos de este con otras agendas, como la de género. En octubre de 2009 se celebró un seminario de alto nivel cuyos productos contribuyeron a una reunión del Comité Especial de Población y Desarrollo en marzo de 2010. En ese encuentro se identificaron importantes avances en el cumplimiento del PA-CIPD, en un período relativamente favorable para el bienestar de la población y las economías de los países de la región, y se consignaron varios asuntos pendientes. Las conclusiones de la reunión apuntaron como prioridad el tema de la desigualdad y la implementación concreta de las declaraciones, leyes y políticas establecidas para dar cumplimiento al PA-CIPD.
- ² Oficioso en el sentido de que no había un mandato oficial de hacerlo.

- 3 Véase el informe regional sobre la encuesta mundial (LC/L.3634).
- 4 LC/L.3642.
- 5 “Decide que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se celebre el 22 de septiembre de 2014 en Nueva York [...]”, (resolución 67/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
- 6 Al que se hará referencia en el resto del documento como informe sobre El Cairo + 15 (CEPAL, 2010B), para abreviar.
- 7 En esa línea, el Pronunciamiento de Montevideo de la Asociación Latinoamericana de Población indica que: “existen factores que han obstaculizado la implementación de la agenda de El Cairo, relacionados con debilidades técnicas e institucionales, carencias de recursos humanos, deficiencias en la producción de estadísticas sociodemográficas y falta de un mayor compromiso desde las instituciones del sector público” (véase [en línea] www.alapop.org/Congreso2012Docs/Pronunciamiento%20de%20Montevideo%20ALAP%2025%20octubre%202012.pdf).
- 8 El hecho de que la cantidad de metas e indicadores cuantitativos explícitos sea tan reducida no es incompatible con la existencia de un conjunto más amplio de indicadores implícitos en el PA-CIPD, como se ha reflejado en varios estudios efectuados en esa línea desde 1994 (CEPAL/CELADE, 2002). Sin embargo, los esfuerzos y sistemas de monitoreo del PA-CIPD se han concentrado en estas metas (y sus indicadores), porque son las únicas explícitas, precisas y claras del Programa de Acción.
- 9 A lo anterior hay que agregar algunas de las metas del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo que tienen vigencia y prestan atención especial a un asunto poco considerado en las restantes plataformas: la desigualdad social.
- 10 Véase Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006).
- 11 Cabe destacar que en esas medidas nacionales se puede omitir un vínculo explícito con el PA-CIPD (en caso de que lo tengan). Por eso, en el examen se seleccionan las medidas en función de los efectos que se espera que tengan, y no según el reconocimiento formal que a través de estas se haga del PA-CIPD.
- 12 Para un detalle de las metas e indicadores, véase el anexo. Ahora bien, hay varias advertencias sobre este seguimiento cuantitativo. Primero, las fuentes de información no siempre permiten un monitoreo riguroso y acotado temporalmente, de lo que se prevendrá cada vez que corresponda. Segundo, la obtención de valores regionales resulta a menudo complicada porque las fuentes varían según los países. Tercero, dado que estos valores regionales dependen críticamente de las cifras del Brasil y México, es imprescindible un examen por país. Y cuarto, el uso de fuentes diversas puede generar confusiones, pues es sabido que, por diferentes razones, los sistemas de indicadores para el monitoreo de las cumbres mundiales no están alineados al 100%.
- 13 Búsqueda por Internet, revisión de material publicado (oficial, académico, de prensa, de la sociedad civil), revisión de los formularios de la Encuesta mundial; informes previos, evaluación oficiosa 2009-2011 y la base de datos creada específicamente (Páez, 2012); informes regionales de otras agendas (ODM+15, Río+20, Beijing+20, consensos regionales de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe; red de contactos regional, incluida la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas y las oficinas nacionales.
- 14 En rigor, llama a integrar los asuntos de población en: a) las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles y en todas las regiones, con la finalidad de satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, y b) todos los aspectos de la planificación del desarrollo, para promover la justicia social y eliminar la pobreza mediante el desarrollo económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible (Programa de Acción de la CIPD, párrafo 3.4, a y b).
- 15 Entre cuyas medidas destacan las intervenciones destinadas a reducir la pobreza e impulsar el crecimiento económico sostenido mediante la inversión en recursos humanos, generación de empleo, acceso a la salud, en particular la sexual y reproductiva, y eliminación de las desigualdades de género.
- 16 En esta área sobresalen algunas medidas que vinculan directamente el PA-CIPD con el Programa 21, aprobado en la Cumbre para la Tierra celebrada en Río de Janeiro en 1992; otras dirigidas a la consideración de los factores demográficos y los datos de población en las evaluaciones de impacto ambiental, el ordenamiento ambiental y territorial, el cuidado de zonas frágiles y vulnerables, y varias que llaman a una amplia participación de actores en las políticas públicas y en la adopción de decisiones relacionadas con asuntos de población, medio ambiente y recursos naturales.

- 17 No se trata de un retorno de la planificación rígida, unilateral e impositiva del pasado, sino de la recuperación de la planificación como ejercicio político democrático y como disciplina técnica imprescindible para el establecimiento de horizontes y objetivos de largo, mediano y corto plazo, así como de instrumentos para lograrlos. Esta revalorización de la planificación supone un mayor despliegue de recursos del Estado, que debe fortalecerse y hacerse más eficiente, por sus insustituibles funciones de orientación estratégica, fomento y regulación de las actividades económicas. También requiere de mercados sólidos, transparentes y activos. Asimismo, exige la participación de actores sociales organizados, entre otras cosas para definir los objetivos y evaluar el avance hacia su logro. La revalorización de la planificación ha sido destacada recientemente por la CEPAL (2010a): “La idea de pacto fiscal se asocia estrechamente a la recuperación de la noción de planificación del desarrollo, que expresa a su vez la ambición de un diseño integral de las políticas públicas [...]. Además, es preciso fortalecer la planificación para el desarrollo [...]” (Naciones Unidas, 2013, párr. 265). También se ha visto respaldada por acuerdos internacionales del más alto nivel: “Subrayamos la necesidad de planificar y adoptar decisiones de forma más coherente e integrada a nivel nacional, subnacional y local, según proceda, y con ese fin pedimos a los países que cuando convenga refuercen las instituciones nacionales, subnacionales y locales o los órganos y procesos pertinentes de múltiples interesados que promueven el desarrollo sostenible, en particular que coordinen las cuestiones de desarrollo sostenible y faciliten la integración de las tres dimensiones del desarrollo sostenible” (resolución 66/288 de la Asamblea General “El futuro que queremos”, párrafo 101).
- 18 La planificación exige adelantar escenarios futuros, entre ellos el demográfico por la importancia de la población como recurso básico y beneficiario principal del desarrollo económico y social. A ello se suma la mayor previsibilidad de las tendencias demográfica en comparación con otras de carácter socioeconómico y las interrelaciones transversales de la dinámica demográfica con temas clave del desarrollo económico y social. Por otra parte, las acciones intersectoriales requieren de un manejo de los factores de población, ya sea porque el conocimiento de la dinámica demográfica es funcional según la identificación de sus objetivos, prioridades y medidas, porque los datos demográficos son necesarios para la realización de diagnósticos, porque las proyecciones de población son imprescindibles para la elaboración de escenarios o simulaciones de efectos asociados a la intervención, o bien porque para la participación ciudadana es muy importante contar con información sobre la población involucrada.
- 19 Con su Programa Nacional de Población 2008-2012 “Por un cambio demográfico a favor del desarrollo”, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Véase [en línea] www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2008-2012.
- 20 Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay (Comisión Sectorial de Población, 2011, Montevideo, [en línea] www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/70_file1.pdf).
- 21 La Comisión Sectorial de Población (CSP) fue creada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) mediante la resolución núm. 180/2010 del 3 de agosto de 2010 (véase [en línea] http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2011/mem_anual/presidencia/opp.pdf).
- 22 “Un país donde su población disfrute plenamente de sus derechos sociales, civiles, culturales, económicos y políticos; una población que asuma su responsabilidad social, en armonía con el ambiente y el espacio territorial en su conjunto, en una sociedad integrada y diversa” (CSP, 2011, pág. 7).
- 23 De hecho, en el período de referencia solo en tres países latinoamericanos México (Programa Nacional de Población 2008-2012), el Perú (Plan Nacional de Población 2010-2014) y el Uruguay (Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay) se elaboraron planes, programas o documentos estratégicos sobre población.
- 24 Cabe destacar que esta instancia fue reorganizada y reactivada mediante el decreto núm. 8.009 del 15 de mayo de 2013, que establece que la Comisión Nacional de Población y Desarrollo-CNPD pasa a integrar la estructura de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República, identifica sus funciones, especifica quiénes son sus integrantes, describe a grandes rasgos su funcionamiento e indica plazos para la elaboración de su reglamentación definitiva (Diário Oficial da União, sección 1, N° 93, 16 de mayo de 2013).
- 25 El Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico del CELADE-División de Población de la CEPAL, retomado desde 2012 y del que se trata en otro capítulo de este texto, no apunta a ese tipo de formación, sino a otra más técnica y acotada.
- 26 “La crisis financiera actual podría poner en peligro el logro de las metas del PA-CIPD y de los ODM en varios países de la región, mediante la acción de dos fuerzas: el aumento de la pobreza y la incapacidad de los gobiernos para satisfacer la creciente demanda de servicios públicos” (CEPAL, 2010c, pág. 15).

- 27 En el informe de El Cairo+15 (CEPAL, 2010b) se consignaban más de 180 millones de pobres y más de 70 millones de indigentes en 2008, lo que ratifica que en el período de referencia del presente informe bajó no solo el porcentaje de pobres, sino también su número absoluto.
- 28 El criterio para asignar la asistencia oficial para el desarrollo (que representó solo un 0,22% del ingreso nacional bruto (INB) de la región en 2011) según la renta per cápita de los países no toma en consideración la heterogeneidad o las brechas estructurales internas que estos deben enfrentar, dando por sentado que los países agrupados en una misma categoría presentan niveles de desarrollo relativamente homogéneos. Estas brechas son características de los países de América Latina y el Caribe y, en general, de los países de renta media. En consecuencia, la CEPAL ha planteado la revisión de este criterio para reorientar el financiamiento y corregir las vulnerabilidades específicas de cada uno de los países en la región. Lo anterior implica incorporar explícitamente la evaluación de necesidades y carencias que no están representadas por indicadores de ingresos en los países de renta media, sino que reflejan desafíos variados en materia de desigualdad y pobreza, inversión y ahorro, productividad e innovación, infraestructura, educación, salud, fiscalidad, género y medio ambiente, entre otros aspectos. Asimismo, se considera fundamental estudiar la introducción de mecanismos innovadores de financiamiento para la corrección de brechas, tales como: compromisos anticipados de mercado (*advance market commitments*), canje de deuda por salud (iniciativa Debt2Health) y canje de deuda por naturaleza (*debt-for-nature swaps*); pero también mecanismos innovadores de financiamiento para el desarrollo en general, como los impuestos globales, en especial a las transacciones financieras (Naciones Unidas, 2013, pág. 22).
- 29 “En los últimos diez años se ha registrado una evolución favorable en materia de crecimiento económico, creación y formalización del empleo, reducción de la pobreza extrema y tendencia a disminuir la elevada desigualdad de la distribución del ingreso” (Naciones Unidas, 2013, pág. 9).
- 30 “Además, los países aplicaron políticas de salario mínimo, con lo que los salarios mínimos reales aumentaron un 3,6% en la mediana de 16 países. De esta manera, la evolución de los salarios reales, tanto en el promedio como en sus niveles más bajos, contribuyó a estabilizar el poder de compra de los hogares de los asalariados. En segundo término, en varios países se hicieron esfuerzos para proteger el empleo. De hecho, el empleo formal registró un leve crecimiento pese a la contracción del PIB regional en 2009 [...]. También jugaron un papel preponderante algunas políticas de mercado de trabajo vigentes o aplicadas durante la crisis para proteger el empleo o compensar la pérdida de puestos de trabajo. En especial, los seguros de desempleo, los programas de empleo de emergencia y las transferencias o programas sociales para los sectores más pobres y vulnerables contribuyeron a mantener o aumentar la demanda agregada y a reducir la duración de la etapa contractiva, actuando de manera contracíclica en términos de empleo e ingresos” (Naciones Unidas, 2013, pág. 41).
- 31 “Tras su paulatina introducción a partir de la segunda mitad de los años noventa, en la década de 2000 la mayoría de los países de la región adoptaron programas de transferencias condicionadas. En la actualidad, dichos programas ocupan un lugar clave en los sistemas de protección social, apuntalando el ingreso de los hogares más pobres y estimulando avances en la acumulación de capital humano en dichos sectores.[...] la mayoría de los países de la región ha avanzado hacia la implementación de un componente no contributivo que compense los vacíos de la seguridad social contributiva y de la segmentación del mercado del trabajo [...]” (Naciones Unidas, 2013, págs. 49 y 55). Los programas de transferencias condicionadas (PTC) también han operado en el Caribe, donde algunos parecen haber sido particularmente exitosos. Por ejemplo en Jamaica, en que el programa de avance mediante la salud y la educación (PATH) ha tenido una incidencia muy positiva en las condiciones de vida de los niños (CEPAL, 2013b, pág. 20). En cualquier caso, hay consenso en que los PTC tienen restricciones y problemas (Cecchini y Madariaga, 2011), por lo que existe un debate sobre sus efectos a largo plazo.
- 32 Así, el número de consumidores (población dependiente) disminuye respecto del número de productores (población activa) y, en igualdad de condiciones, esto provoca un aumento de los ingresos laborales respecto del consumo (CEPAL, 2008a).
- 33 A escala agregada este bono actúa reduciendo la presión demográfica sobre diversos sectores (en particular los de salud y educación) relacionados con la atención de los requerimientos de la población infantil. Lejos de quitar prioridad a esas necesidades, la holgura debe aprovecharse tanto para expandir la cobertura de los servicios como para mejorar su calidad. El bono también repercute en los presupuestos familiares, ya que ante el menor número de niños, los hogares pueden invertir más en ellos proporcionalmente, si se mantienen iguales otros factores.

- 34 Que, al igual que el bono demográfico clásico, es una potencialidad y no una realidad cierta, ya que depende de la existencia de vacantes educativas y puestos de trabajo para las mujeres que ahora tienen más posibilidades de trabajar.
- 35 Dentro de este grupo, el Estado Plurinacional Bolivia presentó un comportamiento especial, pues registró progresos más acelerados en materia de reducción de la pobreza. En el caso de Haití, el devastador terremoto de enero de 2010 limita la disponibilidad de datos y altera exógenamente la trayectoria de la pobreza en el país.
- 36 En este apartado no se aborda de forma específica la temática sobre las niñas, dado que se tratará en el capítulo sobre la estructura etaria, al examinar el grupo de los niños en general.
- 37 Los objetivos apuntan a lograr la igualdad y la equidad de género, a potenciar el aporte de la mujer en todas las esferas, a mejorar el bienestar de las mujeres, a garantizar el ejercicio de los derechos humanos por parte de las mujeres, a eliminar la discriminación y la violencia contra la mujer, a impedir que las desventajas que ya enfrentaron las mujeres persistan para las niñas y las nuevas generaciones, y a que los hombres se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y asuman su función social y familiar.
- 38 Por ejemplo, en el Consenso de Brasilia aprobado en la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, que se celebró del 13 al 16 de julio de 2010, se indica: “Reconociendo que, entre los avances logrados por los países a 15 años de la implementación de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), pueden destacarse el incremento del acceso de las mujeres a la educación y la atención de la salud, la adopción de marcos legales igualitarios para la construcción y el fortalecimiento de los mecanismos para el adelanto de la mujer, el diseño de planes y programas para la igualdad de género, la definición y puesta en marcha de planes nacionales de igualdad de oportunidades, la aprobación y el cumplimiento de legislación para prevenir todas las formas de violencia contra la mujer, sancionar a quienes la ejercen y garantizar los derechos humanos de las mujeres, la presencia creciente de las mujeres en puestos de toma de decisiones y las medidas dirigidas a la lucha contra la pobreza”.
- 39 Se trata, específicamente, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Casi todos los países de la región la han suscrito y han enviado informes de avance y cumplimiento según lo estipulado. En el período de referencia lo hicieron la Argentina, Bahamas, Dominica, Guatemala y Haití (véase [en línea] <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/sessions.htm>).
- 40 Para conocer más detalles sobre la historia y el desarrollo de esta conferencia, véase [en línea] <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/1/28701/P28701.xml&xsl=/mujer/tpl/p18f-st.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xslt>.
- 41 La continuidad de esta transformación no está garantizada, ya que depende de voluntades políticas. De hecho, esta evolución ha sido producto de las luchas de los actores sociales (el movimiento feminista, en particular), del trabajo de los mecanismos para el adelanto de las mujeres en el Estado y de las oportunidades y restricciones determinadas por las normas institucionales y los sistemas políticos existentes en los países (Montaño y Guzmán, 2012).
- 42 Laura Chinchilla en Costa Rica (2010-2014); Dilma Rousseff en el Brasil (2010-2014); Cristina Fernández en la Argentina (2011-2015) y Portia Simpson-Miller en Jamaica (2012-2017). En El Caribe en los últimos 15 años han sido primeras ministras Dame Eugenia Charles en Dominica; Janet Jagan en Guyana; Portia Simpson-Miller en Jamaica, y Kamla Persad-Bissessar en Trinidad y Tabago” (CEPAL, 2013b, pág. 25).
- 43 Por ejemplo, Chile, con el Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (2011, véase [en línea] www.interior.gob.cl/media/2012/01/Plan_de_Igualdad_de_Oportunidades_2011_2014.pdf); Colombia, con los Lineamientos para una política nacional de equidad de género para las mujeres (2012, véase [en línea] www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf); el Ecuador, con la Agenda de igualdad de género (2013, véase [en línea] http://elciudadano.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=39477:senplades-el-buen-vivir-se-consigue-con-igualdad-de-genero&catid=40:actualidad&Itemid=63); El Salvador, con la Política Institucional de Género (2012, véase [en línea] www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=531%3Apgr-lanzan-politica-de-genero-para-hacer-valer-los-derechos-de-las-mujeres&catid=1%3Anoticias-ciudadano&Itemid=77&lang=es); Honduras, con la Política Nacional de la Mujer “II plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022” (2010, véase [en línea] www.americaingenera.org/es/documentos/centro_gobierno/Honduras_II_Plan_de_igualdad_y_equidad_de_genero.pdf); México, con el Programa nacional para la igualdad entre mujeres y hombres 2009-2012 (2009, véase [en línea] http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100919.pdf), y el Perú, con el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 (2010, véase [en línea] www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf).

- 44 En muchos casos, con apoyo de organismos internacionales, que están haciendo esfuerzos para dar visibilidad a este problema. El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, por ejemplo, incluye una sección sobre este tema (véase [en línea] www.cepal.org/oig/), entre otros.
- 45 El Programa de Atención de la Violencia contra la Mujer de El Salvador, en marcha desde el año 2009. El Decreto 9-2009 de Guatemala, que tiene como objetivos prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y trata de personas, la atención y protección de sus víctimas y el resarcimiento de daños y perjuicios ocasionados. La Ley 18.561 del año 2009 del Uruguay, para prevenir y sancionar el acoso sexual, así como proteger a las víctimas de ese delito. La Ley núm. 20.480 de Chile, que introduce modificaciones en el Código Penal y establece, entre otras cosas, el femicidio como figura legal agravada. La creación en 2009 del Observatorio Panameño contra la Violencia de Género (OPVG). El Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 en el Perú. La ley núm. 8.688 de 2009 en Costa Rica, con la que se crea el Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar. El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe proporciona información detallada sobre estas leyes y programas (véase [en línea] www.cepal.org/oig/).
- 46 En colaboración con ONU-Mujeres se impartieron cursos para agentes de policía en la subregión. La capacitación incluyó la gestión de casos de agresiones y delitos sexuales perpetrados por la pareja de la víctima, cuestiones jurídicas en torno a la violencia de género y apoyo a las víctimas. Participaron instituciones de Antigua y Barbuda, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas (CEPAL, 2013b, pág. 27).
- 47 Bolivia (Estado Plurinacional de): Ley 4.021 de Régimen Electoral Transitorio del año 2009, Ley 18 del Órgano Electoral Plurinacional y Ley 26 del Régimen Electoral (las dos últimas del año 2010); Costa Rica: Ley núm. 8.765 del año 2009; Ecuador: Ley Orgánica Electoral y de Organizaciones Políticas de la República del Ecuador - Código de la Democracia, 2009; República Dominicana: Resolución núm. 4-2010 de Cuota Femenina, y el Uruguay: Ley núm. 18.476 del año 2009. En todos estos países se establecen porcentajes mínimos de representación femenina en los organismos electos. En la misma línea, el Plan de Igualdad y No Discriminación en la Función Pública del Paraguay, que se aplica desde el año 2011, promueve la igualdad y garantiza la no discriminación en el acceso, las oportunidades y la permanencia en la función pública del Paraguay. Para más detalles, véase Naciones Unidas (2012).
- 48 La ley 1.413 del año 2010 de Colombia es ilustrativa, pues introduce la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales. Esto exige que se incluya un cuestionario sobre uso del tiempo entre las encuestas oficiales.
- 49 En los últimos diez años, 18 países de la región levantaron encuestas o elaboraron módulos para medir el uso del tiempo, y un número creciente de países están utilizando esta información para calcular cuentas satélites del trabajo no remunerado (Aguirre y Ferrari, 2013).
- 50 Véase Sistema de Cuentas Nacionales de México, Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2003-2009 [en línea] www.inegi.org.mx.
- 51 En el Estado Plurinacional de Bolivia, mediante el Decreto Supremo 0012 del año 2009 se estableció la inamovilidad laboral desde la gestación hasta el primer año de edad del hijo para ambos padres. Con el Decreto Supremo 1212 de 2012 se estableció la licencia por paternidad de 3 días laborables. La Ley 006 de 2010 protegía a las madres cesantes, otorgándoles un subsidio de maternidad por un plazo de hasta 45 días antes del parto y hasta 45 días después. En Chile, la Ley 20.545 de 2011 otorgaba a las mujeres trabajadoras permiso de descanso de maternidad 6 semanas antes y 12 semanas después del parto. Además, garantizaba al padre el derecho a un permiso pagado de cinco días dentro del primer mes de vida del bebé. Por otra parte, la Ley núm. 20.399 del año 2009 apoya el cuidado de los hijos menores de 2 años estableciendo la obligatoriedad para los empleadores de procurar sala cuna pagada. En el caso de la Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público y el Código del Trabajo de Ecuador, del año 2009, se estableció el derecho a licencia con remuneración por 12 semanas a las servidoras públicas y a 10 días de licencia remunerada por paternidad a los servidores públicos. En el Perú se otorgaba licencia remunerada a los trabajadores públicos y privados por paternidad mediante la Ley 29.409 del año 2009.
- 52 “[...] persisten obstáculos que muestran la necesidad de redoblar los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y que limitan o impiden la plena igualdad de género, tales como la feminización de la pobreza, la discriminación en el mercado laboral, la división sexual del trabajo, la falta de protección social y de pleno acceso a la educación y a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y el trabajo doméstico no remunerado, la discriminación por raza o etnia, y las medidas unilaterales contrarias al derecho internacional y a la Carta de las Naciones Unidas, cuyas consecuencias fundamentales recaen en las mujeres, niñas y adolescentes”.

- 53 Según los resultados de la encuesta World Values Survey, el 25% de los encuestados de Trinidad y Tabago señalaron que los hombres tienen más derecho a un empleo en tiempos de escasez de trabajo. Se registró una proporción similar con respecto a la importancia de la educación universitaria para las mujeres (CEPAL, 2013b, pág. 24).
- 54 En el caso de los PTC hay debate, tal como se muestra en Cecchini y Madariaga (2011), donde se exponen los argumentos en pugna. De un lado están los investigadores que subrayan que “estos programas no logran instalar servicios y políticas públicas para crear autonomía en relación con la inserción laboral femenina y reproducen una visión “maternalista” del acceso a los recursos públicos”; de otro, los que no encuentran evidencia firme para proponer conclusiones al respecto, al señalar que “pocos estudios de impacto han presentado resultados concluyentes respecto de los efectos de la incorporación de un enfoque de género en los PTC”, o subrayan ventajas de estos programas para las mujeres, porque aumentan sus ingresos disponibles, “incrementan la inserción laboral femenina” o, en algunos casos, incluyen acciones destinadas a incentivar la incorporación de los hombres en actividades domésticas, cambios en sus percepciones sobre el rol de la mujer en el hogar y la prevención de la violencia doméstica. Más allá de este debate, los autores reconocen que “uno de los nudos críticos que enfrentan los PTC es la débil o nula consideración de estrategias de conciliación del trabajo remunerado y doméstico, así como de compensación frente a la mayor sobrecarga de trabajo doméstico que afecta a las mujeres en el proceso de cumplimiento de las corresponsabilidades” (Cecchini y Madariaga, 2011, pág. 152).
- 55 En el primero se reconoce la diversidad de la estructura y la composición de la familia, se fomentan políticas de apoyo a las funciones sociales que desempeñan las familias en un contexto de cambios sociales y con costos cada vez más altos para la crianza de los hijos, y se promueve la igualdad de oportunidades de los miembros de la familia. Entre las medidas planteadas para el logro de estos objetivos figuran varias seminales que se orientan a compatibilizar la participación en la fuerza laboral y las obligaciones familiares, y otras relacionadas con la protección y el empoderamiento de los integrantes típicamente más postergados dentro de las familias (las mujeres y los niños). El segundo objetivo apunta al apoyo socioeconómico a las familias, en particular a las más vulnerables.
- 56 Se debería prestar particular atención a las familias monoparentales necesitadas (párrafo 5.4).
- 57 Por ejemplo, entre los 12 países del Caribe que respondieron la Encuesta mundial, las acciones más frecuentes tuvieron que ver con la asistencia a familias con miembros con discapacidad, VIH/SIDA u otros problemas específicos, el apoyo —tanto social como financiero— a las familias monoparentales, y la prestación de servicios de salud, educación y bienestar a las familias.
- 58 Ya expuestas en el acápite de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.
- 59 Panamá: i) Fortalecimiento Familiar (2010), cuyo objetivo es promover la búsqueda de alternativas para que las familias panameñas tengan la oportunidad de vivir en un ambiente en que puedan brindar el cuidado, la atención y la educación necesarios para el óptimo desarrollo de sus miembros (véase [en línea] www.senniaf.gob.pa/modulos/mod_fichagenerica/pub/ficha.php?id=6&zona=programas). ii) Medidas Reeducativas (2010), cuyo objetivo es habilitar y poner en funcionamiento el Centro de Medidas Reeducativas con la finalidad de ejecutar acciones preventivas, dando a conocer los derechos a niños, niñas, adolescentes y padres de familia, ofertando la asistencia que requieran tanto los padres —para una reeducación u orientación que favorezca el desarrollo adecuado de sus hijos e hijas— como los menores de 12 años y la población de 12 a 14 años inclusive que los juzgados de niñez y adolescencia remitan para el programa de medidas reeducativas, con lo que se contribuye a garantizar de manera efectiva los derechos y deberes de la niñez y adolescencia en Panamá (véase [en línea] www.senniaf.gob.pa/modulos/mod_fichagenerica/pub/ficha.php?id=8&zona=programas). Chile: Abriendo Caminos (2009), cuyo objetivo es acompañar a las familias, a partir de consejeros familiares especialmente orientados al apoyo de representantes familiares, jefes y jefas de hogar que, asumiendo el rol de cuidadores principales de niños en casos en que uno de los padres cumple condena en algún recinto penitenciario, requieren orientación y recursos para cumplir con ese propósito (véase [en línea] www.chilesolidario.gob.cl/abriendo_caminos/programa/prog1.html). México: Modelo Red DIF para la solución pacífica de conflictos en la familia (2012), cuyo objetivo es prevenir el maltrato infantil y, en su caso, proteger y atender a las niñas, los niños y los adolescentes víctimas de las acciones de violencia (véase [en línea] sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2013/01/asun_2934181_20130123_1358954422.pdf). Uruguay: Estrategia Nacional de Fortalecimiento de las Capacidades Familiares “Cercanías” (2013), cuyo objetivo es fortalecer la capacidad de las familias en las funciones de cuidado, socialización, crianza y desarrollo de sus integrantes y contribuir al acceso de las familias a los beneficios y prestaciones

- sociales a que tienen derecho (véase [en línea] www.mides.gub.uy/innovaportal/v/21948/3/innova.front/estrategia_nacional_de_fortalecimiento_de_las_capacidades_familiares_cercanias).
- 60 Por ejemplo, el Programa Abrazo, de Paraguay (iniciado en 2007 y potenciado en los últimos años), se orienta a disminuir progresivamente el trabajo infantil.
- 61 Otros tantos, como Colombia, lo rechazaron formalmente.
- 62 “[...] facilitar la transición demográfica cuanto antes en los países donde haya un desequilibrio entre las tasas demográficas y las metas sociales, económicas y ambientales, respetando al mismo tiempo los derechos humanos” (PA-CIPD, párrafo 6.3).
- 63 Esto se ha debido a un proceso previo al período de referencia que ya estaba en marcha en 1994 y que ha continuado, tanto por transformaciones estructurales como por acciones de los gobiernos. En general, estas últimas no han tenido el propósito enunciado en el PA-CIPD, sino que se han orientado a reducir la fecundidad no deseada y la mortalidad.
- 64 “a) Promover en la máxima medida posible la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo, de conformidad con los compromisos contraídos al respecto en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y con arreglo a la Convención sobre los Derechos del Niño; b) satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes; c) alentar a los niños, adolescentes y jóvenes, en particular las jóvenes, a que continúen sus estudios a fin de que estén preparados para una vida mejor, de aumentar su capacidad humana y de impedir los matrimonios a edad muy temprana y los nacimientos de gran riesgo y reducir la consiguiente mortalidad y morbilidad”.
- 65 Por ejemplo, una política nacional en el caso de Costa Rica y planes nacionales en el Perú y el Uruguay.
- 66 Cabe subrayar que en el PA-CIPD se reconoce y apoya el papel rector de esta Convención para el diseño de medidas y la implementación de acciones a favor de niños y adolescentes (Programa de Acción, párr. 6.7).
- 67 Como ha ocurrido con el programa Chile Crece Contigo, que se ha usado como referencia para la implementación de iniciativas similares en otros países de la región, como el programa Uruguay Crece Contigo (2012), cuyo objetivo es consolidar un sistema de protección integral de la primera infancia a través de una política pública que garantice cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos.
- 68 Como la intimidación, el hostigamiento y la humillación recurrentes por parte de pares (*bullying*).
- 69 Ley núm. 26.579 del 2009, que fija en 18 años la edad mínima legal para contraer matrimonio. En otros países de la región se han presentado proyectos de ley en la misma línea (Colombia) o se está discutiendo el tema (el Ecuador y Nicaragua).
- 70 Guyana reformó en 2005 su ley sobre el matrimonio, que prohíbe contraer nupcias a los menores de 16 años. En Suriname hay planes para aumentar hasta los 18 años —tanto para hombres como para mujeres— la edad legal mínima para casarse (actualmente es de 15 años para las mujeres y de 17 años para los hombres). En Trinidad y Tabago se realizarán consultas sobre la estandarización del límite de edad (CEPAL, 2013b, pág. 28).
- 71 Argentina: Resolución 155, que se orienta a asegurar una cultura inclusiva en todas las instituciones educativas (2012). Bolivia (Estado Plurinacional de): Ley Avelino Siñani de 2010, que establece la educación obligatoria hasta el bachillerato; Programa Síguelo (2009), destinado a evitar la deserción escolar y ofrecer consejería vocacional y para la vida. Brasil: Educação Escolar Indígena, consistente en un sistema de políticas que promueven la igualdad de oportunidades en la educación, inclusión social, el crecimiento sostenible y ambientalmente justo, hacia una sociedad menos desigual, más compasiva y cariñosa (2009); México: Programa Asesor Técnico Pedagógico y para la Atención Educativa a la Diversidad Social, Lingüística y Cultural (2010).
- 72 “los PTC [...] buscan transformar y detener la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el desarrollo de las capacidades humanas en las familias más vulnerables. Con este fin, los PTC entregan transferencias monetarias directas y establecen condicionalidades centradas en la asistencia a la escuela y a los controles de salud” (Cecchini y Madariaga, 2011, pág. 5).
- 73 Para más detalles, véase CEPAL (2008b, cap. III).
- 74 Una característica destacada de la pobreza en el Caribe es su impacto en los niños y los jóvenes. En todos los países de los que había datos disponibles era mayor la proporción de niños y jóvenes que vivían en la pobreza (CEPAL, 2013b, pág. 17).

- 75 Casi todos los países de la región cuentan con alguna dependencia de rango alto o intermedio que tiene por misión mejorar la situación de los jóvenes, atender sus necesidades y escuchar sus propuestas, algo infrecuente 20 años atrás.
- 76 Por ejemplo, la Ley de Juventud en el Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2012, dirigida a jóvenes de 16 a 26 años. Respecto de los programas nacionales de juventud, durante el período 2009-2013 se implementaron en varios países, entre ellos el Paraguay, el Uruguay y el Perú, destacando el último por incluir la CIPD en su marco referencial.
- 77 De 19 países (incluidos España y Portugal, pero no Haití) ha sido ratificada por siete y firmada y en vía de ratificación por otros nueve.
- 78 Por ejemplo, *Estação Juventude* en el Brasil (2010), la Política Pública de la Persona Joven en Costa Rica (personas de 12 a 35 años), la Política Nacional de Juventud 2010-2015 en Guatemala, la Política Pública de Juventud en Haití (2012) y la Política Nacional de Juventud en Honduras (2012).
- 79 Como se ha expuesto de manera detallada en CEPAL/OIJ (2004).
- 80 El programa Desarrollo de Jóvenes Emprendedores del Ministerio de Industria de la Argentina apoya con recursos (hasta 15.000 dólares en el concurso de 2010) a personas de 18 a 35 años, quienes deben presentar una idea para un proyecto o un plan de negocios en los sectores de industria, servicios industriales, tecnologías de la información y las comunicaciones e investigación y desarrollo. La Agenda Nacional do Trabalho Decente para a Juventude, del Brasil (2010), se concentra en cuatro prioridades: más y mejor educación; conciliación de estudios, trabajo y vida familiar; inserción activa y digna en el mundo del trabajo, con igualdad de oportunidades y trato, y diálogo social: juventud, trabajo y educación. El programa PROJOVEM de Costa Rica se centra en disminuir los niveles de pobreza y desempleo mediante el apoyo a proyectos de jóvenes empresarios en situación de desventaja económica, social o educativa. En el caso de Chile, el Programa Especial de Formación de Oficios para Jóvenes se une a la oferta ya existente de ayuda al emprendimiento, bolsas de trabajo y capacitación. El Programa Mi Primer Empleo, en marcha desde 2009 en Honduras, va dirigido a jóvenes de entre 15 y 19 años que vivan en las zonas urbanas del país, en condiciones de pobreza o desempleados, que participen en un programa de educación alternativa. Esta iniciativa se constituye como un proceso que incluye capacitación gratuita, práctica *ad hoc* y posterior asistencia para la búsqueda de empleo. Además, a los asistentes se les otorga por cada clase atendida un bono para transporte y alimentación, con lo que se previenen las causas más básicas de deserción del programa.
- 81 Por ejemplo, *Juventude Viva-Programa de Prevenção à Violência Contra a Juventude Negra*, en el Brasil (2011) y el Proyecto de Prevención de Violencia a Temprana Edad con Participación Juvenil en El Salvador (2013), dirigido a jóvenes de 15 años en adelante.
- 82 Población de 60 años y más, de acuerdo con la definición oficial de las Naciones Unidas. Los objetivos del PA-CIPD respecto de este grupo son: a) aumentar, mediante los mecanismos adecuados, la autonomía de las personas de edad y crear condiciones que mejoren su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir en forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como puedan o deseen, y b) establecer sistemas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social para las personas de edad, según proceda, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres (Programa de Acción, párr. 6.17).
- 83 Por ejemplo, en la Argentina están el Plan Nacional para las Personas Mayores, de carácter integral, un programa para adultos mayores vulnerables (Club de Día) y el Plan Nacional de Preparación para el retiro laboral. En Chile está la Política Integral de Envejecimiento Positivo, el Programa Contra la Violencia y el Abuso al Adulto Mayor y una ley que bonifica a parejas de adultos mayores que han cumplido 50 años de matrimonio o unión ("bodas de oro"). En Costa Rica, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2012, la red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores y la Red Nacional de Cuido (que da cobertura a otros grupos etarios también). En el Caribe, donde una fracción no menor de las personas mayores viven solas, varios países han desarrollado servicios de ayuda y atención de enfermería a domicilio, centros de día y de actividades y, para personas que no pueden o no desean vivir de manera independiente, instituciones de larga estadía (CEPAL, 2013b, pág. 58).
- 84 Por ejemplo, en El Salvador y Nicaragua, donde se constata el lanzamiento de programas y la promulgación de leyes centrados en los derechos de las personas mayores. En otros países de envejecimiento incipiente estos programas apuntan a incrementar los ingresos de los adultos mayores vulnerables. El Programa 100 a los 70 de Panamá consiste en la entrega de 100 balboas (a la par del dólar estadounidense) a las personas adultas mayores a partir de los 70 años de edad que no cuente con pensión de jubilación ni de otro tipo. La Ley 3728

del Paraguay brinda una pensión alimentaria para personas adultas mayores de 65 años que se encuentren en la pobreza. El Programa Graceland, en el Perú, va dirigido a mayores de 75 años en situación de pobreza. Y el programa “Misión En Amor Mayor” de la República Bolivariana de Venezuela brinda pensiones no contributivas a las mujeres adultas mayores a partir de 55 años y a todos los hombres adultos mayores a partir de 60 años que vivan en hogares cuyos ingresos sean inferiores al salario mínimo nacional (entre otros requisitos). En San Vicente y Las Granadinas se instauró el Beneficio de Apoyo para Ancianos (Elderly Assistance Benefit) en 2009, una pequeña pensión no contributiva para personas mayores (CEPAL, 2013b, pág. 54).

85 Como ha subrayado la CEPAL en diversos documentos sobre protección social y envejecimiento, entre ellos en CEPAL (2006) y CEPAL (2012). Tal desprotección deriva tanto de las mayores necesidades de cuidado, la reducción de ingresos y el incremento de los costos de salud que se verifican a edades avanzadas, como de una institucionalidad pública inadecuada para absorber el explosivo aumento de requerimientos que se prevé en el futuro. Esto último se agrava, desde el punto de vista financiero, por el hecho que la mayoría de quienes se incorporarán a este grupo en las próximas décadas han acumulado, por debilidad e informalidad del mercado de trabajo y bajos salarios promedio, pocos o nulos recursos propios para enfrentar la tercera edad. A este cuadro complicado hay que sumar que las familias —históricamente cruciales para el cuidado de los adultos mayores— atraviesan cambios y redefiniciones que, por diversas razones, limitan su capacidad para seguir brindando ese apoyo.

86 En el Ecuador, el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social creó la Comisión Nacional de la Tercera Edad en mayo de 2009 (resolución C.D.262). En el Uruguay, mediante la ley núm. 18.617 de octubre de 2009 se creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM).

87 Lo que supone el encadenamiento de al menos tres eslabones: un marco jurídico y un mandato legal claros, una asignación presupuestaria suficiente y una política o plan que articule el quehacer institucional (CEPAL, 2012).

88 En el PA-CIPD se usa la voz “indígenas” o la expresión “poblaciones indígenas” para referirse a estos grupos. Actualmente, la expresión promovida por los actores involucrados es “pueblos indígenas”, que se considerará oficial en este informe. En el párrafo 6.24 del PA-CIPD figuran los siguientes objetivos: a) incorporar las perspectivas y necesidades de las comunidades indígenas en la preparación, ejecución, supervisión y evaluación de los programas de población, desarrollo y medio ambiente que las afectan; b) velar por que se presten a las poblaciones indígenas los servicios relacionados con la población y el desarrollo que ellas consideren adecuados desde los puntos de vista social, cultural y ecológico, y c) estudiar los factores sociales y económicos que dejan a las poblaciones indígenas en situación desventajosa.

89 En algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de), México y Panamá —todos ellos con una importante proporción de población indígena—, los avances se han conseguido de forma simultánea en varios ámbitos, como la educación, la posesión de la tierra, el empleo, los derechos, la participación, la memoria y el reconocimiento cultural, la salud general, la salud sexual y reproductiva, la prevención contra la discriminación, la protección de los ecosistemas, la producción de información sociodemográfica, la creación de instancias institucionales específicas y el desarrollo económico.

90 Es el caso de Belice, Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago, que indican avances en materia de reconocimiento legal de los derechos sobre la tierra y el usufructo de esta por parte de los pueblos originarios, así como en las garantías de educación pública sin ningún tipo de discriminación y procurando la pertinencia cultural (lo que incluye el uso del idioma nativo).

91 Existen tres mandatos de las Naciones Unidas en virtud de los cuales se encomienda tratar los asuntos relativos a los pueblos indígenas al Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (UNPFII), al Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y al Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas. También están el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y un Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, ambos vinculados a la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

92 En 2010 en la Argentina se creó la Dirección de Afirmación de los Derechos Indígenas dentro del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, con objeto de fomentar la participación de los pueblos indígenas en los procesos generados por las políticas públicas que los afectan, además de promover dentro de las comunidades el conocimiento de sus derechos y de las herramientas para ejercerlos. En 2011 en Honduras se creó la Secretaría de Estado para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Afrohondureños, institución con rango de ministerio encargada de los asuntos indígenas.

- ⁹³ En el período 2009-2013 se identifican iniciativas en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, El Salvador, México y el Perú, varias de las cuales se enmarcan en políticas y leyes de derechos lingüísticos, a las que complementan. Por ejemplo, en México, la Política de Atención a la Educación Especial Indígena (2008-2011) de la Secretaría de Educación Pública del Ministerio de Educación, se orienta explícitamente en favor de los derechos indígenas, la construcción de ambientes y la dotación de herramientas docentes para el acceso y atención de estudiantes con necesidades educativas diferenciadas (véase [en línea] <http://basica.sep.gob.mx/dgei/pdf/inicio/infoPublica/avancesDGEL.pdf>). Esta política se complementa con el Programa de revitalización, fortalecimiento y desarrollo de las lenguas indígenas del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (2008-2012) (véase [en línea] www.inali.gob.mx/pdf/PINALI-2008-2012.pdf, entre otros).
- ⁹⁴ Un 5,4% en el Caribe y un 12,4% en América Latina, siendo esta prevalencia más alta entre las mujeres, los adultos mayores, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos, lo que configura un doble desafío en esta materia, ya que la discapacidad es más frecuente en los grupos socialmente más desfavorecidos (CEPAL, 2013a, pág. 198).
- ⁹⁵ “a) Promover el ejercicio de los derechos de todas las personas con discapacidad y su participación en todos los aspectos de la vida social, económica y cultural; b) crear, mejorar y difundir las condiciones necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y la valoración de sus aptitudes en el proceso de desarrollo económico y social; c) preservar la dignidad de las personas con discapacidad y promover su facultad de valerse por sí mismas” (Programa de Acción, párrafo 6.29).
- ⁹⁶ En el artículo 47 de la Constitución de 2008 del Ecuador se establece que: “El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social”, a lo que sigue el reconocimiento de 11 derechos, el artículo 48 seguido de 7 medidas y, finalmente el artículo 49, sobre el reconocimiento y apoyo del Estado a las tareas de cuidado de personas con discapacidad provistas por la familia. En la nueva Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia (de 2009) en los artículos 70 a 74 se identifica una serie de derechos de las personas con discapacidad (5) y se determina la prohibición de discriminarlas, la adopción de medidas de acción positiva, de apoyo y de fomento a su plena incorporación social y la implementación de programas de tratamiento y rehabilitación.
- ⁹⁷ Chile: Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2010); Ecuador: Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial, del Ministerio de Salud (2012); México: Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2011); Paraguay: Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (2012); Uruguay: Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNDH) (modificaciones en 2010 en el marco de la Ley núm. 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad).
- ⁹⁸ Por ejemplo, mediante leyes que normalmente apuntan a una amplia gama de motivos de discriminación. En Chile se promulgó la Ley 20.609 (2012) contra actos de discriminación arbitraria fundados en motivos como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad (véase [en línea] www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092). En Colombia, la Ley núm. 1482 (2011) apunta a garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación (véase [en línea] <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley148230112011.pdf>).
- ⁹⁹ Bolivia (Estado Plurinacional de): Ley General para personas con discapacidad (2012), que garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades y el trato preferente bajo un sistema de protección integral. Chile: Ley núm. 20.422, promulgada en 2010 y reglamentada en 2011, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad. Costa Rica: Política Nacional de Discapacidad 2011-2021. Ecuador: Misión Solidaria Manuela Espejo —un estudio biosicosocial clínico genético para examinar y georreferenciar a todas las personas con discapacidad a escala nacional— y el programa Joaquín Gallegos Lara que le sigue, dirigido a ayudar a madres o familiares de personas con discapacidad y vulnerabilidad social; los últimos datos disponibles indican que se ha georreferenciado a 293.578 personas con discapacidad, de las que ya se ha atendido a 17.435 (véase [en línea] www.manuelaespejo.com.ec/, consulta realizada el 3 de junio de 2013). Además, en este mismo país se publicó en 2013 la Ley Orgánica de Discapacidades, que

establece derechos y medidas de acción afirmativa para la inclusión de personas con discapacidad. México: Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012 (PRONADDIS). Panamá: Política Nacional de Discapacidad (2009) y Plan Estratégico Nacional Para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias 2011-2014. Perú: Plan de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 2009-2018. Uruguay: Ley núm. 18.651 de protección integral de personas con discapacidad.

100 En CEPAL (2013a) se ofrece un estado de situación actualizado sobre estas políticas y programas en la región. A modo ilustrativo pueden mencionarse el Decreto 312/2010 de la Argentina, que impone una cuota del 4% del total de puestos para personas con discapacidad en los tres poderes del Estado y en los órganos que los constituyen. Por otra parte, el Plan de Trabajo de la Oficina Nacional de Promoción Laboral para Personas con Discapacidad del Perú, el Proyecto Ágora de Panamá y el Programa de Capacitación Laboral del Uruguay apuntan a la formación e inserción laboral de las personas con discapacidad (en el caso del proyecto Ágora, con discapacidades visuales). En materia de ingresos, la Renta Solidaria a personas con discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia (Decreto Supremo núm. 1.133, del 8 de febrero de 2012) otorga un bono anual de 1.000 bolivianos a personas con discapacidad muy grave y grave que cuenten con carnet de discapacidad; asimismo, el Proyecto Ángel Guardián en Panamá otorga un subsidio especial a las personas con discapacidad. En lo que atañe a educación, en 2009 en México se puso en marcha el bachillerato no escolarizado para estudiantes con discapacidad con el objetivo de ofrecer educación con el mismo nivel y respaldo que la “Preparatoria Abierta”.

101 Derechos reproductivos y salud reproductiva; Planificación de la familia; Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); Sexualidad humana y relaciones entre los sexos, y los adolescentes.

102 El artículo 66 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2009, indica: “Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos” (véase [en línea] www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/view/36208). El Artículo 32 de la Constitución del Ecuador promulgada en 2008 indica: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva” (destacado nuestro).

103 Por ejemplo, el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual Reproductiva 2009-2015 en Bolivia (Estado Plurinacional de); la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 de Costa Rica; la Política de Salud Sexual y Reproductiva de El Salvador; el Programa Nacional de Salud Reproductiva de Guatemala y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013 del Paraguay.

104 Los PTC suelen incluir entre sus condicionalidades la asistencia a charlas de salud (Cecchini y Madariaga, 2011) y en algunos países, como Colombia, México y el Perú, entre los asuntos abordados en estas sesiones están los de salud sexual y reproductiva, y se proporciona información y medios anticonceptivos a las beneficiarias de estos programas que lo soliciten. Para obtener información sobre el programa Juntos del Perú, véase Perova y Vakis (2010).

105 En efecto, en cinco países se han desarrollado programas de salud sexual y reproductiva para mujeres y pueblos indígenas, entre ellos el programa de promoción de salud sexual y reproductiva para el pueblo garífuna, implementado por el Ministerio de Salud de Honduras.

106 Durante el período 2008-2009 se aplicaron 279.000 dosis en 109 centros de salud, para alcanzar una meta del orden de 100.000 niñas vacunadas, tras una inversión de 100 millones de pesos. En junio de 2010, la campaña de vacunación incorporó a la segunda generación de niñas de 11 años de edad que no contaban con seguridad social; se logró vacunar a 30.351 niñas, con lo que la cifra de niñas protegidas se elevó hasta casi 131.000. Se estima que a fines de 2011 la cobertura será de 161.364 niñas protegidas (véase [en línea] www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=158).

107 Véase el recuadro 1 del informe completo, presentado como documento de referencia a la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.

108 A fin de determinar los escenarios futuros se aplicó una proyección logística para 2015 a partir de las cifras de demanda insatisfecha observadas en cada país desde 1990. Se estableció que alcanzarían la meta los países con una demanda insatisfecha del 5% o menos según la proyección para 2015; estarían cerca de cumplir el objetivo aquellos países con cifras de entre el 6% y el 10% a 2015, y tendrían que realizar un mayor esfuerzo los países con una demanda insatisfecha comprendida entre el 16% y el 31%.

- 109 El acceso efectivo a los métodos de planificación familiar tiene una alta correlación inversa con la demanda insatisfecha. De hecho, los países con una menor demanda insatisfecha alcanzan una prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos que va desde el 72,3% hasta el 81% (son los casos de El Salvador y el Brasil, respectivamente); por el contrario, los países con más altos niveles de demanda insatisfecha se sitúan en un rango de prevalencia de anticonceptivos de entre el 32% (en Haití) y el 65% (en Honduras). Por ello, hay que destacar que casi todos los países ausentes del gráfico por falta de información —en particular, la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y el Uruguay— podrían estar sumándose al logro de la meta sobre demanda insatisfecha, pues poseen altas tasas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos. Aunque las mediciones son fragmentarias, a modo ilustrativo podemos decir que Cuba registraba una prevalencia del 72,6% en 2005 y Costa Rica, del 82,2% en 2010.
- 110 De otros países de la región es posible conocer la prevalencia en el uso de anticonceptivos, que —como ya se indicó— guarda una relación inversa con la demanda insatisfecha. En esos países se observan diferencias significativas en la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas y no indígenas. Esas diferencias no deberían atribuirse exclusivamente a un acceso inequitativo a la salud sexual y reproductiva, ya que también responden, en parte, a pautas culturales distintas en relación con el significado de la maternidad, la cantidad de hijos deseados y las dudas sobre los daños o efectos colaterales que los métodos puedan ocasionar, entre otros factores. Para conocer mejor los motivos por los que el uso de anticonceptivos entre los pueblos indígenas es escaso, se precisan investigaciones sobre los factores sociales y culturales que entran en juego.
- 111 Estos corresponden a los expresados en dos acápite del PA-CIPD. El primero es el 7.C, que se refiere al VIH/SIDA y a otras ITS, y que en el párrafo 7.29 plantea como objetivo prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones que estas enfermedades pueden tener, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres. En el acápite 8.D se retoma el tema y en el numeral 8.29 se plantean tres objetivos que, a grandes rasgos, apuntan a: a) impedir y reducir la difusión de la infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; b) asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y no sean objeto de discriminación, y c) intensificar las investigaciones sobre métodos de lucha contra la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz para la enfermedad.
- 112 Por ejemplo la Ley 135-11 de VIH/SIDA, de la República Dominicana, promulgada en 2011.
- 113 Estrategia de eliminación de la transmisión perinatal del VIH en la Argentina; Estrategia de eliminación de sífilis congénita y reducción de transmisión vertical del VIH en Bolivia (Estado Plurinacional de); Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en Colombia; Plan Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil en VIH y Sífilis 2009-2014 en Panamá; Programa para la prevención de la transmisión materna infantil del VIH y erradicación de la sífilis congénita de Venezuela (República Bolivariana de).
- 114 La cobertura calculada del tratamiento antirretrovírico para las embarazadas infectadas por el VIH aumentó del 55% en 2008 al 70% en 2011 (un 67% en América Latina y un 79% en el Caribe). En consecuencia, entre 2009 y 2011 la proporción de nuevos casos de infección por VIH en niños descendió un 24% en América Latina y un 32% en el Caribe (OPS, 2013). De hecho, en una reciente nota de posición se plantea que la región puede convertirse en la primera del mundo en desarrollo que alcance las metas de eliminación previstas. La OPS y el UNICEF mantienen el compromiso de apoyar a los países para que ningún niño de la región nazca con HIV o sífilis (véase [en línea] http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20908&Itemid=270).
- 115 Como la campaña Fique Sabendo e Quero Fazer (2013) en el Brasil, el programa Hazte la prueba de VIH en Guatemala y la norma para el tamizaje del VIH a mujeres en edad fértil en los servicios de planificación familiar del Perú.
- 116 Por ejemplo, el Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y SIDA 2011-2015 de Costa Rica.
- 117 Bolivia (Estado Plurinacional de): Resolución Ministerial núm. 72 del 4 de febrero de 2013, por la que se denomina el año 2013 como el prevención de las ITS/VIH/SIDA (véase [en línea] <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Inicio&resp=1072>); Brasil: Campaña Fique Sabendo e Quero Fazer (2013), que apunta específicamente al uso del condón (véase [en línea] <http://www.aids.gov.br/es/noticia/2013/el-ministerio-de-salud-lanza-una-campana-nacional-de-prevencion-de-las-its-y-el-sida-pa>); México: Lineamientos para la distribución gratuita y accesibilidad de condones masculinos y femeninos a través de los programas estatales para las organizaciones de la sociedad civil que trabajen en asuntos relacionados con el VIH/SIDA (véase [en línea] http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/com_accesibilidad_condones.pdf).
- 118 El Salvador: Proyecto de prevención del VIH en jóvenes no escolarizados.

- 119 Sería mejor trabajar con indicadores de incidencia, respecto a los cuales no se dispone de información. La fuente original de los datos presentados corresponde a lo comunicado por cada país.
- 120 Algunos ejemplos son: el Programa de Prevención de Embarazo Adolescente 2009-2013 del Estado Plurinacional de Bolivia; el documento 147 del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) de 2012 de Colombia, y los “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años” y la Estrategia Nacional Intersectorial para la Planificación Familiar y Prevención de Embarazo Adolescente de 2011 del Ecuador.
- 121 Tenemos dos ejemplos en Chile y el Ecuador. En el primer país, con el reglamento de la Ley 20.418, que en su artículo 6 indica: “En el caso de que se trate de un método anticonceptivo de emergencia, que sea solicitado por una persona menor de 14 años, el facultativo o funcionario que corresponda, tanto en el sector público o privado, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar de este hecho con posterioridad, a su padre, madre o adulto responsable que la menor señale, para lo cual consignará los datos que sean precisos para dar cumplimiento a esta obligación” (véase [en línea] www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1049694&idParte=0&idVersion=2013-05-28). Por su parte, el Ecuador emitió en marzo de 2013 el reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud. El artículo 2 de esa norma indica: “Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos, y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran [...]” (véase [en línea] www.lexis.com.ec/webtools/biblioteca_silec/documentos/noticias/2013-04-22-Acuerdo%20Ministerial%202490.pdf). Por otro lado, en el Perú se avanzó con la sentencia núm. 00008/2012 PI del Tribunal Constitucional, que declaró la inconstitucionalidad del inciso 3° artículo 173° del Código Penal, que penalizaba las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes entre los 14 y 18 años, lo que permite enfrentar este tema desde el punto de vista de la salud pública y no del judicial.
- 122 En particular en los países de la subregión andina, que desde el año 2007 cuentan con una resolución oficial del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) que llama a la elaboración de un Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (resolución REMSAA XXVIII/437 [en línea] www.orasconhu.org/documentos/Resolucion%20xxviii%20437.pdf). Entre las directrices de este Plan de Acción figura promover el “fortalecimiento de los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes” (véase [en línea] <http://planandinopea.org/?q=node/14>). Colombia cuenta con cerca de 1.000 servicios amigables para adolescentes y jóvenes en todo el territorio nacional, en su mayoría ubicados en la red pública de servicios de salud (véase [en línea] www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16). En Chile, desde el año 2008 se han implementado 112 espacios amigables (58 con financiamiento del Ministerio de Salud y 54 con recursos de los propios municipios) para aumentar la oferta de ámbitos destinados a la atención diferenciada de adolescentes, con el propósito específico de la prevención del embarazo en este grupo de población (MINSAL, 2013). En el Caribe ocurre lo mismo, pues en países como Barbados, Guyana y Suriname se han creado espacios amigables en los que se brinda información y servicios específicamente para los jóvenes (CEPAL, 2013b).
- 123 El Plan de Acción 2012-2020 del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile incluye entre sus acciones la implementación del Control de Salud Integral de Adolescentes de 10 a 19 años, con que se abordan explícitamente aspectos de salud sexual y reproductiva (véase [en línea] <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>). Para el año 2012 se asumió el compromiso de efectuar 150.000 controles en todo el país, lo que incrementaría la cobertura total a un 7,12%. En la propuesta se contempla ir aumentando esta cobertura en forma gradual hasta el año 2020. La implementación de este programa depende de los municipios, que en Chile están a cargo de los consultorios de atención primaria; por ello, el Ministerio de Salud incorporó un índice de actividades de atención primaria de salud (IAAPS) asociado a la implementación del programa, lo que lo convierte en prioritario y con altas probabilidades de cumplirse (véase [en línea] <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dfe040010164010db3.pdf>).
- 124 El tema de la educación sexual se retoma en el acápite “Población, desarrollo y educación”.
- 125 Health and Family Life Education (HLFE). Para más detalles, véase CEPAL (2013b).
- 126 El PA-CIPD y las metas de los ODM se refieren a la fecundidad adolescente, pero lo que cambia la vida de las muchachas y muchachos es la maternidad, es decir, tener el primer hijo. Además de este valor vitalmente

sustantivo y significativo desde el punto de vista de la política, la maternidad tiene una particularidad que resulta ventajosa desde una perspectiva técnica: su tendencia se ve afectada por la caída de la paridez dentro de la adolescencia, lo que sí influye en la tendencia de la fecundidad adolescente. Es importante señalar que los cálculos efectuados para este documento se basan en que la ausencia de respuesta a esta pregunta equivale a declarar cero hijos. Las cifras y tendencias podrían variar con otros supuestos. Para más detalles, véase Rodríguez (2008).

127 Sea porque no querían ser madres en el momento en que tuvieron al hijo, o porque no querían tener hijos (nunca o además de los que ya habían tenido).

128 Cifras correspondientes al Brasil (2006) y la República Dominicana (2007), respectivamente.

129 Véanse Amnistía Internacional (2012); los informes “sombra” de seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, como los elaborados por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe ([en línea] www.reddesalud.org/actualidad/act1_int.php?id=387), y los informes y pronunciamientos de la denominada Articulación Regional de Sociedad Civil de Latinoamérica y Caribe hacia Cairo más 20 ([en línea] www.mujeresdelsur-afm.org.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=260:articulacion-regional-de-america-latina-y-el-caribe-hacia-cairo-mas-20).

130 “En la mayoría de los países existe acceso a anticoncepción oral de emergencia (AOE), aunque en algunos este acceso es restringido. Pero existe un país en donde legalmente está prohibida la información, prescripción, uso y comercialización de la AOE [...]. Existen barreras que dificultan el acceso de las mujeres a la AE” (Távora Orozco, 2012).

131 Cabe recordar que el PA-CIPD indica explícitamente que este acceso debería lograrse mediante el sistema primario de salud, que en muchos países depende de autoridades subnacionales y locales.

132 Con frecuencia identificados por el acrónimo GLTB (gays, lesbianas, transexuales y bisexuales).

133 Por ejemplo, en el Caribe las asociaciones de planificación familiar en países como Antigua y Barbuda o Dominica han puesto en práctica una serie de programas comunitarios para promover la implicación de los hombres en la planificación de la familia, junto con otros programas de salud para hombres que incluyen componentes de planificación familiar. CARIMAN es un espacio comunitario orientado a fomentar la participación de los hombres en las tareas de cuidado y su compromiso de cooperar con las mujeres para crear un mundo justo en que todas las personas puedan aprovechar al máximo posible su potencial (CEPAL, 2013b, pág. 37).

134 Véase el acápite “Población, desarrollo y educación”.

135 En el caso del Ecuador, sin usar la expresión “derechos sexuales” el artículo 66, numeral 9 es elocuente, ya que indica que se reconoce y garantizará a las personas “[...] el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”.

136 Por ejemplo, en Colombia mediante el Decreto 2968 de 2010 se crea una comisión intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

137 La Política Nacional de Sexualidad 2012-2021 de Costa Rica (2010) incluye entre sus áreas de intervención la “Ciudadanía sexual”, que se logra “fortaleciendo el ejercicio individual y social del derecho a la sexualidad, y fomentando la participación activa de las y los habitantes en la defensa y vigilancia de los derechos sexuales y reproductivos”. El Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva del Estado Plurinacional de Bolivia (2009) indica que “Se reconoce que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos que toda persona, sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual, religión o partido político tiene derecho a ejercer. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente y sin discriminación, riesgo, amenaza, coerción y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción” (Ministerio de Salud y Deportes de Estado Plurinacional de Bolivia, Dirección General de Salud, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, serie Documentos Técnico-normativos). En Colombia, en virtud del Decreto 2.968 de 2010 se creó la Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

138 Argentina: Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes (2010); Bolivia (Estado Plurinacional de): Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015; Brasil: Rede Cegonha (2010); Chile: Programa Mujer y Maternidad: Comprometidos con la Vida (2011); Guatemala: Ley de Maternidad Saludable, decreto 32-2010 y Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015 (2012); México: Estrategia para la reducción de la mortalidad materna (2011); Perú: Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 (2009);

República Dominicana: Plan de movilización para la reducción de la mortalidad materno-infantil (2012); Venezuela (República Bolivariana de): Proyecto Madre (2010). También durante el período se han elaborado guías más “técnicas” para apoyar los planes (específicos o generales de salud sexual y reproductiva) que apuntan a reducir la mortalidad materna como objetivo general o específico; Colombia (2011): Modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica de emergencia; El Salvador (2011): Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido; Guatemala (2011): Guía para la implementación de la atención integral materno neonatal; Perú (2011): Guía técnica para la atención, el diagnóstico y el tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del plan esencial del aseguramiento universal.

139 Se trata de un tema delicado que se aborda específicamente en el párrafo 8.25 del PA-CIPD, donde se consolidan varios mensajes, como la necesidad de ampliar el acceso a la salud sexual y reproductiva para evitar el aborto, el reconocimiento de que el estatus legal de este depende de los procesos legislativos nacionales, la obligación de ofrecer servicios adecuados con arreglo a la legalidad, y el derecho que asiste a todas las mujeres a recibir atención adecuada por complicaciones de salud debidas al aborto.

140 “Revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que se hayan sometido a abortos, conforme a lo recomendado en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, incluidas las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, así como en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y en las observaciones del Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas, y garantizar la realización del aborto en condiciones seguras en los casos autorizados por la ley”.

141 Uruguay: Ley 18.987 de 2012 sobre la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo; Argentina, 2012: despenalización del aborto en caso de violación (véase [en línea] www.cij.gov.ar/scp/index.php?p=interior-nota&nid=8754); Brasil, 2012: despenalización del aborto en casos de fetos con anencefalia.

142 En la región, Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana prohíben el aborto, sin excepciones. La República Dominicana se sumó a este grupo en el período de referencia. (González, 2011).

143 Por ejemplo, en México, el Distrito Federal legalizó el aborto y las Entidades Federativas de Oaxaca y Guanajuato reformaron sus constituciones en 2009 para incluir un artículo sobre el derecho a la vida desde la fecundación.

144 Los objetivos son fomentar una distribución espacial de la población más armónica con el desarrollo sostenible y basada en el respeto de los derechos humanos —especialmente el derecho al desarrollo— y mitigar los diversos factores de presión en lo que respecta a las corrientes migratorias.

145 El objetivo es mejorar la gestión de las aglomeraciones urbanas mediante una planificación y una gestión más participativas y con un menor consumo de recursos, examinar y modificar las políticas y mecanismos que contribuyen a la concentración excesiva de población en las grandes ciudades y mejorar la seguridad y la calidad de vida de los residentes de bajos ingresos de las zonas rurales y urbanas (Programa de Acción, párr. 9.13).

146 Los objetivos son: a) ofrecer protección y asistencia apropiadas a las personas desplazadas dentro de su propio país, particularmente las mujeres, los niños y los ancianos, que son los más vulnerables, y encontrar soluciones a las causas fundamentales de su desplazamiento con miras a eliminarlas y, según proceda, facilitar el regreso o el reasentamiento, y b) poner fin a todas las formas de migración forzosa, incluida la “depuración étnica” (Programa de Acción, párr. 9.20).

147 Como demuestran los resultados de la última encuesta sobre políticas de población de la División de Población de las Naciones Unidas, la mayoría de los países desean “cambios” en la distribución espacial de su población y en sus patrones de migración interna: 13 países desean cambios mayores, 17 países desean cambios menores, de acuerdo con tabulados del año 2011 para América Latina y el Caribe (véase el cuadro 24 [en línea] www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2011/Summary_Tables/Table24.pdf).

148 Lo anterior no implica renegar de esas políticas, sino tener en cuenta que no pueden restringir este derecho. Asimismo, tampoco implica desconocer que existen causas para limitar el ejercicio de este derecho, pero que corresponden a situaciones excepcionales, para las que no procede implementar políticas ni programas nacionales de migración interna. Un caso ilustrativo de las aristas múltiples e intrincadas de este asunto se encuentra en la nueva Constitución del Ecuador, en cuyo artículo 40 se reconoce a las personas el derecho a migrar; en cambio, en el artículo 258 se acotan este y otros derechos, por cuanto “Para la protección del distrito especial de Galápagos se limitarán los derechos de migración interna, trabajo o cualquier otra actividad pública o privada que pueda afectar al ambiente”, y en el artículo 392 se reivindican las políticas estatales en materia de migración: “[El Estado] ejercerá la rectoría de la política migratoria a través del órgano competente en coordinación con los distintos niveles de gobierno. El Estado diseñará, adoptará, ejecutará y evaluará políticas, planes, programas y proyectos, y coordinará la acción de sus organismos con la de otros Estados y organizaciones de la sociedad civil que trabajen en movilidad humana a

- nivel nacional e internacional". Así, el ordenamiento constitucional es el marco general; la acción pública concreta implica decisiones administrativas y políticas que varían dependiendo de los gobiernos.
- 149 En la nueva constitución del Estado Plurinacional de Bolivia se establecen competencias específicas al respecto para cada nivel del Estado y se otorga reconocimiento a las políticas de planificación territorial y ordenamiento territorial (art. 297), a los planes de ordenamiento territorial y de uso de suelos (art. 300) y a la planificación y gestión de la ocupación territorial (art. 304).
- 150 Argentina: Plan estratégico territorial (2010); Brasil: Nova Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR II (2013); Costa Rica: Política nacional de ordenamiento territorial (2012); Ecuador: Estrategia territorial nacional (2009) y Código orgánico de ordenamiento territorial, autonomía y descentralización-COOTAD (2010); Paraguay: Plan marco nacional de desarrollo y ordenamiento territorial (2011); Uruguay: Plan de ordenamiento territorial, por la ley 18.308 de ordenamiento territorial y desarrollo sostenible (2009).
- 151 Chile: Plan de Reconstrucción Chile Unido Reconstruye Mejor y actualización en marcha de planes reguladores (2010) (véase [en línea] www.minvu.cl/opensite_20111122105648.aspx); Haití: Reconstrucción de Haití (UNOPS, 2011); Colombia: Ley 1523 de 2012, por la que se adopta la política nacional de gestión de riesgo de desastres, se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones; Perú: Decreto Supremo de 2013, que incorpora la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres como Política Nacional de Obligatorio Cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- 152 Por ejemplo, en el Ecuador se puso en marcha la iniciativa de la Ciudad del Conocimiento, que desde 2011 se construye en el cantón San Miguel de Urcuquí, localizado en el noreste de la provincia de Imbabura, en el norte del país, y ocupa un área de 4.270 hectáreas. El proyecto corre a cargo de la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), pero implica tanto autoridades a nivel central como local. El último avance registrado en esta iniciativa es la construcción de la Universidad de Investigación de Tecnología Experimental (véase [en línea] www.yachay.ec).
- 153 Por ejemplo, en México el Programa para la Creación de Empleo en Zonas Marginadas (PCEZM) de la Secretaría de Economía, con el propósito de promover la instalación y operación de centros productivos en las localidades marginadas del país que reúnan condiciones propicias para el desarrollo de las empresas que representen fuentes permanentes de empleo para la población (véase [en línea] www.economia.gob.mx/files/marco_normativo/A540.pdf).
- 154 Chile: Política Nacional de Desarrollo Urbano (PNDU) (2013) (véase [en línea] <http://politicaurbana.minvu.cl/>); México: Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal (2010).
- 155 Como el Programa de Agua y Alcantarillado Periurbano en las tres ciudades más pobladas del Estado Plurinacional de Bolivia (La Paz-El Alto, Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra); el Plan Estratégico Institucional 2010-2015 de la Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (República Dominicana, 2010), y la Ley 18.610 del Uruguay sobre la política nacional de aguas (2009) (véase [en línea] www.rondauruguay.gub.uy/LinkClick.aspx?fileticket=U91yKLPB6Qk%3D&tabid=219&mid=871).
- 156 En el caso de la vivienda, se implementaron programas particularmente activos en los siguientes países: el Brasil (Programa Minha Casa Minha Vida (MCMV), en virtud del cual ya se entregaron un millón de viviendas y que apunta a construir 3,4 millones hasta 2014); Colombia (Programa de Vivienda Gratuita, Ley 1.537 de 2012); El Salvador (Programa Casa para Todos de 2009); Honduras (Programa de Vivienda Social Ramón Villeda Morales, de 2009); el Paraguay (Plan Nacional de Vivienda y Hábitat (Planavih) de 2012) y Venezuela (República Bolivariana de) (Programa Gran Misión Vivienda, en 2011).
- 157 Varios países continuaron transformando sus sistemas de transporte colectivo, apuntando a la coordinación central, a la integración de medios de superficie y subterráneos y al otorgamiento de ventajas y subsidios para el transporte masivo. En general, la implementación o ampliación de sistemas subterráneos y la dedicación de vías exclusivas para el transporte colectivo de superficie han tenido efectos positivos sobre los desplazamientos cotidianos en las ciudades, pero no han logrado controlar el acelerado aumento del transporte privado, la congestión sigue siendo elevada en la mayoría de las metrópolis de la región y los costos del transporte público resultan altos para el salario medio.
- 158 Por ejemplo, en materia de reducción de los índices de contaminación ambiental en metrópolis como Santiago y Ciudad de México; de disminución de los índices de criminalidad y mejoramiento del transporte público en ciudades como Bogotá; de ordenamiento urbano y ampliación del acceso a servicios en ciudades como Lima y Quito (CEPAL, 2012b). Por supuesto, la mera continuidad de la política no garantiza el logro de sus objetivos, como ilustra el caso del Transantiago, en Chile, que pese a sus mejoras aún dista de cumplir algunos de sus propósitos principales.
- 159 Que a veces expulsan de manera directa, mediante el uso de tierras, y otras de forma indirecta, por apropiación o agotamiento de recursos naturales o contaminación. Este tipo de desplazamiento forzado afecta con especial intensidad a las comunidades indígenas.

- 160 Sobre este tema, entidades académicas —como el Observatorio de las Metrópolis en el Brasil (véase [en línea] www.observatoriodasmetropoles.net/) y de la sociedad civil (como la Coalición Internacional por el Hábitat [en línea] www.hic-net.org/es_index.php, o la Red Hábitat), entre otras, han formulado varias denuncias concretas.
- 161 Migración internacional y desarrollo; Migrantes documentados; Migrantes indocumentados, y Refugiados, solicitantes de asilo y personas desplazadas. En general, los objetivos apuntan a mejorar el diálogo entre los países para potenciar los efectos positivos de la migración, apoyar a quienes llegan y a quienes retornan, proteger a los migrantes, eliminar la discriminación y asegurar el ejercicio de sus derechos, prevenir el tráfico y la trata de personas y asegurar el apoyo a los refugiados.
- 162 El hecho de que 17 de los 45 Estados que han ratificado la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares sean de la región constituye un buen ejemplo de esta inquietud con respecto a los derechos de los migrantes. Muchos países han emprendido iniciativas ambiciosas para reformar sus constituciones, reglamentos o instituciones (CEPAL, 2012c, pág. 10). Además, en diversos foros regionales se ha promovido la adhesión de los países a estos instrumentos legales de alcance internacional. Por ejemplo, en la resolución 615(XXXI) del trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, se “[...] insta a los gobiernos que aún no lo han hecho a que consideren la posibilidad de firmar y ratificar los instrumentos jurídicos de las Naciones Unidas orientados al fomento y la protección de los derechos humanos de los migrantes como un mecanismo de integración social plena; invita asimismo a los gobiernos que han suscrito dichos instrumentos a garantizar su plena puesta en vigor”.
- 163 Este Convenio fue firmado por Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, España, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) en el marco de la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Santiago en 2007. En el período de referencia fue ratificado por: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Paraguay, Portugal, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Mediante este instrumento, los trabajadores iberoamericanos que contribuyan a los sistemas de seguridad social de diversos países del área podrán cobrar su pensión o tener cobertura social en aquel en el que se jubilen (Maguid y Salinas, 2010, pág. 9).
- 164 Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, Decreto 164 (2010). Objetivo: Convenio de seguridad social entre las repúblicas de Chile y la Argentina y acuerdo modificatorio del mismo ([en línea] www.leychile.cl/Navegar?idNoRma=1009790&idParte=&idVersion=2009-12-31).
- 165 Como buenas prácticas en esta esfera figuran una ley sobre migración promulgada en la Argentina en 2004, con la que se reestructuró la política de inmigración del país en torno a dos ejes principales: una perspectiva regional que pone énfasis en la regularización de los migrantes procedentes de países de la región y un enfoque basado en los derechos humanos (CEPAL, 2012c, pág. 10).
- 166 En el año 2009 se estableció que se debía mantener la atención en la red pública de salud a los inmigrantes con credenciales del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se encontrasen tramitando su permiso de residencia y tuvieran su cédula de identidad vencida. Recientemente, el gobierno presentó al Parlamento el Proyecto de ley de Migración y Extranjería.
- 167 Los Lineamientos Nacionales para el Fortalecimiento de la Coordinación Institucional para Combatir la Trata de Personas, en el año 2011 de El Salvador, el Decreto 9-2009 de Guatemala y la Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas de México de 2011 destacan no solo por la visión multidimensional de la prevención y sanción de la trata de personas, sino también por su énfasis en el tratamiento y la reparación a las víctimas de este delito.
- 168 A lo que cabe sumar la ley contra la discriminación en Chile (2012) y en Colombia (2011).
- 169 Como ejemplos se pueden mencionar la Dirección de Atención a Huéspedes, Migrantes y sus Familias, de la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades del gobierno del Distrito Federal de México ([en línea] www.sedecrec.df.gob.mx/dahmyf/), el Comitê Estadual para os Refugiados e Migrantes do Estado do Paraná (CERM) ([en línea] www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=68538&tit=Governo-cria-comite-paranaense-para-refugiados-e-migrantes), el grupo sobre migrantes de la entidad federativa de Chiapas en México ([en línea] <http://www.chiapas.gob.mx/migrantes>) y el Convenio para atención al migrante firmado por los municipios céntricos de Santiago y Estación Central y el Ministerio de Salud (MINSAL) en Chile en 2013 ([en línea] <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2013/04/680-521256-9-servicio-de-salud-y-municipios-de-santiago-y-estacion-central-firman-convenio.shtml>).
- 170 Como se expresa en el párrafo 38 de la Declaración de Santiago (cumbre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) celebrada los días 27 y 28 de enero de 2013): “Saludamos la celebración de la I Reunión sobre Migraciones de CELAC, realizada el 20 y 21 de agosto de 2012 en Comayagua, República de Honduras, y resaltamos las recomendaciones emanadas de dicho encuentro, que sienta las bases para desarrollar en ese foro regional una

estrategia de CELAC sobre migraciones, que se sustente en la perspectiva de las personas migrantes como sujetos de derechos y que articule una posición común de nuestra región de cara a los procesos de diálogo con otros ámbitos regionales y globales” (véase [en línea] www.gob.cl/media/2013/01/Declaracion-de-Santiago.pdf).

171 En el párrafo 11.5 del Programa de Acción de El Cairo se explicitan los tres objetivos. Los dos primeros están relacionados con el acceso universal a la educación, incluidas las enseñanzas vocacional y técnica, con igualdad de género. El tercero atañe a la educación en población, que incluye la educación en materia de salud reproductiva y la equidad de género.

172 Por ejemplo, en la Argentina se están implementando desde 2008 los Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral a través del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, creado mediante el artículo 2° de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral núm. 26.150 de 2006. En Costa Rica, la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 incluye como área de intervención la educación integral de la sexualidad garantizando el acceso a la educación sexual para toda la población. En Guatemala se implementó la Campaña Nacional de Educación Sexual en 2010 (véase [en línea] www.osarguatemala.org/userfiles/Educacion%20Sexual%202011.pdf). En el Paraguay se impulsó el programa Escuelas Saludables (2009). En el Perú se realizó en 2010 una campaña para fortalecer la educación sexual integral en los colegios (véase [en línea] www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=9606).

173 En rigor, declaración biministerial, porque fue firmada por los ministros de Salud y Educación en la Ciudad de México en agosto de 2008, antes de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, donde la suscribieron 30 países latinoamericanos y caribeños (véase [en línea] <http://prevenirconeducacion.org/sitio/index.php/declaracion>).

174 Esta declaración incluye dos metas cuantitativas: i) para el año 2015, reducir un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los ministerios de Educación que no imparten educación integral en sexualidad; ii) para el año 2015, reducir un 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes de ambos sexos sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva (véase [en línea] <http://prevenirconeducacion.org/sitio/index.php/declaracion>).

175 Por ejemplo, la evaluación a 2011 para los países de Sudamérica (véase [en línea] www.ipfwhr.org/sites/default/files/SudamericaEvaluacionDeclaracionMinisterial2011.pdf) y Centroamérica (véase [en línea] http://coalicioneoamerica.org/sites/default/files/Evaluacion_2011_0.pdf) efectuada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF).

176 Los temas que se consideran en este capítulo son: i) reunión, análisis y difusión de datos básicos; ii) investigaciones sobre la salud reproductiva, y iii) investigaciones económicas y sociales.

177 Argentina (2010); Bolivia (Estado Plurinacional de) (2012); Brasil (2010); Chile (2012); Costa Rica (2011); Cuba (2012); Ecuador (2010); México (2010); Panamá (2010); Paraguay (2012); República Dominicana (2010); Uruguay (2011), y Venezuela (República Bolivariana de) (2011), a los que cabe agregar El Salvador y Perú (2007), de modo que en total son 15 países de los 20 de América Latina que cuentan con censos recientes. En el Caribe, todos los países completaron el levantamiento de los censos de la ronda de 2010.

178 En la Argentina, Costa Rica, el Ecuador, Panamá, la República Dominicana, Santa Lucía y Venezuela (República Bolivariana de) se está utilizando la plataforma Redatam WebServer para ese proceso. Aruba, Belice, el Uruguay y Trinidad y Tabago están avanzando en esa misma dirección. El Brasil, México y el Uruguay difunden los datos y permiten el procesamiento en línea con otros sistemas. El Ecuador es el único país que tiene una versión instalable (incluye los microdatos en Redatam), aunque también se está trabajando en esa línea con la Argentina y la República Dominicana.

179 El CELADE-División de Población de la CEPAL, tanto por su mandato como por su calidad de punto focal de la secretaría técnica del grupo de trabajo sobre censos de la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL, fue un actor clave de esta coordinación, a la que contribuyeron de manera decisiva el UNFPA y el MERCOSUR.

180 Por ejemplo, la mencionada Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 de Costa Rica incluye como prioritario el ámbito de “Información, investigación, monitoreo y seguimiento: generación de conocimiento y monitoreo para el análisis, ejecución y evaluación en el área de la sexualidad” (Páez, 2012, pág. 45).

181 Véase Resource Flows Web Site [en línea] www.resourceflows.org.

182 Que se desglosan en 2.759 millones de dólares del presupuesto público, 96 millones de ONG y 1.829 millones de consumidores (Resource Flows Web Site [en línea] www.resourceflows.org).

183 Hecho no menor, considerando que varios países de la región presentaron observaciones al texto final del PA-CIPD.

184 “La agenda de los ODM fue exitosa como marco común de acción, pero se requerirá adaptarla a la especificidades regionales y nacionales [...]. El desarrollo no es unidimensional; no se trata solo de lograr crecimiento económico; priman la interdependencia, la transversalidad y la integración de esfuerzos: crecer para igualar, igualar para crecer[...].” (presentación de Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, en Bogotá, 7 de marzo de 2013 [en línea] http://www.cepal.org/rio20/noticias/paginas/5/48925/130307_PRESENTACION_FINAL_BOGOTA.pdf).

Bibliografía

- Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari (2013), "Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro", *serie Mujer y Desarrollo*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.
- Amnistía Internacional (2012), *Hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos marco de derechos*, Madrid.
- Calderón, Coral (coord.) (2013), "Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 101 (LC/G.2568), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.
- Cecchini, Simone y Aldo Madariaga (2011), "Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 95 (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.55.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013a), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6.
- (2013b), "Review and Evaluation of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean (2009-2013). Draft", Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, 21 de mayo, inédito.
- (2012a), *Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad* (LC/L.3451(CRE.3/3)), Santiago de Chile.
- (2012b), *Población, territorio y desarrollo sostenible* (LC/L.3474(CEP.2/3)), Santiago de Chile, junio.
- (2012c), "International migration from a regional and interregional perspective", *Documento de Proyecto*, N° 475 (LC/W.475), Santiago de Chile [en línea] http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/47216/wDAProject_final.pdf.
- (2010a), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Síntesis* (LC/G.2433(SES.33/4)), Santiago de Chile.
- (2010b), "Entre los progresos y las asignaturas pendientes: 15 años del Programa de Acción de El Cairo en América Latina y el Caribe, con énfasis en el período 2004-2009", *Documentos de Proyecto*, N° 137 (LC/W.317), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- (2010c), "América Latina y el Caribe: una síntesis de los avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, 2004-2009", *Documentos de Proyecto*, N° 311 (LC/W.311), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- (2008a), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile.
- (2008b), "El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria", *Panorama Social de América Latina 2008* (LC/G.2402-P/E), Santiago de Chile, cap. III.
- (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2002), "Propuesta de indicadores para el seguimiento de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe", *serie Población y Desarrollo*, N° 26 (LC/L.1705-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.25.
- (1999), *América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (LC/DEM/G.184), Santiago de Chile.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2004), *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias* (LC/L. 2180), Santiago de Chile.
- CEPAL/OPS/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2010), "Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos", *Documento de Proyecto*, N° 346 (LC/W.346), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CIDEHUM (Centro Internacional para los Derechos Humanos de los Migrantes) (2012), "Desplazamiento forzado y necesidades de protección generados por nuevas formas de violencia y criminalidad en Centroamérica" [en línea] http://www.cidehum.sitew.com/fs/Root/8svj6-Informe_CIDEHUM_Desplazados.pdf.

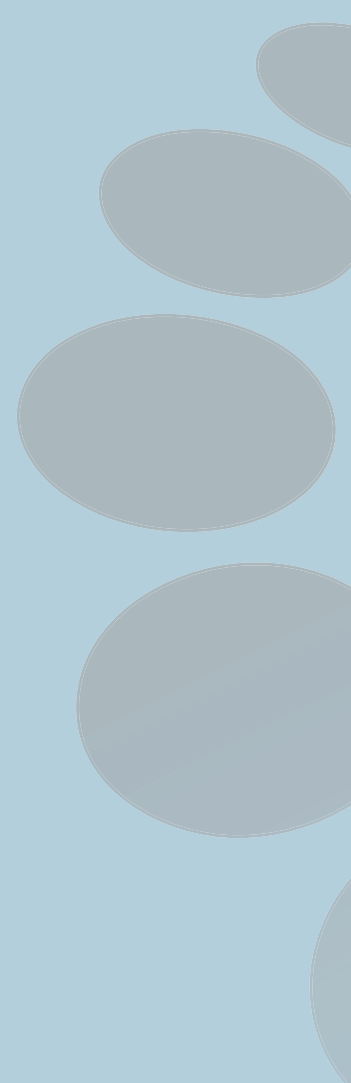
- CSP (Comisión Sectorial de Población del Uruguay) (2011), *Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay*, Montevideo.
- Dides, C. y otros (2012), "Educación sexual en Chile. Implementación de la Ley 20.418", *Boletín*, N° 4, Santiago de Chile, Universidad Central, mayo [en línea] www.ucestral.cl/prontus_ucestral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin_4.pdf.
- Gómez, Pío, Ramiro Molina y Nina Zamberlin (2011), *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Lima, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG).
- González, Ana C. (2011), "Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe", *serie Mujer y Desarrollo*, N° 110 (LC/L.3417), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006), *Indicadores para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ST/ESA/STAT/SER.F/95)*, Nueva York [en línea] http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_95s.pdf.
- GTR (Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna) (2012), "Memoria de la reunión "Fortalecer los observatorios de salud materna y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe" [en línea] [http://gtrvidasmaternas.org/GTR/sites/default/files/Relator%C3%ADa%20Reuni%C3%B3n%20Observatorios-final%20\(2\).pdf](http://gtrvidasmaternas.org/GTR/sites/default/files/Relator%C3%ADa%20Reuni%C3%B3n%20Observatorios-final%20(2).pdf).
- ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social) (2012), *Panorama del Desarrollo Territorial en América Latina y el Caribe 2012 (LC/W.543)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Juárez, F. (2013), "El aborto: un problema vigente en México", *Coyuntura Demográfica*, N° 3, México, D.F., Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE).
- Maguid, A. y V. Salinas (2010), "Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica", *serie Población y Desarrollo*, N° 96 (LC/L. 3265-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2013), "Situación actual del embarazo adolescente en Chile" [en línea] www.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafa040010164010db3.pdf.
- Montaño, Sonia y Virginia Guzmán (2012), "Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010)", *serie Mujer y Desarrollo*, N° 118 (LC/L.3531), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Morán, J. M. (2010), "Índice CLAE de acceso a la anticoncepción de emergencia", San José [en línea] www.redece.org/indiceclae.pdf.
- Naciones Unidas (2013), *Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20. Versión preliminar (LC/L.3590/Rev.1)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- (2012), *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe Anual 2012: Los bonos en la mira. Aporte y carga para las mujeres (LC/G.2561/Rev.1)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Oliveira, Fátima (2003), "Políticas públicas, salud de la mujer negra y la agenda feminista. Mujeres negras e indígenas alzan su voz", Cuaderno Mujer Salud, N° 8, Adriana Gómez (ed.), Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RMSLAC).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2013), *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: evaluación de mitad de período (CE152/INF/7(Esp.))*, Washington, D.C. [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8486&Itemid=39950&lang=es.
- Páez, Katherine (2012), "Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina, 2009-2011", *serie Población y Desarrollo*, N° 106 (LC/L.3508), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Perova, E. y R. Vakis (2010), *El impacto y potencial del programa Juntos en Perú: Evidencia de una evaluación no-experimental*, Lima, Banco Mundial, diciembre [en línea] <http://www.juntos.gob.pe/images/noticias/2011/01/El-Impacto-Potencial-de-JUNTOS-Banco-Mundial.pdf>.

- Rodríguez, Jorge (2013), "Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos", *serie Población y Desarrollo*, N° 107 (LC/L.3636), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2011), "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America", 2011 [en línea] http://www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01_rodriguez.pdf.
- (2008), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Santiago de Chile, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rojas, Rocío (2006), "Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas", *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, serie Documento de Proyecto, N° 72 (LC/W.72), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Távora Orozco, Luis (2012), Relatoría del Foro Internacional: "¿Está la anticoncepción de emergencia en riesgo en América Latina y El Caribe?", Lima, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG)/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 20 y 21 de agosto [en línea] www.spogpanama.org/secciones/descargas/doc_download/11-foro-internacional-esta-la-anticoncepcion-de-emergencia-en-riesgo-en-america-latina-y-el-caribe.
- Thevenon, O. (2011), "Family policies in OECD countries: a comparative analysis", *Population and Development Review*, vol. 37, N° 1, marzo.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2004), *El Estado de la Población Mundial 2004*.
- UNOPS (Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos) (2011), *Reconstrucción de Haití. Informe Anual de 2011* [en línea] http://www.unops.org/SiteCollectionDocuments/Publications/LCO/haiti_twoyears_ES_web.pdf.
- Villanueva, Rocío (2008), "La anticoncepción oral de emergencia. El debate legal en América Latina", Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [en línea] <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2008/Libro%203.%20Anticoncepcion%20oral.pdf>.
- Vivo, Sigrid, Paula López-Peña y Drina Saric (2012), *Salud sexual y reproductiva para jóvenes: revisión de evidencia para la prevención*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Anexo

Objetivos y metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo e indicadores seleccionados

Metas	Indicadores
Salud sexual y reproductiva	
1. Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.	Indicadores de las metas 2, 3, 4 y 8.
2. Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que estén legalmente permitidos.	Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. Tasa de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.
3. Prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento.	Tasa de prevalencia del VIH en la población en edad fértil.
4. Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las ETS, incluido el VIH/SIDA. Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes.	Porcentaje de madres adolescentes. Porcentaje de nacimientos no planificados o deseados según edad al nacimiento.
Salud y mortalidad	
5. Para el año 2000 los países deberían procurar reducir sus tasas de mortalidad de lactantes en un tercio, o bien a 50 por 1.000 nacidos vivos, si esta cifra es menor. Para el año 2005, los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos.	Tasa de mortalidad infantil.
6. Durante los próximos 20 años debería reducirse sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo y eliminarse las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos. Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes [...] de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general.	Tasa de mortalidad infantil por zona de residencia, condición étnica y nivel educativo de las madres.
7. Para el año 2000, los países deberían procurar reducir sus tasas de mortalidad de niños menores de 5 años en un tercio, o bien a 70 por 1.000 nacidos vivos, si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años esté por debajo de 60 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años estuviese por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos.	Tasa de mortalidad de menores de 5 años.
8. Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. Todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos.	Razón de mortalidad materna. Atención del parto con personal calificado.
9. Los países deberían proponerse alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años. Los países con los niveles de mortalidad más elevados deben intentar alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 65 años y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años.	Esperanza de vida al nacer.
10. Reducir las diferencias de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres, así como entre regiones geográficas, clases sociales y grupos étnicos y poblaciones indígenas.	Esperanza de vida al nacer por sexo.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org