

Conferencia Internacional
sobre la Población
y el Desarrollo

Avances
nacionales
en la
implementación
del Programa
de Acción
de la CIPD
1994-2004

Invirtiendo en las Personas



Conferencia Internacional
sobre la Población y el Desarrollo

Invirtiendo en las personas

Avances nacionales en la implementación
del Programa de Acción de la CIPD
1994-2004



Prólogo

Imagine que todas las personas del mundo cuenten con la información y los medios para protegerse del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual, así como para determinar cuántos hijos tendrán, cuándo y el espacio entre ellos. Imagine que todas las mujeres puedan controlar su fecundidad y cuenten con servicios de salud adecuados a lo largo de sus vidas. A raíz de esto menos madres, infantes, niños y niñas morirían prematura e innecesariamente.

Imagine un mundo en que las interrelaciones entre población, recursos, el medio ambiente y el desarrollo sean plenamente reconocidos, administrados adecuadamente, y se encuentren en equilibrio, y los gobiernos estén comprometidos a alcanzar un desarrollo sustentable y a mejorar la calidad de vida de todas las personas.

Imagine que tanto mujeres como hombres sean reconocidos y tratados como iguales en dignidad y derechos, dentro del hogar y ante la ley, y que la violencia contra las esposas, la violación y otras formas de violencia contra las mujeres y niñas sean consideradas formas inaceptables de comportamiento, rutinariamente condenadas y llevadas ante la justicia.

Imagine que todos los niños y niñas asistan a la escuela y reciban una educación de alta calidad para ayudarles a lograr su pleno potencial como seres humanos. Imagine construir alianzas para crear un mundo equitativo y sustentable en el que el respeto por los derechos humanos, incluyendo los derechos de las mujeres, la consideración de las necesidades de las generaciones actuales y futuras, y la garantía de acceso universal a la educación y a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, se consideren prioridades urgentes.

Ahora imagine que los líderes globales suscriben esta visión, y comprenderá la esencia de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que se llevó a cabo en El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994. La Conferencia del Cairo fue un gran éxito, que modificó las políticas de población llevándolas de ser cifras a ser políticas sobre vidas humanas y derechos humanos

En El Cairo, los líderes de 179 naciones, con participación de la sociedad civil, llegaron a un consenso sobre un conjunto de objetivos importantes en torno a población y desarrollo, así como sobre aquellas metas que lograrían avances en ambos temas. Entre las metas y objetivos encontramos: un crecimiento económico sostenido en el contexto de un desarrollo sustentable; educación, especialmente para las niñas; igualdad y equidad de género; reducción de la mortalidad materna, de infantes y de niños y niñas; y la provisión de acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual.

A diez años de esa histórica conferencia, el UNFPA se complace en publicar este informe sobre los avances logrados, así como sobre los retos que permanecen para la implementación del Programa de Acción de la CIPD. La conclusión general es que la década que ha transcurrido desde la adopción del Programa de Acción ha sido una de grandes avances. Sin embargo, éstos no han sido consistentes y las limitaciones, incluyendo la falta de financiamiento, aún constituyen una preocupación crítica a la mitad de la agenda prevista para 20 años.

Este informe se basa en la Encuesta Global que el UNFPA llevó a cabo en el 2003 para evaluar las experiencias nacionales. La Encuesta solicitó respuesta de los países en desarrollo, de los países con economías en transición, y de los países donantes. Agradecemos a los gobiernos y organizaciones de la sociedad civil que contestaron la Encuesta; su participación dio como resultado un nivel del 92 por ciento de respuesta entre los países en desarrollo y países con economías en transición, y un 82 por ciento entre los países donantes.

La Encuesta Global ha sido una pieza integral del proceso de evaluación CIPD + 10, para el cual los gobiernos de Australia, Canadá, Suecia y Reino Unido han brindado apoyo financiero. Les estamos muy agradecidos, así como al gobierno de Suiza, cuya ayuda también ha incluido apoyo para actividades relacionadas con la Encuesta. También extendemos un reconocimiento al personal del UNFPA que trabajó en este valioso esfuerzo tanto en las oficinas locales como en la sede.

Esperamos que los hallazgos de esta Encuesta Global aceleren la implementación del Programa de Acción de la CIPD. Esto contribuirá directamente a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que plantean reducir drásticamente la pobreza, el hambre, las enfermedades, el VIH/SIDA y la desigualdad de género para el año 2015.



Thoraya Ahmed Obaid

Directora Ejecutiva

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Agradecimientos

La elaboración de este informe fue posible gracias a las amplias contribuciones de los países que respondieron a la Encuesta Global, así como al valioso apoyo y trabajo de seguimiento de las Oficinas Nacionales del UNFPA y de los Equipos de Apoyo Técnico, así como de muchas otras personas que laboran en la oficina sede de UNFPA. Su compromiso y esfuerzos combinados dieron por resultado una alta proporción de respuestas en los países en desarrollo, tanto como en los países con economías en transición y en los países donantes. El equipo también quiere expresar su agradecimiento a Richard Leete, quien encabezó el proyecto en su primera fase.

Autores y colaboradores

El equipo desea agradecer a los autores y colaboradores de los diversos capítulos de este informe. En particular, extendemos un reconocimiento a Sethuramiah Rao, René Desiderio, Israel Sembajwe y a Christian Fuersich, autores de diversos capítulos que además garantizaron la calidad general del informe. Extendemos también un reconocimiento a los esfuerzos de Marianne Haselgrave, Trinidad Hostería y Amy Babchek, quienes elaboraron borradores preliminares de algunos capítulos, para su posterior revisión por las ramas técnicas correspondientes. También debemos un agradecimiento a los y las colegas de las ramas técnicas por sus importantes revisiones generales, así como por su revisión particular de los diversos capítulos. Entre ellos se encuentran: Delia Barcelona, Laura Laski, Kebedech Nigussie, Sahir Abdul Hadi, Elizabeth Benomar, Linda Demers, France Donnay y Lindsay Edouard.

Grupo editorial

El informe contó con el beneficio de los consejos y guía del Grupo editorial, quienes leyeron todos los capítulos más de una ocasión, y dieron comentarios, sugerencias y perspicaces observaciones para mejorarlos. Un especial agradecimiento para: Bjorn Andersson, Hedia Behadj-El Ghouayel, Stan Bernstein, Linda Demers, René Desiderio, Nicholas Dodd, Arthur Erken, José Ferraris, Lalan Mubiala, Bill Musoke, Jaime Nadal-Roig y Sethuramiah Rao.

Grupo de trabajo interdivisional

El equipo está particularmente agradecido por la cercana colaboración del Grupo de trabajo interdivisional para la CIPD+10, encabezado por Linda Demers. Además de varios y varias colegas ya mencionados, las personas integrantes de este grupo incluyen a María José Alcalá, Sylvie Cohen, Kristin Hetle, Nicola Jones, Luisa Kislinger, Satish Mehra, Suman Mehta, Kwabena Osei-Danquah, Daniel Sala-Diakanda y Francesca Taylor. El Grupo proveyó de asesoría y guía al trabajo en torno a la Encuesta Global en todas sus fases.

Lectores y revisores internos

Las ramas de la División de Apoyo Técnico del UNFPA colaboraron de manera especial al revisar y contribuir a los capítulos sustanciales, incluyendo ideas para proseguir en el trabajo. En tanto que el personal completo de todas las ramas merecen un agradecimiento, se hace mención especial de Lindsay Edouard, Delia Barcelona, Laura Laski, Eva Weissman y France Donnay (Jefa) de la Rama de Salud Reproductiva; Ann Pawliczko, Rabí Royan, Kourtoum Nacro y Francois Farra (Jefe) de la Rama de Población y Desarrollo; Elizabeth Benomar, Kebedech Nigussie, Julitta Onabanjo, Suman Mehta (ante-

riormente Jefe) de la Rama de VIH-SIDA; y Sahir Abdel-Hadi y Talat Jafri (Jefa en funciones) de la Rama de Género, Cultura y Derechos Humanos. También se extiende un reconocimiento a las contribuciones de Jagdish Upadhyay y Shana Ward de la Rama de Asociados Interregionales.

Las valiosas colaboraciones del personal de la División de Información y Relaciones Externas (IERD), en particular de Stan Bernstein, Richard Zinder, Antonie de Jong, William Ryan y Joyce Bratic-Cherif, se reconocen con agradecimiento. También agradecemos a Ann Erb Leoncavallo y a Alex Marshall por su experta ayuda y consejos.

Apoyo editorial, administrativo y en investigación

Flavia Perea y Kate Washburn colaboraron con apoyo en investigación durante las primeras fases del proyecto. Victoria Evelyn Guthwin, Jayalakshmi Santosh, Madeleine Sacco, Suleman Chaudhary y Sharyn Sohlberg brindaron apoyo administrativo para la preparación del informe. Extendemos un agradecimiento especial también a Hylla Rebello, Phyllis Brachman y Mirey Chaljub por su guía a través de los pasos del proceso de impresión. Por último, pero no por ello menos importante, Valerie Havas emprendió la laboriosa tarea de editar el manuscrito completo e hizo observaciones perspicaces para mejorarlo. El equipo está agradecido con todos ellos.

Dirección ejecutiva y de políticas

Como Vice-Director Ejecutivo de Programas, Kunio Waki brindó al equipo dirección en cuanto a políticas. Los directores de las Divisiones Geográficas de África, los Estados Árabes y Europa, Asia y el Pacífico, y América Latina y el Caribe facilitaron el trabajo del equipo de la Encuesta Global dando direcciones en políticas y colaborando con una coordinación efectiva con los países que respondieron a la encuesta y el personal de campo del UNFPA. Por último, el equipo está especialmente agradecido por el liderazgo y visión de Thoraya Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA. En tanto nos sentimos agradecidos con todos aquellos que colaboraron en este esfuerzo, los y las autoras asumen responsabilidad total por las opiniones vertidas en este informe.

Mari Simonen
Jefa, Equipo de la Encuesta Global y
Directora, División del Apoyo Técnico

EQUIPO DE LA ENCUESTA GLOBAL CIPD + 10

Mari Simonen

Jefa

Sethuramiah L. Rao

Asesor Técnico Especial

Linda Demers

Coordinadora para CIPD+10

Rene Desiderio

Administrador del Proyecto

Israel Sembajwe

Administrador de la Base de Datos

Christian M. Fuersich

Asociado Principal de Investigación

Amy Babchek

Samantha Page

Investigadoras Asociadas

Índice

<i>Prólogo</i>	II
<i>Agradecimientos</i>	IV
<i>Siglas</i>	VIII
<i>Resumen de los hallazgos</i>	IX
1. Introducción	1
1.1 La CIPD y otras conferencias globales de las Naciones Unidas	2
1.2 Vinculación de la CIPD con los Objetivos de Desarrollo del Milenio	2
1.3 Objetivos del informe	4
1.4 Metodología de la Encuesta Global	4
1.5 Fortalezas y limitaciones del informe.....	5
1.6 Organización del informe	6
2. Población y desarrollo	7
2.1 Introducción.....	7
2.2 Acciones emprendidas para integrar los temas de población a las estrategias de desarrollo	8
2.3 Población y planeación en el contexto de la descentralización	8
2.4 Temas de población en las estrategias nacionales para la disminución de la pobreza	9
2.5 Interacciones entre población y medio ambiente.....	12
2.6 Medidas para atender las necesidades especiales de las personas mayores	13
2.7 Medidas para ejercer influencia sobre la migración interna.....	16
2.8 Medidas para ejercer influencia sobre la migración internacional	17
2.9 Construcción de capacidades relacionadas con el levantamiento de datos, investigación, seguimiento y evaluación	18
2.10 Conclusión	21
3. Igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres	23
3.1 Introducción	23
3.2 Protección de los derechos de las niñas y mujeres.....	24
3.3 Empoderamiento de las mujeres.....	25
3.4 Violencia de género	26
3.5 Hacia la reducción de disparidades de género en la educación	28
3.6 Promoción del apoyo de los hombres a los derechos y el empoderamiento de las mujeres	29
3.7 Consideraciones culturales	31
3.8 Conclusión	31
4. Derechos reproductivos y salud reproductiva	33
4.1 Introducción	33
4.2 Establecimiento de los derechos reproductivos en la práctica	33
4.3 Seguimiento e informes sobre derechos reproductivos	35
4.4 Integración de la salud reproductiva en los sistemas de atención primaria de salud	36
4.5 Salud reproductiva y reforma del sector salud	38
4.6 Acceso a servicios de alta calidad en salud reproductiva de alta calidad	39
4.7 Planificación familiar	40
4.8 Hacia el logro de seguridad en el abastecimiento de insumos en salud reproductiva	43
4.9 Reducción de la morbilidad y mortalidad maternas	44
4.10 Prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual	46
4.11 Manejo de las complicaciones del aborto inseguro	48
4.12 Participación de los beneficiarios de la salud reproductiva a través de alianzas.....	49
4.13 Principales restricciones en la implementación del enfoque de salud reproductiva.....	50
4.14 Conclusión	51
5. Salud Reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes	53
5.1 Introducción	53
5.2 Derechos de las y los adolescentes a obtener información, educación y servicios de salud reproductiva	53
5.3 Provisión de educación sobre salud, incluyendo habilidades para la vida en la escuela o fuera de ella	56
5.4 Acceso a información sobre salud reproductiva para los y las adolescentes.....	58
5.5 Provisión de acceso a servicios de salud reproductiva	60
5.6 Subsistencia para adolescentes y jóvenes	62
5.7 Participación de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas y programas.....	63
5.8 La cultura como factor facilitante y como obstáculo en la promoción de la salud reproductiva de las y los adolescentes.....	64
5.9 Conclusión.....	66
6. VIH/SIDA	67
6.1 Introducción	67
6.2 La epidemia del VIH/SIDA y las estrategias para atacarla	68
6.3 Medidas programáticas para implementar estrategias	72
6.4 Enfoques para llegar a las poblaciones difíciles de alcanzar y vulnerables	74

ÍNDICE (continúa)

6.5 El rol de los factores culturales en la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA	78
6.6. Conclusión	80
7. Promoción y defensa, educación y comunicación para el cambio de conductas.....	81
7.1 Introducción.....	81
7.2 Promoción y defensa	82
7.3 Información, educación y comunicación para el cambio de conductas	84
7.4 Uso de tecnologías de información y comunicación emergentes para ampliar el acceso a la información sobre salud reproductiva.....	87
7.5 Conclusión.....	88
8. Alianzas y recursos	89
8.1 Introducción	89
8.2 Alianzas con la sociedad civil	89
8.3 Alianzas con el sector privado.....	95
8.4 Movilización de recursos.....	97
8.5 Conclusión.....	99
9. Perspectivas de los países donantes	101
9.1 Introducción.....	101
9.2 Temas y problemáticas en materia de población	101
9.3 Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres..	104
9.4 Salud reproductiva y VIH/SIDA	105
9.5 Medidas tomadas por los países en desarrollo y los países donantes en población, salud reproductiva, VIH/SIDA y género	106
9.6 Puntos de vista de los países donantes sobre la implementación del plan de acción de la CIPD en los países en desarrollo	107
9.7 Alianzas y recursos.....	108
9.8 Conclusión	111
10. Panorama de los avances y el camino a seguir	113
10.1 Panorama de los avances	113
10.2 El camino a seguir por área programática.....	113
10.3 El camino a seguir en cuestiones operativas	117
10.4 Conclusión	118
<i>Referencias selectas</i>	<i>119</i>
<i>Anexo: países que respondieron a la Encuesta Global (Listas correspondientes a los agrupamientos regionales del UNFPA)</i>	<i>120</i>

TABLAS

1.1 Metas de la CIPD y metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio	3
2.1 Medidas adoptadas por los países para integrar la población al desarrollo	8
2.2 Medidas adoptadas por los países para tratar el tema de la integración de factores de población en el contexto de la descentralización	9
2.3 Medidas adoptadas por los países para abordar el tema de población en las estrategias para la disminución de la pobreza	10
2.4 Medidas adoptadas por los países para abordar el vínculo entre población y medio ambiente	12
2.5 Medidas adoptadas por los países para abordar el tema del envejecimiento de la población	14
2.6 Medidas adoptadas por los países para ejercer influencia sobre la migración interna.....	16
2.7 Medidas adoptadas por los países para ejercer influencia sobre la migración internacional	17
3.1 Medidas tomadas por los países para proteger los derechos de las niñas y las mujeres.....	24
3.2 Medidas tomadas por los países para empoderar a las mujeres ..	25
3.3 Medidas tomadas por los países para enfrentar la violencia de género	27
3.4 Medidas tomadas por los países para mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria	29
3.5 Medidas tomadas por los países para promover que los hombres apoyen los derechos y el empoderamiento de las mujeres.....	31
4.1 Principales medidas tomadas por los países para hacer cumplir los derechos reproductivos	34
4.2 Medidas específicas tomadas por los países para incluir la salud y los derechos reproductivos en el seguimiento de la implementación de los derechos humanos.....	35
4.3 Medidas específicas tomadas por los países para incluir la salud y los derechos reproductivos en los informes ante los órganos de tratados de derechos humanos	35
4.4 Medidas específicas tomadas por los países para integrar la salud reproductiva a los servicios de atención primaria a la salud.....	37
4.5 Medidas clave tomadas por los países para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad	39
4.6 Medidas clave tomadas por los países para ampliar la opción anticonceptiva.....	42
4.7 Medidas clave tomadas para lograr la seguridad en el abastecimiento e inventario de los insumos de salud reproductiva	43
4.8 Medidas tomadas por los países para reducir la morbilidad y mortalidad maternas	45
4.9 Medidas clave tomadas por los países para reducir y manejar las ITS	47
4.10 Medidas clave tomadas por los países para prevenir y manejar las complicaciones de los abortos inseguros.....	49
4.11 Medidas clave tomadas por los países para involucrar a los beneficiarios en la salud reproductiva	49

5.1	Medidas específicas tomadas por los países para atender los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes.....	54
5.2	Medidas programáticas y estratégicas específicas tomadas por los países para atender los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes	55
5.3	Medidas específicas tomadas por los países para introducir educación en salud reproductiva dentro y fuera de las escuelas.....	57
5.4	Medidas específicas tomadas por los países para proporcionar acceso a información sobre salud reproductiva, incluyendo habilidades para la vida	58
5.5	Medidas específicas tomadas por los países para proporcionar a las y los adolescentes acceso a los servicios de salud reproductiva.....	60
5.6	Medidas específicas tomadas por los países para contribuir al avance de las personas jóvenes en cuanto a la adquisición de habilidades para la vida y la subsistencia	62
5.7	Medidas específicas tomadas por los países para promover la participación de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas y programas	63
5.8	Obstáculos culturales en la atención de la salud reproductiva de las y los adolescentes.....	65
6.1	Estrategias adoptadas por los países para enfrentar al VIH/SIDA.....	69
6.2	Medidas adoptadas por los países para la prevención del VIH.....	73
6.3	Grupos hacia los que se dirige la prevención del VIH/SIDA.....	75
6.4	Prevención del VIH - Medidas adoptadas por los países para involucrar a los grupos difíciles de alcanzar	76
7.1	Medidas aplicadas por los países para promover conductas saludables y responsables en materia de salud reproductiva	82
7.2	Obstáculos enfrentados por los países en la promoción de conductas saludables y responsables en materia de salud reproductiva	84
7.3	Medidas tomadas por los países para ampliar la cobertura de los medios de comunicación masiva en cuestiones relacionadas con la salud y los derechos reproductivos	85
7.4	Medidas adoptadas por los países para incrementar el acceso a través de nuevas Tecnologías para la Información y la Comunicación (TICS)	86
8.1	Medidas tomadas por los países para involucrar a la sociedad civil en actividades de población y de salud reproductiva	90
8.2	Medidas tomadas por los países para involucrar al sector privado en actividades de población y salud reproductiva	96
9.1	Medidas tomadas por los donantes para enfrentar las necesidades especiales de los adultos mayores	106
9.2	Medidas tomadas por los países donantes en torno al acceso a la salud reproductiva	107
9.3	Áreas de alianza entre gobiernos donantes y ONGs.....	109

RECUADROS

2.1	Vínculos entre población y pobreza	11
2.2	Vínculos entre población y medio ambiente	13
2.3	Envejecimiento de la población y las personas mayores	15
2.4	Migración internacional.....	19
2.5	Capacidad nacional para el manejo de datos	20
3.1	Promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres	26
3.2	Atendiendo la violencia de género	28
4.1	Enfoque sectorial en Mozambique	38
4.2	Compromiso del Pacífico con la seguridad de insumos	43
4.3	Hacia la sustentabilidad de la seguridad de insumos.....	44
4.4	Cubriendo áreas remotas.....	46
5.1	Experiencias de países que están tomando medidas para mejorar el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios amigables.....	61
5.2	Medidas para fortalecer las habilidades de subsistencia de los y las jóvenes	63
6.1	Tailandia: ¿detrás del éxito alcanzado en el pasado se oculta un posible resurgimiento del VIH/SIDA?	68
6.2	México: Acciones para prevenir el VIH/SIDA	71
6.3	Iniciativas que involucran a las fuerzas armadas y la policía nacional en América Latina y el Caribe	77
7.1	Estrategias exitosas de promoción y defensa	84
7.2	Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación para ampliar el acceso a la información sobre salud reproductiva	87
8.1	Ejemplos de alianzas sur-sur	90
8.2	Alianzas con parlamentarios.....	92
9.1	Vínculos entre la agenda de la CIPD y los marcos de desarrollo internacional	110
9.2	Apoyo para promover la implementación del programa de acción de la CIPD.....	111

CUADROS

5.1	Medidas importantes sobre salud reproductiva de los y las adolescentes tomadas en las regiones y sub-regiones	56
-----	---	----

MAPAS

Mapa 1	Medidas tomadas por los países para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad	40
--------	--	----

Siglas¹

AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres
CDI	Convención sobre los Derechos del Niño
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CIPD+5	Revisión a cinco años de la CIPD
CEI	Comunidad de Estados Independientes
CAV	Consejería y Análisis Voluntarios
CAD	Comité para la Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo
DERP	Documento de Estrategias para la Reducción de la Pobreza
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
EIS	Enfoque Integral de Sector
IEC	Información, educación y comunicación
ITS	Infección de Transmisión Sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PdA CIPD	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
PDI	Persona Desplazada Internamente
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMH	Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo o Hija
PVCVS	Personas que Viven con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIG	Sistema de Información Geográfica
SMI	Sistema de Manejo de Información
SRA	Salud reproductiva de los y las adolescentes
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAV	Terapia Antirretroviral
TIC	Tecnología para la Información y la Comunicación
TMH	Transmisión de Madre a Hijo o Hija
UDI	Usuario o usuaria de drogas inyectables
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VBG	Violencia con base en el género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

¹ A lo largo del texto algunas de las siglas se mantienen en inglés porque así se manejan usualmente también en español.

Resumen de los Hallazgos

ANTECEDENTES

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 articuló una nueva y audaz visión sobre las relaciones entre población, desarrollo y bienestar individual. Durante la CIPD, 179 países adoptaron un Programa de Acción (PdA de la CIPD) de cara a los próximos 20 años, el cual fue elaborado sobre la base del éxito alcanzado por los programas de población, salud materna y planificación familiar de las décadas previas, y centraba su atención, desde una perspectiva novedosa, a las necesidades de los primeros años del siglo veintiuno.

Dado que la CIPD llega a la mitad de su ciclo de 20 años en el 2004, es muy pertinente que los países evalúen los avances logrados hasta la fecha en relación con las metas del Cairo. El UNFPA tiene como mandato colaborar con los países en la evaluación de sus experiencias operativas en la implementación del PdA de la CIPD. Con dicho fin, condujo la Encuesta Global en el 2003 para valorar las experiencias nacionales diez años después del Cairo. Se alcanzó un 92 por ciento de respuestas para los países en desarrollo y en transición. Entre los países donantes, el nivel de respuesta fue del 82 por ciento.

Los objetivos de este informe son: (a) describir, desde una perspectiva operativa, los avances logrados así como las limitantes enfrentadas por los países en sus esfuerzos por implementar las acciones específicas del PdA de la CIPD y los ODM; (b) presentar las medidas adoptadas por medio de algunas reseñas regionales; y (c) resumir las conclusiones principales que surgen de la Encuesta Global 2003, y valorar las posibilidades de avance futuras. Los diversos capítulos del informe presentan los hallazgos y las conclusiones que emanan del análisis de la Encuesta.

HALLAZGOS

Se ha incluido esta sección para ayudar a lectores y lectoras a obtener una rápida visión general de los principales hallazgos del informe. La sección brinda un resumen de los resultados, resaltando aquellos más significativos en cada una de las áreas cubiertas por la Encuesta. Se anotan las referencias en cada resumen para guiar al lector a la sección del capítulo pertinente para cada tema abordado. Un tratamiento más amplio de cada una de las áreas temáticas se puede encontrar en el informe del capítulo respectivo. Las implicaciones que éstos y otros hallazgos tienen para el futuro se presentan en el capítulo final.

A. POBLACION Y DESARROLLO

Este capítulo detalla los avances alcanzados y las acciones implementadas para integrar factores de población con aspectos selectos del proceso de desarrollo, incluyendo las estrategias mismas de desarrollo, la planificación descentralizada, las estrategias de reducción de la pobreza y la planificación ambiental. También presenta los detalles de las acciones emprendidas en materia de políticas sobre temas tales como migración interna, migración internacional, y el envejecimiento poblacional.

En referencia a las acciones adoptadas para integrar factores de población a las estrategias de desarrollo, la Encuesta Global demuestra que el 79 por ciento de los países que respondieron habían adoptado múltiples medidas (Sección 2.2). Esto representa un muy buen avance cuando se comparara con los resultados de la Encuesta de 1994, cuando sólo el 52 por ciento de los países en desarrollo habían reportado haber emprendido acciones parecidas.

En cuanto a descentralización y la integración de los factores de población a los planes de desarrollo local y a las estructuras locales, el 79 por ciento de los países reportaron haber desarrollado alguna acción (Sección 2.3). Adicionalmente a la incorporación de los factores de población a los planes locales sociales, económicos y, en menor grado, a los planes ambientales, el 52 por ciento de los países establecieron estructuras de gobernabilidad locales. Algunas acciones continuas en esta área incluyen el fortalecimiento de la capacidad institucional y en recursos humanos de las estructuras locales, así como alentar a los países que aún no han iniciado la integración de la población en el contexto de la descentralización, a hacerlo.

Sobre el tema de la integración de los factores de población a las estrategias de reducción de la pobreza, el 57 por ciento de los países reportaron haber implementado múltiples medidas (Sección 2.4). Esto es un cambio notable comparado con 1994, cuando sólo el 13 por ciento de los países en desarrollo reportaron acciones en este sentido. El análisis revela que los países tanto con el nivel más alto de pobreza (de más del 40 por ciento) como con las mayores tasas de crecimiento poblacional (>1.47 por ciento) tuvieron un porcentaje de acción más alta (el 65 por ciento), comparado con el 40 por ciento de los países con niveles de pobreza más bajos (<20 por ciento) y tasas de crecimiento de población menores (<1.47 por ciento). Estos hallazgos indican que las acciones nacionales reciben una prioridad más alta en los países que enfrentan retos más grandes.

Resumen

El 50 por ciento de los países reportaron haber tomado medidas vigorosas para abordar los temas de población y medio ambiente; la mayoría había desarrollado programas, políticas y/o leyes sobre el tema (Sección 2.5). Un examen de la distribución de países que han adoptado por lo menos dos medidas específicas para abordar el tema de población y medio ambiente resulta revelador. Cuando el nivel de pobreza y la tasa de crecimiento poblacional se toman en cuenta, es muy claro que los países

con un nivel más alto de pobreza o con una tasa de crecimiento poblacional más alta, son los que tuvieron mayor probabilidad de haber implementado múltiples medidas. Sin embargo, el efecto conjunto tanto de un alto nivel de pobreza como de una tasa de crecimiento rápido era todavía más significativo: sólo el 33 por ciento de los países con niveles más bajos de pobreza (<20 por ciento) y tasas de crecimiento poblacional más bajas (<1.47 por ciento) habían adoptado diversas medidas, y la tasa correspondiente para el grupo de países con las tasas de pobreza más altas y con tasas de crecimiento poblacional más altas era de alrededor del 60 por ciento – casi dos veces mayor. Esto implica que se da mayor prioridad a las acciones a nivel nacional en los países más afectados.

Sobre el tema de abordar las necesidades especiales de las personas mayores, cuestión que está adquiriendo mayor importancia en todos los países, el 39 por ciento de los países que contestaron reportaron haber adoptado medidas importantes, comparado con el 21 por ciento en 1994 (Sección 2.6). Un mayor análisis de las respuestas de los países en desarrollo indica que aquellos con los niveles más altos de envejecimiento (>7 por ciento – el promedio para todos los países en desarrollo) tenían casi dos veces mayor probabilidad de haber adoptado una iniciativa importante (58 por ciento) que aquellos con niveles más bajos (30 por ciento). Esto implica que el nivel de envejecimiento no es el único factor importante para tomar medidas sobre el tema, sino también que muchos países

han empezado a perfilar acciones, incluso con tasas relativamente más bajas de envejecimiento.

Al abordar la migración interna, los resultados de la Encuesta Global demuestran que el 64 por ciento de los países reportaron haber desarrollado alguna acción, comparado con el 41 por ciento reportado en 1994 (Sección 2.7). Un total de 39 países han adoptado múltiples medidas en cuanto a migración interna. El 52 por ciento de los países han adoptado planes en

torno a migración; el 51 por ciento han creado planes para distribuir las actividades socio-económicas y políticas para incidir sobre la distribución territorial de la población; el 15 por ciento ha iniciado programas para brindar asistencia y servicios a los desplazados internos, y el 10 por ciento ha establecido instituciones especiales con el tema de migración.

Básicamente, los gobiernos han desarrollado planes para promover programas de reasentamiento, para redistribuir la población al crear nuevos centros de crecimiento económico, descentralizando la planificación social y económica así como las actividades políticas, y formulando programas y estrategias para reasentar y rehabilitar a los desplazados internos, ahí donde es pertinente.

De acuerdo con los hallazgos de la Encuesta Global, el 73 por ciento de los países han emprendido algunas acciones para abordar temas de

migración interna, lo que constituye un avance considerable teniendo en cuenta que sólo el 18 por ciento de los países reportaron haber emprendido acciones similares en 1994 (Sección 2.8). La medida más comúnmente adoptada fue la formulación de planes, programas o estrategias en cuanto a los migrantes internacionales y/o sobre temas de refugiados (45 por ciento), seguido por la aprobación de leyes o la creación de legislación sobre migrantes internacionales y trabajadores migrantes (37 por ciento), la adopción de una política migratoria (33 por ciento), los esfuerzos por hacer cumplir las

Sobre el tema de la integración de los factores de población a las estrategias de reducción de la pobreza, el 57 por ciento de los países reportaron haber implementado múltiples medidas. Esto es un cambio notable comparado con 1994, cuando sólo el 13 por ciento de los países en desarrollo reportaron acciones en este sentido.

Invirtiéndose en las personas

convenciones internacionales sobre refugiados, personas en busca de asilo, y migrantes (11 por ciento), y la creación y aprobación de leyes sobre el tráfico de personas, especialmente de mujeres y niños (10 por ciento). Adicionalmente, un número creciente de países ha establecido mecanismos de coordinación de varios tipos – coordinación entre agencias gubernamentales, coordinación entre gobiernos, y coordinación entre gobiernos, organizaciones no-gubernamentales (ONG) y donantes internacionales y otros.

El PdA de la CIPD enfatiza que contar con datos válidos, confiables, oportunos, culturalmente apropiados, desagregados por sexo y comparables internacionalmente debería ser la base para todas las etapas de las acciones políticas y programáticas. Respondiendo a una interrogante sobre las medidas adoptadas para fortalecer la capacidad nacional para obtener datos de población, el 96 por ciento de los países indicaron haber emprendido acciones (Sección 2.9). A nivel global, las medidas adoptadas fueron: fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para la recolección de datos así como para su procesamiento, análisis y utilización (93 países); apoyo al desarrollo de bases de datos nacionales y sistemas de información gerencial (75 países); capacitación del personal en el manejo de bases de datos (61 países), y creación y/o fortalecimiento de servicios estadísticos nacionales (61 países).

El seguimiento y la evaluación de la implementación de los marcos de desarrollo internacionales, incluyendo el PdA de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, son críticos para la valoración de avances hacia las metas de desarrollo y para identificar las mejores prácticas y los obstáculos. Los resultados de la Encuesta Global indican que los gobiernos han empezado a tomar medidas para crear y fortalecer los mecanismos para dar seguimiento al avance en la consecución de las metas de la CIPD y del Milenio (Sección 2.9). Por ejemplo, sobre el tema de los mecanismos desarrollados para el seguimiento y medición de avances en la consecución de los objetivos de la CIPD, 131 (el 87 por ciento) de 151 países respondieron a la pregunta, y 82 países (el 54 por ciento) brindaron información sobre los mecanismos utilizados.

A nivel global, el 99 por ciento de los países que respondieron indicaron que habían adoptado medidas para proteger los derechos de las niñas y las mujeres.

En comparación con la Encuesta de 1998, cuando 43 países reportaron haber emprendido medidas importantes para establecer mecanismos de seguimiento para evaluar el logro de los objetivos de la CIPD, vemos que se han logrado avances en esta área.

Los obstáculos que afectan el desarrollo de políticas y la implementación de estrategias para población y desarrollo mencionados más a menudo son la falta de recursos financieros, la falta de personal entrenado o calificado, la insuficiente capacidad institucional, la falta de conciencia y comprensión de los temas, la carencia de datos, y la insuficiente coordinación entre instituciones y ministerios. Otras limitantes incluyen la oposición religiosa y la falta de voluntad política de algunas instancias.

Cuando se les preguntó sobre los temas emergentes relacionados a población y desarrollo, los países identificaron la problemática del envejecimiento poblacional, el alivio de la pobreza, la migración interna y externa, el mejoramiento de la situación de las personas refugiadas y desplazadas internas, y la necesidad de mejorar la recolección de datos sobre población, especialmente los censos, así como el aumento de la calidad general de los datos.

B. IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO¹ DE LA MUJER

El PdA de la CIPD definió un conjunto de objetivos estratégicos y delineó las acciones correspondientes a ser adoptadas por los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no-gubernamentales y el sector privado para erradicar los obstáculos existentes a la igualdad de género y para mejorar las vidas de las niñas y de las mujeres. La Encuesta Global planteó una serie de interrogantes en un esfuerzo por dar seguimiento a los avances hechos por los países en la implementación del componente de género del PdA. Las respuestas cubren las medidas adoptadas en cinco áreas.

Estas son: (a) protección de los derechos de las niñas y las mujeres; (b) el empoderamiento de la mujer; (c) violencia con base en el género (VBG); (d) desigualdades de género en la educación; y (e) el apoyo de los hombres a los derechos y empoderamiento de las mujeres. También se presentan las consideraciones culturales citadas por los países.

Resumen

La Encuesta Global solicitó información sobre si los gobiernos habían adoptado políticas, medidas legislativas o administrativas para la protección de los derechos de las niñas y las mujeres. A nivel global, el 99 por ciento de los países que respondieron indicaron que habían adoptado medidas para proteger los derechos de las niñas y las mujeres (Sección 3.2). La medida más comúnmente adoptada fue la creación y promulgación de leyes nacionales a favor de los derechos de niñas y de mujeres (71 por ciento), seguido por la ratificación de las convenciones de Naciones Unidas y la implementación del PdA de la CIPD (45 por ciento). Más de una tercera parte de los países (41 por ciento) indicaron que habían formulado políticas para eliminar la discriminación de género, y menos de una tercera parte (29 por ciento) brindan protección constitucional a las niñas y las mujeres.

El PdA de la CIPD resaltó que el empoderamiento y la autonomía de las mujeres, así como el mejoramiento de su situación política, social, económica y de salud es un fin en sí mismo altamente importante. Por lo tanto, la Encuesta Global solicitó información sobre los avances que los países han hecho para promover el empoderamiento de las mujeres a través de políticas, o medidas legislativas o administrativas (Sección 3.3). El 99 por ciento de los países reportaron haber tomado medidas para empoderar a las mujeres. Las medidas más comunes incluyeron la promoción para la mayor participación de la mujer en el gobierno (51 por ciento); la provisión de oportunidades económicas a las mujeres (46 por ciento); la provisión de educación y de capacitación para las mujeres (38 por ciento); la adopción de leyes para el empoderamiento de las mujeres (34 por ciento); y la promoción de una mayor participación de las mujeres en el proceso político (20 por ciento).

El PdA de la CIPD, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, así como otras conferencias e instrumentos globales reconocieron que la violencia basada en el género es un tema muy importante en la agenda internacional de derechos humanos. Las respuestas de los países demuestran que, a nivel global, 98 por ciento de los países reportaron haber tomado acciones para abordar la violencia basada en el género (Sección 3.4). La medida más comúnmente adoptada en la categoría legal y legislativa fue la adopción de leyes y reglamentos contra la VBG (el 66 por ciento de los países). Adicionalmente, el 16 por ciento de los países promovieron el cumplimiento de estas leyes y reglamentos. Respecto a las medidas programáticas y administrativas, los países reportaron que habían prestado servicios de apoyo a las

victimias (el 40 por ciento); realizado acciones de IEC y de gestión y defensa en torno a la VBG (el 37 por ciento); habían establecido comisiones nacionales para tratar la VBG (el 37 por ciento); y habían entrenado a prestadores de servicios y a funcionarios de gobierno sobre el manejo de casos de VBG (el 24 por ciento). Otra medida reportada fue el establecimiento de mecanismos institucionales para el seguimiento y rendición de información sobre la VBG (el 24 por ciento).

El PdA hizo un llamado para que la educación universal primaria fuera una realidad en todos los países antes del año 2015. La Encuesta revela que, globalmente, el 93 por ciento de los países han logrado avances en reducir la brecha de género en la educación (Sección 3.5). De los 129 países que respondieron y reportaron algún grado de avance, el 22 por ciento indicó que la proporción de niñas con respecto a niños a nivel de educación primaria estaba aumentando. A nivel de educación secundaria, el 16 por ciento de los países reportaron que la proporción de niñas con respecto a niños está en aumento también. Las medidas iniciadas por los gobiernos para cerrar la brecha de género en la educación fueron: entrega de incentivos a las familias pobres para que envíen a las niñas a la escuela (21 por ciento); realización de campañas de IEC y de promoción y defensa de la igualdad de género en la educación (el 21 por ciento); promulgación de leyes y reglamentos que garanticen la igualdad de niños y niñas en la educación (18 por ciento); incorporación de temáticas de género en los programas de educación escolar (el 17 por ciento); e incrementar el número de escuelas para niñas a nivel secundario (el 12 por ciento).

Los resultados obtenidos sobre el acceso a la educación primaria y secundaria demuestran que a nivel global, el 96 por ciento de los países han tomado medidas para mejorar el acceso a la educación. La medida más común fue el acceso gratuito a la educación pública (40 por ciento), seguido del aumento en el gasto público destinado a las escuelas (41 por ciento) y el establecimiento de educación primaria de carácter obligatorio para niños y niñas (32 por ciento). Otras de las medidas adoptadas incluyen la provisión de incentivos a familias pobres a fin de que envíen a sus hijos e hijas a la escuela (20 por ciento) y la provisión de educación secundaria de manera gratuita (19 por ciento).

El PdA indica que los cambios en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento tanto de hombres como de mujeres es una condición necesaria para lograr una relación armónica entre ellos. Las respuestas a una pregunta de la Encuesta Global

Invirtiendo en las personas

indican que se han logrado avances en esta área. Globalmente, el 82 por ciento de los países que respondieron reportaron haber adoptado medidas pertinentes para asegurar que se fomente entre los niños actitudes de mayor respeto hacia las mujeres y las niñas (Sección 3.6). Más de la mitad (el 54 por ciento) de los países mencionó el desarrollo, la evaluación y la revisión de libros de texto y del currículum escolar para incorporar temas relativos a la igualdad de género; casi una tercera parte (37 por ciento) reportó haber realizado campañas de IEC y de promoción y defensa de la igualdad de género; el 26 por ciento abogó por la igualdad de género en organizaciones; y el 15 por ciento desarrolló planes educativos sobre salud reproductiva y programas para adolescentes y jóvenes.

Respecto a las acciones implementadas para facilitar el apoyo de los hombres a los derechos de las mujeres y a su empoderamiento, el 70 por ciento de los países indicó haber tomado medidas en esta área. Las acciones indicadas incluyeron: campañas de IEC y de promoción y defensa para fomentar el apoyo de los hombres a las mujeres (54 por ciento); y la formulación de planes y programas alentando la participación masculina en la salud reproductiva (42 por ciento).

La Encuesta Global pidió a los países describir si el contexto cultural del país contribuía a la promoción de la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres o, si por el contrario, la limitaba. El 17 por ciento reportó que el contexto cultural alentaba el empoderamiento de las mujeres y el 8 por ciento reportó que las mujeres eran respetadas como madres y que los niños y las niñas eran tratados de manera similar, sin importar su género. 26 por ciento de los países mencionó que había discriminación de género en la división del trabajo.

C. DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

El objetivo de garantizar acceso voluntario universal a una gama completa de información y servicios de salud reproductiva antes

del año 2015 es un elemento central del Programa de Acción de la CIPD. El PdA y las *Acciones Clave* de la CIPD+5 describen un marco para la prestación de servicios de salud reproductiva dentro de los sistemas de salud, reconociendo la importancia de integrar la planificación familiar, el cuidado materno y los servicios preventivos de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA. Este capítulo da una visión general de los avances logrados en salud reproductiva y en derechos reproductivos tal

como lo reportaron los países en la Encuesta Global 2003.

De los 151 países, 145 brindaron respuestas a las preguntas sobre el respeto y ejercicio de los derechos reproductivos y, de esos, 131 países reportaron haber adoptado políticas, legislación o cambios institucionales a nivel nacional para hacer cumplir los derechos reproductivos (Sección 4.2). Muchos países han reportado la formulación de nuevas políticas, nuevos planes nacionales, programas o estrategias, o la aprobación de nueva legislación para hacer cumplir los derechos reproductivos. Este es un gran paso en la implementación del PdA de la CIPD. Una menor cantidad de países indicó haber llevado a cabo

estrategias de IEC o de promoción y defensa, o cambios institucionales, incluyendo la capacitación del personal sobre derechos reproductivos, aunque esto es básico para el cumplimiento del goce pleno de los derechos reproductivos. Pese a que los resultados en torno a derechos reproductivos de las Encuestas Globales de 1998 y del 2003 no son exactamente comparables, parecen existir indicios de avances significativos desde 1998 en esta área.

Los países reportaron haber utilizado una variedad de mecanismos para dar seguimiento a los derechos reproductivos y a los servicios de salud reproductiva (Sección 4.3). Algunos países han establecido instituciones nacionales de derechos humanos, incluyendo comisiones nacionales para dar seguimiento al respeto de los derechos humanos. Otros tienen ombudsmen de derechos humanos, y muchos dependen de los procedimientos de seguimiento previstos en los tratados internacionales de derechos humanos vinculantes, que sus gobiernos han ratificado.

Las respuestas a la Encuesta Global 2003, en particular en comparación con las Encuestas de 1993 y 1998, muestran que los países han hecho avances en lo referente a servicios e información en salud reproductiva y en temas de derechos reproductivos.

Resumen

Muchos países afirmaron que los derechos reproductivos se incluyen en sus informes de país ante los comités de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y de la Convención de los Derechos del Niño (CDI).

El PdA de la CIPD reconoce que los servicios de salud de primarios deberían incluir un paquete mínimo de planificación familiar, atención a la salud materna, y prevención y manejo de ITS, incluyendo el VIH/SIDA. De los 151 países, 136 respondieron haber desarrollado medidas para integrar los componentes de salud reproductiva en el sistema de atención primaria, de los cuales 93 reportaron diversas medidas (Sección 4.4). Ha habido un avance considerable en la integración de la salud reproductiva a los servicios de salud primarios a lo largo de los últimos 10 años: de los 136 países que informaron haber tomado tales medidas, 81 indicaron haber empezado a hacerlo después de la CIPD.

Durante la última década muchos países han emprendido la reforma al sector salud con la finalidad de mejorar su eficiencia, rentabilidad, calidad y respuesta a los y las usuarias. De los 120 países que han emprendido la reforma, 106 informaron que se incluyen aspectos de salud reproductiva como parte del paquete (Sección 4.5). Algunos países informaron que su paquete reconocen las necesidades de clientelas específicas, por ejemplo adolescentes y jóvenes (73 países); mujeres, en particular las embarazadas (58 países); o mujeres, hombres y jóvenes (44 países). Algunos países (20) informaron que el paquete incluía información, educación y comunicación sobre derechos reproductivos y salud reproductiva. Dos países dijeron que la inclusión de la salud reproductiva en su paquete les permitía aumentar las asignaciones presupuestarias para los derechos reproductivos y para la salud reproductiva.

El Programa de Acción reconoce la importancia del acceso a un conjunto de servicios e información integrados sobre salud

reproductiva. La Encuesta Global solicitó información sobre las medidas clave tomadas por los gobiernos para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad (Sección 4.6). De los 151 países analizados, 149 respondieron a la pregunta y 143 indicaron las medidas clave que han llevado a cabo para aumentar el acceso a los servicios de salud reproductiva. De entre éstos, 115 países reportaron haber tomado diversas medidas clave. Los países enfatizaron la necesidad de corregir la escasez de personal capacitado, en particular en partería y atención obstétrica primaria. Una serie de países ha introducido protocolos para estandarizar la calidad de los servicios, y muchos países han hecho esfuerzos para elevar el nivel de sus instalaciones de salud reproductiva.

Las respuestas a la Encuesta Global 2003 revelaron que 119 países reportaron haber tomado una o más medidas para mejorar la seguridad de la oferta de insumos de salud reproductiva, y 56 informaron sobre las múltiples medidas tomadas, avance significativo en comparación con los datos de la Encuesta de 1998.

La Encuesta Global 2003 incluyó una pregunta sobre las medidas clave tomadas por los países para aumentar las opciones en anticoncepción. De los 151 países, 143 respondieron a esta pregunta, y 126 indicaron haber tomado medidas clave, entre los cuales 88 tomaron medidas múltiples (Sección 4.7). El avance desde 1994 y desde la CIPD+5 es significativo, tanto en la cantidad de países que tomaron medidas importantes como en la variedad de medidas tomadas para aumentar la información sobre anticoncepción, así como el acceso a ésta, y para incrementar las opciones anticonceptivas.

El Programa de Acción y las *Acciones Clave* pusieron énfasis en la necesidad de que los servicios de

calidad fueran asequibles y accesibles para todas las personas que los necesiten o quieran usar, incluyendo una oferta adecuado y confiable de una variedad de métodos anticonceptivos y de otros insumos de salud reproductiva. Las respuestas a la Encuesta Global 2003 revelaron que 119 países reportaron haber tomado una o más medidas para mejorar la seguridad de la oferta de insumos de salud reproductiva, y 56 informaron sobre las múltiples medidas tomadas, avance significativo en comparación con los datos de la Encuesta de 1998 (Sección 4.8).

Invirtiéndose en las personas

La CIPD identificó a las complicaciones relacionadas con los partos y embarazos como una de las causas principales de mortalidad entre mujeres de edad reproductiva en muchas partes del mundo en desarrollo. La Encuesta Global pidió a los países informar sobre las medidas clave que han tomado para reducir la mortalidad y morbilidad maternas; 146 de 151 países respondieron. Entre ellos, 144 reportaron medidas específicas y un gran número de países (113) tomaron diversas medidas (Sección 4.9). Estas incluyeron: capacitación de proveedores de servicios de salud, servicios pre-natales y post-natales mejorados, creación de una red de clínicas de salud reproductiva y planificación familiar, provisión de servicios de atención materna para grupos vulnerables o para grupos en zonas remotas, y mejoramiento en la recolección de datos y mantenimiento de expedientes.

La investigación sobre enfermedades de transmisión sexual, así como su prevención y tratamiento se encuentran entre las acciones de salud reproductiva delineadas en el PdA de la CIPD. Casi todos los países que respondieron dijeron haber tomado medidas clave para prevenir y manejar infecciones de transmisión sexual, y 135 reportaron medidas múltiples (Sección 4.10). Las medidas tomadas incluyen: prevención de ITS, tratamiento y manejo de la provisión del servicio, campañas de IEC y de promoción y defensa de la prevención y tratamiento, establecimiento de una comisión nacional, o de una agencia, secretaría u oficina gubernamental, establecimiento de sistemas de vigilancia, iniciativas educativas dirigidas a poblaciones vulnerables, y mercadeo social de condones y medicamentos para el tratamiento de las ITS.

El PdA de la CIPD alentó a los países a prestar atención particular al impacto que tienen sobre la salud los abortos inseguros como un problema de salud pública, incluyendo el manejo de sus complicaciones. De los 151 países que respondieron a la Encuesta Global, 117 reportaron haber tomado medidas clave para prevenir y manejar las complicaciones del aborto inseguro (Sección 4.11). Algunos países indicaron que fortalecer sus servicios de planificación familiar constituía una medida clave para prevenir los abortos inseguros. Otros reportaron medidas (creación de lineamientos, capacitación, instalaciones) para mejorar el acceso a servicios post-aborto, tanto para manejar complicaciones como para prevenir que se repitan los abortos inseguros.

El fortalecimiento de las voces de los usuarios, en especial de las mujeres, y facilitar lazos más fuertes entre personas beneficiarias, proveedores y funcionarios locales es uno de los elementos centrales en la agenda de la CIPD. En respuesta a

una pregunta sobre medidas clave para involucrar a los beneficiarios en los servicios de salud reproductiva, 124 de 137 países indicaron haber tomado medidas clave, y 48 reportaron medidas múltiples (Sección 4.12). Algunos países han tomado medidas para evaluar las necesidades y opiniones de la población a través de audiencias públicas o encuestas al consumidor, o al involucrar a la comunidad y a la sociedad civil en la formulación de políticas o programas. Los países también han establecido grupos para la acción a nivel local; capacitado a trabajadores de la salud reproductiva para involucrar a los beneficiarios y responder a sus necesidades, y han desarrollado actividades informativas y de promoción y defensa dirigidas a la información y participación de la población beneficiaria.

Las respuestas a la Encuesta Global 2003, en particular en comparación con las Encuestas de 1993 y 1998, muestran que los países han hecho avances en lo referente a servicios e información en salud reproductiva y en temas de derechos reproductivos. No obstante, los resultados de la Encuesta también subrayan los retos que presenta la integración de los servicios de salud reproductiva al sistema de atención primaria de salud, en especial en el contexto de la reforma del sector salud (Sección 4.13). Las limitaciones comunes a todas las regiones incluyen financiamiento insuficiente y ausencia de sustentabilidad (64 países); carencia de proveedores de atención de la salud capacitados (38 países); falta de equipos e instalaciones (33 países); dificultad en el acceso a los servicios, en particular en zonas remotas, con frecuencia debida a una descentralización insuficiente (22 países); y una comunicación inadecuada (19 países). Los países también se refirieron a la desigualdad de género y a problemas en la provisión de servicios para hombres y adolescentes.

D. SALUD REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JOVENES

Casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años, la generación de jóvenes más grande de la historia. Desde 1994, los países han adquirido cada vez mayor conciencia de la importancia de garantizar que existan políticas dirigidas al derecho a la salud y a las necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes; de introducir educación para la salud, incluyendo habilidades para la vida para jóvenes, tanto dentro como fuera del sistema escolar; y de proveer de acceso a información, educación y servicios de salud reproductiva.

Resumen

El 92 por ciento de los países que respondieron indicó haber tomado al menos una medida dirigida a la salud reproductiva y a los derechos reproductivos de los y las adolescentes, incluyendo acceso a información sobre derechos reproductivos y salud reproductiva (Sección 5.2). En cuanto a políticas y medidas legislativas, 34 por ciento de los países ha desarrollado e implementado políticas sensibles a la salud reproductiva de los y las adolescentes; 27 por ciento ha desarrollado e implementado leyes y/o reglamentos sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de adolescentes; y 9 por ciento ha ratificado las convenciones de las Naciones Unidas. En cuanto a medidas programáticas y estratégicas, los países indicaron: formulación de planes y programas nacionales (62 por ciento) que incluyen derechos reproductivos y las necesidades en salud reproductiva de los y las adolescentes; utilización de campañas de IEC y de promoción y defensa de temas sobre adolescentes (33 por ciento); integración de educación en salud reproductiva en el currículo escolar (26 por ciento); y el establecimiento de una comisión nacional sobre adolescentes y jóvenes (22 por ciento).

Para poder implementar el PdA de la CIPD en términos de promover el bienestar de los y las adolescentes, aumentar la igualdad y equidad de género, y alentar un comportamiento sexual responsable, se está dando una atención cada vez mayor a la educación tanto formal como informal en temas de población y salud (Sección 5.3). Los resultados de la Encuesta Global 2003 indicaron que 140 (93 por ciento) de los 151 países han tomado al menos una medida para introducir la educación en salud, incluyendo habilidades para la vida, en el currículo escolar así como en programas para jóvenes que no asisten a la escuela. Las medidas más comunes fueron: (a) integración del currículo escolar en torno a salud reproductiva y habilidades para la vida (89 por ciento); (b) programas y clínicas para jóvenes que no asisten a la escuela (39 por ciento); (c) capacitación sobre salud reproductiva para maestros y otro personal escolar (26 por ciento); y (d) programas de educación entre pares (19 por ciento).

A partir de la CIPD y en particular de la CIPD+5, ha habido un avance considerable en la provisión de información de salud reproductiva para adolescentes y en la manera en que jóvenes y adolescentes asisten a los servicios (Sección 5.4). De los 151 países que respondieron a la Encuesta Global 2003, 133 (88 por ciento) reportaron haber actuado para proveer de acceso a la información sobre salud reproductiva a adolescentes. Estas medidas incluyeron: (a) IEC y/o promoción y defensa (54 por ciento); (b) formulación e implementación de planes, programas y estrategias de educación a nivel nacional (35 por ciento);

(c) programas de educación entre pares (29 por ciento); y (d) el uso de los medios tales como TV y radio para transmitir información sobre salud reproductiva (28 por ciento).

El PdeA de la CIPD provee de una clara recomendación a los países respecto de otorgar a los y las adolescentes acceso a servicios de salud reproductiva asequibles, confidenciales, sensibles al género y a la edad. De los 151 países que respondieron a la Encuesta Global, 136 (90 por ciento) están llevando a cabo acciones para proveer a adolescentes y a jóvenes acceso a servicios de salud reproductiva (Sección 5.5). De éstos, 78 países (57 por ciento) reportaron haber establecido servicios receptivos a los jóvenes.

Otras medidas destacadas fueron: la elaboración de planes y programas para proveer de servicios de salud reproductiva a adolescentes (34 por ciento); provisión de consejería sobre salud reproductiva a adolescentes (27 por ciento); IEC y promoción y defensa de servicios de salud reproductiva para adolescentes (27 por ciento).

Los países también han tomado medidas para proveer de capacitación en habilidades para la vida a jóvenes y adolescentes. 130 (86 por ciento) de los 151 países están desarrollando acciones para apoyar el desarrollo integral de la gente joven (Sección 5.6). Las medidas tomadas incluyen: (a) provisión de un sistema educativo relevante y de educación en habilidades vocacionales y empresariales (61 por ciento de los países tomaron al menos una de estas medidas); (b) provisión de educación vocacional y empresarial para jóvenes que no asisten a la escuela

A partir de la CIPD y en particular de la CIPD+5, ha habido un avance considerable en la provisión de información de salud reproductiva para adolescentes y en la manera en que jóvenes y adolescentes asisten a los servicios.

Invirtiéndose en las personas

(55 por ciento); (c) creación de empleos, por parte del gobierno, para jóvenes (33 por ciento); y (d) provisión de capacitación empresarial a los jóvenes por ONGs (18 por ciento).

La participación de jóvenes en el desarrollo de políticas y programas se ha alentado desde la Conferencia del Cairo.

El PdA de la CIPD recomendó que los jóvenes se involucraran activamente en la planeación, implementación y evaluación de actividades de desarrollo que tuvieran un impacto directo sobre sus vidas cotidianas, en particular en actividades relativas a su salud reproductiva, incluyendo la prevención de embarazos tempranos, la prevención del VIH/SIDA y

de otras infecciones de transmisión sexual. De los 151 países que respondieron a la Encuesta Global, 118 (78 por ciento) estaban llevando a cabo acciones para asegurar la participación de los y las jóvenes en el desarrollo de políticas y programas (Sección 5.7).

Las medidas tomadas en este aspecto incluyeron: (a) la participación de adolescentes y jóvenes en la formulación e implementación de proyectos (el 64 por ciento de los países tomaron al menos una medida); (b) participación de los y las adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas (47 por ciento); (c) establecimiento de foros para jóvenes para recabar información (28 por ciento); y (d) promoción de organizaciones o grupos de jóvenes como canal para su participación (19 por ciento).

A la pregunta de cómo contribuye el contexto cultural del país a la promoción de la salud reproductiva de las y los adolescentes, 70 países (46 por ciento) de 151 respondieron (Sección 5.9). La religión se mencionó como factor que contribuye a la promoción de la salud reproductiva de los y las adolescentes en algunos países. Se da información sobre salud reproductiva como parte de las enseñanzas de algunas religiones. A la pregunta de cómo limita el contexto cultural la promoción de la salud reproductiva de los y las adolescentes en el país, 120 países (79 por ciento) respondieron. Muchos países hablaron de la carencia informativa de cara a los y las jóvenes e informaron que se considera inapropiado mantener charlas que abiertamente discutan

temas sobre comportamiento sexual y salud reproductiva, o que esto es algo que no se hace (43 por ciento). Además, se reportó que la oposición religiosa puede a veces evitar que los jóvenes busquen servicios de salud reproductiva (23 por ciento).

E. VIH/SIDA

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que sólo en el 2003, tres millones de personas murieron de SIDA; en el mismo año, el número de huérfanos por SIDA se elevó a 14 millones, 11 millones de los cuales viven en el África sub-Sahariana. Hay indicios de que las infecciones de VIH no disminuyen. El número de personas que viven con VIH y SIDA continúa aumentando, de manera más acentuada en el África sub-Sahariana pero también en Asia, el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central, lugares en que se expanden los casos a niveles epidémicos. En el 2003, más de cinco millones de personas fueron infectadas — la mitad personas jóvenes de entre 15 y 24 años — y son ahora parte de los 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA en todo el planeta. Como el VIH/SIDA es un componente clave de la salud reproductiva y un factor crítico que influye en el logro de las metas de la CIPD, así como de los ODM, la Encuesta Global 2003

intentó recabar información sobre las medidas y acciones que tomaron los países de cara a esta epidemia.

La Encuesta Global 2003 pidió a los países que describieran estrategias exitosas utilizadas para enfrentar la pandemia del VIH/SIDA (Sección 6.2). Los hallazgos en conjunto se clasificaron en tres grupos distintos: (a) formulaciones de planes, políticas o estrategias; (b) adopción de enfoques preventivos; y (c) actividades de apoyo. De aquellos países que respondieron a la Encuesta, el 74 por ciento reportó la adopción de una estrategia nacional para hacer frente al VIH/SIDA; 36 por ciento afirmó tener estrategias específicas destinadas a grupos vulnerables y de alto-riesgo; 18 por ciento indicó haber adoptado una

Los hallazgos de la Encuesta Global 2003 también indicaron que un número creciente de países ha introducido un enfoque más multi-sectorial para hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA involucrando a una amplia gama de ministerios, complementado a su vez con una mayor participación de las ONGs.

Resumen

política específica sobre el VIH/SIDA; y 16 por ciento reportó haber aprobado leyes o reglamentos en apoyo a los esfuerzos en torno al VIH/SIDA.

En la última década, muchos países en desarrollo han establecido comisiones nacionales de SIDA y han desarrollado políticas y programas para hacer frente al impacto de la pandemia. Además, hay muchos casos en los países en desarrollo en que los Jefes de Estado están directamente involucrados en encabezar la lucha contra el VIH/SIDA. Los hallazgos de la Encuesta Global 2003 también indicaron que un número creciente de países ha introducido un enfoque más multi-sectorial para hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA involucrando a una amplia gama de ministerios, complementado a su vez con una mayor participación de las ONGs.

Las estadísticas globales reflejan sólo una fracción de la realidad del VIH/SIDA. La dinámica de la epidemia puede variar significativamente entre regiones e incluso al interior de las mismas. Es por tanto esencial que el desarrollo de estrategias y programas tomen en cuenta los factores impulsores específicos y los factores que dificultan la implementación de prevención, cuidados y tratamiento efectivos, así que garanticen una acción que de resultados.

En tanto que la mayor parte de las personas infectadas por el VIH/SIDA vive en África, la pandemia afecta a personas de todas las regiones del mundo. La segunda tasa de infección regional más alta se ubica actualmente en el Caribe, y el VIH/SIDA ya se ha establecido por completo en América Latina. En las regiones de Europa Central, Oriental y en la CEI, la cantidad de nuevas infecciones se eleva desmesuradamente. En tanto que actualmente hay tasas de incidencia comparativamente bajas en algunos países de Asia y del Pacífico, así como en los Estados Árabes, las cifras de personas infectadas podrían descontrolarse súbitamente. Incluso los países que apenas tienen algunas infecciones hoy día, podrían enfrentar, de pronto, un problema serio.

Con base en las respuestas a la Encuesta Global, es evidente que una gran proporción de los países toma en cuenta la pre-

vención del VIH/SIDA (Sección 6.3). Las medidas programáticas reportadas incluyen información, educación y comunicación; control de sangre; consejería y análisis voluntarios (CPV); prevención y tratamiento de VIH/SIDA y otras ITS; promoción del uso del condón; vigilancia (tanto epidemiológica como del comportamiento); reducción de daños; atención, tratamiento y apoyo de personas infectadas y afectadas; creación de capacidades combinada con el fortalecimiento de la infraestructura en salud; eliminación del estigma y la discriminación; participación creciente de la gente que vive con VIH/SIDA; promoción y defensa y otras medidas de apoyo; y seguimiento y evaluación.

Se ha vuelto cada vez más aparente que, en vista de los

limitados recursos de muchos de los países afectados por la pandemia del VIH/SIDA, las intervenciones deberían dirigirse hacia quienes están en mayor riesgo de infección (Sección 6.4). En la Encuesta Global se intentó obtener información sobre el trabajo enfocado en los grupos de alto riesgo y vulnerables en las estrategias nacionales de prevención. Un total de 131 países reportaron efectuar intervenciones dirigidas a las poblaciones en grupos de alto riesgo, grupos vulnerables y otros en riesgo de infección.

Los datos muestran que entre los grupos de alto riesgo, la proporción más grande de países reportaron acciones dirigidas a trabajadores y

trabajadoras sexuales (73 por ciento), seguido de acciones dirigidas a usuarios de drogas inyectables (31 por ciento) y conductores de camiones que viajan distancias largas (24 por ciento). Entre los grupos vulnerables, el porcentaje de acción reportada es más alta para adolescentes y jóvenes (62 por ciento), seguido de mujeres embarazadas y sus parejas (28 por ciento), mujeres (14 por ciento) y niños y niñas de la calle (5 por ciento). Entre otros grupos en riesgo y vulnerables, el 18 por ciento de los países señaló haber puesto en práctica acciones dirigidas a soldados y personal de servicio uniformado, y 12 por ciento a trabajadores migrantes.

Los resultados de la Encuesta Global 2003 revelaron que las prácticas culturales y otros factores específicos a los países

Se ha vuelto cada vez más aparente que, en vista de los limitados recursos de muchos de los países afectados por la pandemia del VIH/SIDA, las intervenciones deberían dirigirse hacia quienes están en mayor riesgo de infección.

Invirtiéndose en las personas

pueden jugar un papel facilitador o limitante en cuanto a la pandemia del VIH/SIDA (Sección 6.5). Un total de 73 países (48 por ciento) reportaron que el entorno cultural ha jugado un papel facilitador en sus países en los esfuerzos por dirigirse a diversos aspectos del VIH/SIDA; 23 por ciento reportó que las actitudes sociales y culturales promovieron la participación de la comunidad, 16 por ciento afirmó que las creencias religiosas de sus países tenían el potencial para reducir los comportamientos de riesgo entre la población, 14 por ciento sentía que la cultura promovía un retardo en el inicio de la actividad sexual entre sus jóvenes, y 8 por ciento aseveró que el modelo de familia extendida de su cultura ha colaborado en la atención y cuidado de los individuos seropositivos de su población.

Un total de 121 países (80 por ciento) reportaron que los factores sociales y culturales de sus países ejercían una influencia que limitaba los esfuerzos contra la pandemia del VIH/SIDA. El 32 por ciento afirmó que debido a limitaciones culturales, no había una discusión y diálogo abiertos sobre temas relacionados con el VIH; 28 por ciento aseveró que debido al estigma y exclusión de la gente que vive con VIH/SIDA, a menudo era difícil llegar a las personas afectadas; 23 por ciento afirmó que había una falta de percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA en sus países; 19 por ciento sentía que las prácticas tradicionales sociales y culturales constituían un obstáculo, y 13 por ciento citó el bajo estatus de las mujeres en sus países como un impedimento.

F. PROMOCIÓN Y DEFENSA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Este capítulo se centra en las estrategias que los países han seguido para crear un medio que permita a las personas tomar decisiones responsables, informadas, saludables y voluntarias con relación a su salud sexual y reproductiva. Las acciones clave identificadas en la Encuesta Global incluyeron esfuerzos por influir la agenda nacional de desarrollo para garantizar atención

a cuestiones de población, salud sexual y reproductiva, el VIH/SIDA y género, y para crear un compromiso político en torno a los cambios de programas y políticas, la asignación de recursos y la puesta en práctica de programas.

92 por ciento de los países reportó haber seguido una o más estrategias exitosas de promoción y defensa y otras medidas para promover comportamientos responsables y saludables en salud reproductiva, en especial entre grupos de alto riesgo (Sección 7.1). Estas medidas incluyen la promoción y defensa, campañas de IEC y de cambio de comportamiento (68 por ciento); actividades orientadas a grupos de jóvenes, mujeres y hombres en situación de vulnerabilidad (32 por ciento); y

campañas de medios en radio y televisión (23 por ciento). En muchos casos, estas estrategias fueron complementadas por esfuerzos educativos tales como educación entre pares en temas de salud reproductiva (23 por ciento) y la introducción de educación para la salud en los programas de estudio (22 por ciento).

Cuando se les pidió que describieran sus estrategias de promoción y defensa específicamente relacionadas con la implementación del PdA de la CIPD, los países reportaron el cabildeo como la estrategia más usada para lograr cambios legislativos y nuevas leyes relacionadas con el PdA de la CIPD (60 países), el establecimiento de entidades locales para la promoción

y defensa (45 países), y el desarrollo de estrategias nacionales y regionales para la promoción y defensa (37 países).

En cuanto a la expansión de la cobertura de temas sobre derechos reproductivos y salud reproductiva en los medios de comunicación, orientados a un cambio de actitudes y comportamiento, un alto número de países reportó el uso de medios electrónicos (radio, televisión e Internet) para tratar temas de salud reproductiva (81 por ciento), seguido por el uso de materiales impresos, tales como periódicos, revistas, carteles y hojas informativas (59 por ciento). También se emitieron mensajes a través de canales de comunicación creativos, tales como conciertos, teatro de la calle, obras de teatro y seminarios locales

Noventa y dos por ciento de los países reportaron haber seguido una o más estrategias exitosas de promoción y defensa y otras medidas para promover comportamientos responsables y saludables en salud reproductiva, en especial entre grupos de alto riesgo.

Resumen

(32 por ciento), así como a través de la celebración de días dedicados a algún tema en particular (13 por ciento). Una cantidad significativa de países (30 por ciento) mencionó la capacitación en temas de salud reproductiva de trabajadores nacionales y locales de los medios.

Las nuevas tecnologías de información y comunicación se han utilizado cada vez más para aumentar el acceso a la información y proveer de información sobre salud y derechos reproductivos de manera descentralizada e interactiva. La mayoría de los países informaron haber establecido líneas telefónicas (“hotlines”) que dan información sobre temas de salud reproductiva, o programas de radio y televisión a los que se podía llamar telefónicamente (58 por ciento). Muchos países también crearon sitios de Internet para que las personas accedieran a información sobre salud reproductiva (47 por ciento). El establecimiento de centros de computación en pequeños poblados, indicado por el 14 por ciento de los países, ha permitido que un número mayor de gente tenga acceso a información sobre la temática de salud reproductiva, incluyendo el VIH/SIDA. Las tecnologías de la comunicación también han ayudado a diseminar información sobre temas de salud reproductiva durante la celebración de los días dedicados a temas en particular, y se han utilizado para instalar sistemas de manejo de información para apoyar programas de salud reproductiva y el empoderamiento de mujeres y jóvenes.

Unos 45 países señalaron impedimentos de tipo financiero y político, cuestiones programáticas y factores socio-culturales como retos a ser superados a fin de ejercer influencia sobre el cambio de actitud y comportamiento. El obstáculo reportado con mayor frecuencia fue recursos financieros limitados (36 por ciento). Otras limitaciones incluyeron actitudes sociales y culturales (33 por ciento); falta de voluntad política (20 por ciento); oposición religiosa (18 por ciento); falta de recursos humanos (18 por ciento); carencia de mecanismos de seguimiento y evaluación (13 por ciento); falta de coordinación entre agencias (11 por ciento); y falta de equipo y capacitación (7 por ciento).

G. ALIANZAS Y RECURSOS

Este capítulo pone de relieve las iniciativas que ha habido a nivel de país para involucrar a la sociedad civil y al sector privado en el logro de los objetivos y acciones planteados en el PdA y en las *Acciones clave* de la CIPD, así como las tendencias actuales en cuanto a movilización de recursos para la consecución de estas metas. Ya que la creación de alianzas entre gobiernos y sociedad civil es también una estrategia clave y meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los esfuerzos por alcanzar los fines del PdA de la CIPD también contribuyen a alcanzar los ODM.

Se pidió a los países que respondieron la Encuesta Global 2003 que describieran al menos un esfuerzo específico exitoso por involucrar a la sociedad civil en los programas de población y de salud reproductiva. También se les pidió que informaran sobre los mecanismos establecidos, en caso de que lo hayan hecho, para coordinar sus esfuerzos en programas de población y salud

reproductiva con los de las ONGs y otros integrantes de la sociedad civil. El 95 por ciento de los países que respondió (143 de 151 países) reportó sobre al menos un esfuerzo exitoso de fortalecimiento de alianzas con organizaciones de la sociedad civil de cara a la implementación del PdA de la CIPD (Sección 8.2).

Algunos ejemplos de alianzas que tuvieron que ver con medidas de políticas y programáticas incluyeron: el desarrollo de planes y programas de población y de salud reproductiva (38 por ciento); creación de capacidades y entrenamiento en temas de población y salud reproductiva (22 por ciento);

establecimiento de comités de parlamentarios (21 por ciento); desarrollo de leyes y reglamentos sobre derechos reproductivos y salud reproductiva (13 por ciento) y elaboración de políticas de población (11 por ciento). Algunos países también mencionaron colaboración en la producción de investigación sobre población, así como de datos censales (3 por ciento). Los mecanismos de coordinación más comunes entre estas alianzas eran: vínculos entre comisiones nacionales de población y ONGs (39 por ciento); foros nacionales para ONGs (17 por ciento); y alianzas entre gobiernos locales y ONGs establecidas a nivel de la comunidad (15 por ciento).

El 95 por ciento de los países que respondió reportó sobre al menos un esfuerzo exitoso de fortalecimiento de alianzas con organizaciones de la sociedad civil de cara a la implementación del PdA de la CIPD.

Invirtiéndose en las personas

Un análisis regional de los hallazgos demuestra la frecuencia transversal y el valor de las alianzas entre gobiernos y ONGs para trabajar temas de población y de salud reproductiva. Se reportaron alianzas en más del 90 por ciento de los países que respondieron en cada región. Esto marca un incremento notable respecto de la revisión CIPD+5, de 1999, en la cual 49 de 114 países (43 por ciento) tomaron medidas para incorporar a la sociedad civil.

Una de las áreas de asociación entre gobiernos y sociedad civil más común es la participación de ONGs en el diseño e implementación de planes y programas de población y de salud reproductiva. Uno de los mecanismos de coordinación que más frecuentemente se cita en cuanto al diseño de planes y programas, fue contar con la representación de ONGs en comisiones, oficinas o ministerios nacionales de población (39 por ciento). Además de la representación directa de ONGs en organismos asesores de gobiernos, el 17 por ciento de los países reportó que involucra a la sociedad civil en la formulación de planes y programas de población mediante foros nacionales y alianzas con ONGs. Los gobiernos también informaron que involucran a ONGs de nivel comunitario en los organismos locales de toma de decisiones (15 por ciento).

Los países que respondieron a la Encuesta Global también reportaron numerosas alianzas exitosas con ONGs en el desarrollo de políticas, leyes y reglamentos en torno a población y salud reproductiva. Globalmente, casi una cuarta parte (24 por ciento) de los países que respondieron indicaron haber tenido alianzas exitosas con la sociedad civil en la formulación y adopción de políticas o legislaciones nacionales sobre población. Muchos países también reportaron alianzas con grupos parlamentarios y con socios del sistema de las Naciones Unidas.

Las alianzas entre gobiernos y organizaciones de la sociedad civil cubren una amplia variedad de temas sustantivos. Los siguientes son ejemplos no exhaustivos de los temas que cubren dichas alianzas: atención a las necesidades especiales de las personas mayores y de las personas migrantes internas e internacionales; protección de los derechos de niñas y mujeres; seguimiento a los derechos humanos; aumento del acceso a

información, servicios e insumos de salud reproductiva de calidad; reducción de la mortalidad y morbilidad maternas; prevención de VIH/SIDA; y seguimiento del avance de la CIPD y ODM a nivel nacional. Los países también reportaron alianzas con ONGs en IEC y en la construcción de capacidades y entrenamiento para llegar a las comunidades, y en el resguardo de la oferta de insumos para salud reproductiva.

Además de construir alianzas con la sociedad civil, los gobiernos han incrementado su colaboración con el sector privado, el cual puede jugar un papel importante en áreas tales como la garantía de la oferta de insumos para la salud reproductiva, prestación de servicios, mercadeo social de anticonceptivos, y la promoción de la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los y las jóvenes, mujeres y otros grupos.

La Encuesta Global 2003 pidió a los gobiernos que reportaran qué medidas habían tomado para incluir al sector privado en actividades de población y de salud reproductiva. De los 151 países, 113 (75 por ciento) respondieron que han desarrollado acciones para involucrar al sector privado (Sección 8.3). Esta cifra subraya el rápido desarrollo de alianzas gubernamentales con este sector durante los últimos cinco años, en especial com-

parada con los resultados de la encuesta de 1999, que indicaban que sólo el 8 por ciento de los países que respondieron había tomado medidas significativas para involucrar al sector privado en actividades de salud reproductiva y de población.

Los esfuerzos de asociación con el sector privado que más se indicaron fueron: provisión de anticonceptivos y de servicios de salud reproductiva (49 por ciento); patrocinio del sector privado de campañas de mercadeo social y de programas de extensión a las comunidades (47 por ciento); patrocinio del sector privado de actividades de IEC y de promoción y defensa de temas de salud reproductiva (42 por ciento); y representación del sector privado en organismos de coordinación gubernamentales en torno a población y en temas de salud reproductiva (30 por ciento). Algunos países también informaron sobre la provisión, por parte del sector privado, de ayuda financiera para actividades de salud reproductiva (12 por ciento).

Globalmente, más del 80 por ciento de los países reportó que los recursos disponibles no eran suficientes para cubrir sus necesidades de salud reproductiva.

Resumen

La movilización de recursos es una parte importante de la agenda del Cairo. La Encuesta Global pidió a los gobiernos que informaran sobre el nivel de recursos locales e internacionales disponibles en sus países para programas de población y de salud reproductiva, y que evaluaran si estos recursos eran suficientes para hacer frente a sus necesidades de salud reproductiva a nivel nacional. También se pidió a los países que informaran sobre sus enfoques respecto a la recuperación de costos, maximización de su capacidad de absorción, y otras maneras de utilizar al máximo los recursos disponibles. Las principales limitaciones para maximizar los recursos disponibles también se reportaron.

Globalmente, más del 80 por ciento de los países reportó que los recursos disponibles no eran suficientes para cubrir sus necesidades de salud reproductiva. También indicaron que sus capacidades de absorción eran frecuentemente inadecuadas para la maximización de los recursos disponibles. Pese a estas tendencias, el 82 por ciento de los países en desarrollo y en transición reportó haber desarrollado algún tipo de acción para incrementar los recursos locales para los programas de población y de salud reproductiva, lo que pone de manifiesto su compromiso con el cumplimiento del PdA de la CIPD. Sin embargo, de manera general, la mayoría de los países reportaron haber podido lograr solamente pequeños incrementos al financiamiento debido a las difíciles circunstancias económicas por las que muchos de estos países atraviesan.

En medio de esta escasez de recursos, muchos países están buscando estrategias innovadoras para maximizar e incrementar los recursos disponibles, incluyendo el fortalecimiento de las alianzas y poniendo en práctica estrategias de recuperación de costos, así como de costos compartidos.

El 84 por ciento de los países que respondieron a la Encuesta Global reportó haber movilizado ayuda internacional para la implementación de programas de población y de salud reproductiva. Muchos países reportaron esfuerzos por maximizar recursos mediante alianzas con agencias internacionales (incluidos miembros del sistema de las Naciones Unidas), bancos de desarrollo, acuerdos bilaterales entre gobiernos y organizaciones de desarrollo de países donantes.

La Encuesta Global 2003 también pidió a los países que informaran cuáles eran las limitaciones a que se enfrentaban para maximizar el impacto de los recursos disponibles para programas de población y de salud reproductiva. Más de 67 países informaron que enfrentaban dificultades, entre las más frecuentes: falta de recursos financieros (44 países); falta de recursos humanos y de capacitación profesional (28 países); y falta de materiales, equipo o instalaciones (13 países).

H. LA EXPERIENCIA DE LOS DONANTES

Al igual que en la Encuesta Global de 1998, en esta oportunidad se preparó un cuestionario por separado, más breve, para los países desarrollados que pertenecen al Comité para la Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación

Económica y el Desarrollo (OCED), a los que este informe se refiere como “países donantes”. La Encuesta tenía como objetivo conocer sus puntos de vista y experiencias en torno a la implementación del Programa de Acción (PdA) de la CIPD, incluyendo los retos a que se han enfrentado y los compromisos que han establecido para profundizar la implementación del PdA de la CIPD.

Las respuestas de 18 países cubren temas y preocupaciones sobre población enfrentados por los países donantes a partir

de la CIPD, así como las medidas adoptadas para hacerles frente; las acciones que han desarrollado en relación con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; las medidas llevadas a cabo para incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo las adoptadas para reducir la expansión del VIH/SIDA; y las alianzas entre países donantes y organizaciones de la sociedad civil, así como problemáticas relativas a la ayuda internacional, incluyendo los problemas y retos a que se enfrentan los países donantes para movilizar recursos en apoyo de la implementación del PdA de la CIPD. También se describe cómo los países donantes vinculan las metas de la CIPD con los marcos y procesos de desarrollo internacional. Varios países donantes informaron que usan los ODM como base para el desarrollo de programas y políticas que promueven la agenda de la CIPD.

Prácticamente todos los países donantes que respondieron a la Encuesta (16 de 18) mencionaron el envejecimiento poblacional

Varios países donantes informaron que usan los ODM como base para el desarrollo de programas y políticas que promueven la agenda de la CIPD.

Invirtiéndose en las personas

como una de las problemáticas importantes a que se enfrentan (Sección 9.2). Los países donantes reconocen que un reto constante es el desarrollo de políticas, programas y estrategias efectivas para responder a las necesidades específicas de los adultos mayores. Desde 1994, los países donantes han desarrollado una serie de grandes iniciativas orientadas a este tema. Estas iniciativas incluyen el desarrollo de políticas, fortalecimiento de instituciones, creación de capacidades en las áreas de educación continua y capacitación, apoyo a investigaciones y desarrollo de proyectos innovadores, incluyendo algunos que promueven arreglos alternativos de vida.

Respecto a la migración internacional, los países que respondieron plantearon una serie de temas y preocupaciones, incluyendo la integración social y económica de las personas migrantes, la reunificación familiar y temas relativos al tráfico de personas, inmigrantes ilegales, refugiados y personas que buscan asilo (Sección 9.2). Varios países mencionaron la importancia de la integración de los inmigrantes a las sociedades a las que han inmigrado. Las medidas que se han adoptado incluyen algunas dirigidas a promover igualdad de oportunidades en cuanto al acceso a empleo, vivienda, salud y educación, junto con otros beneficios y servicios sociales. Así mismo, desde la CIPD, una serie de países donantes han introducido cambios en sus políticas de reunificación familiar. Los países desarrollados recientemente han considerado a la migración como una respuesta a la escasez de mano obra a mediano plazo. Las iniciativas se han dirigido casi exclusivamente hacia inmigrantes muy calificados, lo que refleja una demanda en aumento de fuerza de trabajo calificada debido a cambios demográficos y al creciente proceso de globalización.

Un reto mayor al manejo de la migración mencionado por los países donantes es el tráfico de personas. Casi todos los países aprobaron leyes y reglamentos para combatir el tráfico y muchos ratificaron tratados internacionales sobre la materia. La mitad de los países que respondieron desarrollaron programas específicamente diseñados para combatir el tráfico. Muchos países examinaron las causas del tráfico de personas para poder tratar el tema de manera más efectiva. El 50 por ciento de los países que respondieron a la Encuesta proporcionó ayuda inter-

nacional para combatir el tráfico de mujeres, niños y niñas, en tanto que casi todos proveyeron servicios para las víctimas.

Pese a que la mayor parte de los países receptores reconocen las contribuciones positivas de la migración al desarrollo económico, social y cultural tanto de los países receptores como de los de origen, los crecientes niveles de inmigración ilegal y los continuos flujos de refugiados y de personas en busca de asilo siguen siendo objeto de gran preocupación. Muchos países donantes son de la opinión de que se requiere de mayor cooperación internacional para manejar la migración de manera efectiva.

En el área de igualdad y equidad de género, los países donantes reportaron que se han hecho esfuerzos desde El Cairo para proteger los derechos de niñas y mujeres y para promover el empoderamiento de las mujeres (Sección 9.3). Doce países aprobaron nuevas leyes y reglamentos para la protección de los derechos de niñas y mujeres. Estos se centraron en el tráfico y explotación de mujeres; en asegurar la igualdad de género en la sociedad (incluyendo educación y representación parlamentaria); en el cumplimiento de la igualdad de género en el lugar de trabajo (incluidos los permisos para madres y padres y salarios iguales); y en las leyes en contra del acoso sexual. Algunos países también han establecido comisiones o agencias de mujeres al interior de las estructuras de gobierno.

Los países donantes también reportaron que cuentan con estrategias nacionales para tratar el tema de la violencia con base en el género. Doce países han promulgado leyes y reglamentos en este sentido, y muchos países donantes han establecido mecanismos institucionales en sus sistemas legales y jurídicos. Casi la mitad de los países que respondieron proporcionan servicios a las víctimas de la VBG. Siete países están trabajando para crear conciencia y efectuar acciones en comunicación para el cambio de comportamiento en torno a la VBG. Así mismo, se imparte capacitación a proveedores de servicios y funcionarios gubernamentales.

A partir de la CIPD, los países donantes han trabajado en una serie de temas de salud reproductiva. Los temas prioritarios identificados en la Encuesta Global 1998 se reportaron también en la Encuesta 2003. Estos incluyen la disminución en los embarazos no planeados o deseados, la necesidad de consejería y servicios para grupos de alto riesgo, y la prevención del

Parece haber un ímpetu constante para la implementación del PdA de la CIPD en los países donantes desde El Cairo.

Resumen

VIH/SIDA y de otras ITS. El 94 por ciento de los países donantes ha reportado que los estándares de calidad con respecto a la atención en salud reproductiva han mejorado desde la CIPD, en especial en las áreas de creación de capacidades entre las personas y desarrollo institucional.

Los países donantes también han continuado su apoyo a la problemática de la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, incluyendo la fecundidad adolescente; la creciente incidencia de ITS; y el abuso de sustancias. Las medidas tomadas para abordar estos temas incluyen la provisión gratuita o subsidiada de anticonceptivos, y la provisión de consejería y de información y servicios en salud reproductiva en un medio receptivo para los y las jóvenes y adolescentes. Los países donantes también han trabajado cada vez más en torno a las necesidades de salud reproductiva de las personas migrantes y de las poblaciones indígenas.

En cuanto a la lucha contra el VIH/SIDA, los países donantes describieron una serie de acciones que han contribuido a que haya una respuesta integral ante la pandemia, incluyendo la disponibilidad de financiamiento para la investigación y programas de prevención del VIH/SIDA, acceso a atención y tratamiento, redes de apoyo organizadas, avance en los derechos humanos, y el uso de nuevas tecnologías para elevar la conciencia en torno al VIH/SIDA y diseminar información pertinente (Sección 9.6). Los países donantes han desarrollado estrategias y políticas nacionales que toman en consideración la necesidad de una respuesta multisectorial e integral. Muchos países han desarrollado alianzas también con autoridades locales, ONGs, expertos médicos y organizaciones internacionales para combatir la propagación del VIH.

Los países donantes se centraron en grupos de alto riesgo a través de campañas de información, educación y comunicación y de esfuerzos para la provisión de servicios. También promulgaron leyes y reglamentos para proteger los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Los países donantes han integrado consejería y análisis para las ITS, consejería en planificación familiar, y cuidados prenatales a los programas de VIH/SIDA, con la finalidad de alcanzar a un mayor número de personas, de reducir el estigma asociado al VIH/SIDA, y

de incrementar el uso eficiente de los limitados recursos para el cuidado de la salud.

Resulta claro a partir de las respuestas de los países a la Encuesta Global, que los países donantes, tanto como sus asociados en los países en desarrollo, se alían cada vez más con organizaciones de la sociedad civil para colaborar en la provisión de información y servicios de salud reproductiva (Sección 9.7). La mayor parte de los países donantes (15 de 18) reportaron mantener alianzas activas con ONGs. Esto muestra un incremento significativo desde la Encuesta Global 1998, en la que aproximadamente la mitad de los países donantes indicaron haber tomado medidas significativas respecto a dichas alianzas. Además, cinco países informaron que las ONG están jugando papeles más activos en sus alianzas con los gobiernos, en particular en temas de salud reproductiva, desde la implementación del PdA de la CIPD.

Parece haber un ímpetu constante para la implementación del PdA de la CIPD en los países donantes desde El Cairo (Sección 9.8). Casi todos los países, de 18 que respondieron a la Encuesta, han revitalizado sus programas de salud reproductiva, incluyendo una creciente atención a las necesidades en salud reproductiva de adolescentes, jóvenes, migrantes e indígenas; la disponibilidad de servicios de salud reproductiva de alta calidad e integrales; y la capacitación a proveedores de servicios de salud. Los países donantes, no obstante, siguen preocupados por las problemáticas emergentes tales como las necesidades especiales de las personas mayores; el aumento de la inmigración ilegal; el tráfico de personas; y los continuos flujos de refugiados y de personas en busca de asilo.

IMPLICACIONES

La Encuesta Global 2003 recogió una gran cantidad de información sobre los tipos de actividades que los países desarrollaron para implementar las recomendaciones del PdA de la CIPD y las Acciones Clave de CIPD+5. Los hallazgos que aquí se presentan, así como los incluidos en los capítulos del informe, demuestran la naturaleza de los avances conseguidos y de las limitaciones enfrentadas por los países. Las implicaciones para el futuro de éstos y de otros hallazgos se encuentran en el Capítulo 10.

Réferencias

- 1 N. de la T.- la traducción de "empowerment" como "empoderamiento" es ampliamente aceptada y en el contexto de los estudios de género se prefiere a "potenciación", que en ocasiones se emplea en documentos del UNFPA.

1 Introducción

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD) articuló una visión nueva y audaz sobre la relación entre la población, el desarrollo y el bienestar humano. De acuerdo con dicha visión, los esfuerzos por abordar los temas población y salud reproductiva debían jugar un papel clave en las acciones de erradicación de la pobreza y en el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas. La Conferencia, que se llevó a cabo en El Cairo, Egipto, también significó un cambio de paradigma que se alejaba de las medidas de control poblacional y de metas demográficas promovidas por las políticas de población tradicionales, y se aproximaba a una revolución social basada en las necesidades y aspiraciones individuales e implementada dentro de un marco de derechos humanos. En la CIPD, 179 países acordaron que la población y el desarrollo están vinculados inextricablemente, y que el empoderamiento de las mujeres y la atención a las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, son elementos fundamentales en el logro de un desarrollo sustentable en sus dimensiones económica, social y ambiental. La CIPD adoptó un Programa de Acción a 20 años (CIPD PdA) el cual fue elaborado sobre la base del éxito de las décadas anteriores, a la vez que abordaba las necesidades de los primeros años del siglo veintiuno.

El PdA de la CIPD recomendó una serie de metas y objetivos interrelacionados para cumplirse hacia el año 2015¹. Estos incluyen: acceso universal a los servicios integrales de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual; reducciones en las tasas de mortalidad infantil y materna; acceso universal a la educación básica, especialmente para las niñas; y la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres.

En 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas convino una Sesión Extraordinaria (conocida como CIPD+5) para examinar los avances realizados en la consecución de los objetivos de la CIPD. La evaluación reafirmó la validez del PdA de la CIPD, buscó mejorar su seguimiento y facilitar

el establecimiento de prioridades, y subrayó la importancia de abordar los temas emergentes como el VIH/SIDA, el envejecimiento poblacional y la salud reproductiva de los y las adolescentes. La CIPD+5 adoptó una serie de Acciones Clave para la implementación del PdA de la CIPD. Las Acciones Clave incluyen un nuevo conjunto de indicadores en cuatro áreas: educación y alfabetización; servicios de salud reproductiva y las necesidades insatisfechas de anticonceptivos; la reducción de la mortalidad materna; y la reducción del VIH/SIDA². Muchas de las metas y objetivos de la CIPD fueron incorporados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados durante la Cumbre del Milenio en el año

2000 (la excepción fue el objetivo de acceso universal a los servicios de salud reproductiva). Esto es lógico, dado que los ODM, especialmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, no pueden alcanzarse si los temas de población y de salud reproductiva no se abordan de manera integral. El objetivo en torno a la salud reproductiva y los derechos reproductivos es fundamental para la promoción del desarrollo, para combatir la pobreza y para lograr las metas incluidas en los ODM. Contrariamente, una precaria salud reproductiva socava el desarrollo de diversas maneras incluyendo una disminución en la calidad de vida de las mujeres, debilitando, y en casos extremos amenazando, las vidas de las mujeres pobres durante sus años más productivos; y colocando pesadas cargas sobre familias y comunidades³.

Dado que el PdA de la CIPD está llegando a su punto medio en el año 2004, éste es un buen momento para que los países evalúen los avances alcanzados hasta la fecha. Una revisión integral y un diagnóstico de los avances, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, son esenciales para fortalecer los esfuerzos y para colaborar a acelerar su implementación hasta el final del ciclo de 20 años, en el 2015. Adicionalmente, esta revisión asume una mayor relevancia en el contexto de los retos en términos de desarrollo expuestos en la Declaración del Milenio, que se revisarán en el año 2005.

la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, no pueden alcanzarse si los temas de población y de salud reproductiva no se abordan de manera integral.

Tal como se encomendó en la resolución 49/128 de la Asamblea General sobre la CIPD, se espera que el UNFPA asista a los países en su revisión de las experiencias operativas en la implementación del PdA de la CIPD. Con ese propósito, el UNFPA llevó a cabo una Encuesta Global en 1998 y de nuevo en el 2003 para evaluar las experiencias nacionales a 5 y 10 años desde El Cairo. Ambas encuestas se dirigieron tanto a los países en desarrollo, y a los países con economías en transición (de ahora en adelante los países en transición), como a los países donantes. Tal como sucedió con la Encuesta Global de 1998, la Encuesta del 2003 se centra en las dimensiones operativas de los programas de población y de salud reproductiva, evalúa los avances que los países han logrado en la consecución de los objetivos de la CIPD, y resalta los retos que aún enfrentan.

1.1 LA CIPD Y OTRAS CONFERENCIAS GLOBALES DE LAS NACIONES UNIDAS

En los años 90 y aún más recientemente, a principios del siglo veintiuno, las conferencias y cumbres mundiales de las Naciones Unidas proveyeron de un foro para que los líderes mundiales lograran un consenso global sobre las metas y objetivos interrelacionados del desarrollo. La Encuesta Global 2003 cubre los objetivos que se relacionan directamente con aquellos de la CIPD. Por ejemplo, la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, de 1990, acogió el objetivo de mejorar las vidas de los y las niñas y adolescentes del mundo y de incrementar el respeto por sus derechos humanos⁴. El PdA de la CIPD reafirma este objetivo a través de cuatro grandes áreas: la educación de las niñas, la salud reproductiva de los y las adolescentes, la prevención del VIH/SIDA, y la reducción de la mortalidad materna. Cada una de estas áreas se aborda en la Encuesta.

La Declaración de Viena y el Programa de Acción adoptado por la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos de 1993 constituyeron pasos históricos para la promoción y protección de los derechos de la mujer⁵. Los derechos a la salud reproductiva, la igualdad de género y a una vida libre de la violencia sexual, todos promulgados en la Declaración de Viena, fueron subsecuentemente confirmados por la CIPD, lo que llevó al fortalecimiento de las leyes nacionales, así como de las políticas que promueven estos derechos humanos.

Tanto el PdA de la CIPD como la Plataforma de Acción adoptada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de 1995, celebrada en Beijing, enfatizaron el hecho de que el empoderamiento de las mujeres no es sólo un fin justificable en sí mismo, sino un componente básico del desarrollo sustentable⁶. En El Cairo y en Beijing los gobiernos acordaron mejorar el empoderamiento social, económico y político de las mujeres, incrementar su educación y mejorar su salud, incluyendo su salud reproductiva.

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en 1995, en Copenhague, reafirmó el PdA de la CIPD comprometiéndose con las estrategias para la reducción de la pobreza que cubrirían las necesidades humanas básicas, reduciría las desigualdades económicas y sociales, y proveería de formas sustentables de ganarse la vida⁷. Los países se comprometieron a crear un ambiente favorable al desarrollo social y la integración social.

La Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2001, sobre el VIH/SIDA, reafirmó los compromisos previamente acordados en el PdA de la CIPD y puso énfasis en la importancia central que la igualdad de género tiene en la prevención del VIH, en su atención y en su tratamiento. La Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de la Sesión Extraordinaria estableció metas fechadas a las cuales los gobiernos y las Naciones Unidas se comprometieron⁸.

Más recientemente, la Cumbre del 2003 sobre Desarrollo Sustentable, celebrada en Johannesburgo como seguimiento a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992, celebrada en Río de Janeiro, reafirmó los compromisos asumidos durante la CIPD y otras conferencias globales. La Declaración de la Cumbre validó los vínculos entre servicios de salud y derechos humanos. El Plan de Implementación confirmó los componentes estratégicos de la CIPD. Entre estos componentes se encuentran el acceso a información y servicios para la planificación familiar, la maternidad sin riesgos, la prevención de infecciones sexualmente transmitidas (IST), incluyendo el VIH/SIDA, y la eliminación de la coerción sexual y la violencia contra las mujeres⁹.

Las Conferencias de las Naciones Unidas vincularon temas y planes de acción de manera deliberada durante la última década, creando un movimiento que condujera hacia la Cumbre del Milenio. Dichas conferencias y cumbres globales generaron el ímpetu del proceso de la CIPD y continuarán dándole forma a la agenda del desarrollo de los próximos 15 años.

1.2 VINCULACIÓN DE LA CIPD CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El consenso global producto de la Cumbre del Milenio, en la que 189 líderes mundiales adoptaron la Declaración del Milenio, establece una serie de objetivos interrelacionados para crear un ambiente favorable al desarrollo. Los ODM no se concibieron como un fin integral en sí mismo, sino como una herramienta para lograr el desarrollo sustentable y la erradicación de la pobreza.

Muchos de los objetivos incluidos en el PdA de la CIPD y de las Acciones Clave de la CIPD+5 son paralelos a los ODM

Tabla 1.1 Metas de la CIPD y metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Metas y objetivos de la CIPD	Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio
...mejorar la calidad de vida mediante políticas adecuadas de población y desarrollo y programas encaminados a lograr la erradicación de la pobreza, el desarrollo económico sostenido en el contexto del desarrollo sustentable...(párrafo 3.16)	<p>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</p> <p>Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que viven con ingresos de menos de 1 dólar diario.</p> <p>Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren de hambre.</p>
...los países deberán procurar asegurar el acceso de todas las niñas y niños a la escuela primaria o a un nivel equivalente de enseñanza a la mayor brevedad posible, y en cualquier caso antes del año 2015 (párrafo 11.6)	<p>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal</p> <p>Meta 3: Asegurar que para el año 2015, los niños y las niñas en todas partes podrán completar la enseñanza primaria completa.</p>
La promoción de la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como la eliminación de la violencia de todo tipo contra la mujer y el asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son piedras angulares de los programas de población y desarrollo (Principio 4).	<p>Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres</p> <p>Meta 4: Eliminar las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005, y a todos los niveles de la educación a más tardar para el 2015.</p>
Para el año 2015, todos los países deberían tratar de lograr que la tasa de mortalidad de lactantes esté por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos (párrafo 8.16)	<p>Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil</p> <p>Meta 5: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil para menores de cinco años entre 1990 y 2015.</p>
Los países deberán 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...(párrafo 8.21).	<p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p> <p>Meta 6: Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y el año 2015.</p>
...para el año 2015, los países deberán procurar asegurar que al menos el 90 por ciento, y para el año 2010 por lo menos el 95 por ciento, del grupo de 15 a 24 años de edad, tenga acceso a IEC y a servicios para desarrollar las habilidades para la vida necesarias para reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH; que para el año 2005 su incidencia se reduzca a nivel global, y en un 25 por ciento en los países mas afectados (CIPD+5 párrafo 70).	<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</p> <p>Meta 7: Para el año 2015 haber detenido y haber empezado a revertir la propagación del VIH/SIDA.</p> <p>Meta 8: Para el año 2014 haber detenido y haber empezado a revertir la incidencia de la malaria y de otras enfermedades graves.</p>
...las cuestiones de población deben integrarse en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de todas las políticas y programas relativos al desarrollo sustentable (párrafo 3.5).	<p>Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad ambiental</p> <p>Meta 9: Integrar los principios del desarrollo sustentable a las políticas y programas nacionales y revertir la pérdida de recursos ecológicos.</p> <p>Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, la proporción de personas sin acceso sustentable a agua de consumo segura y a medidas sanitarias básicas.</p> <p>Meta 11: Para el año 2020, haber logrado una mejora significativa en la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.</p>
...fortalecer la colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y el sector privado para hallar nuevas esferas de cooperación (párrafo 15.15a)	<p>Objetivo 8: Desarrollar una relación de colaboración global para el desarrollo</p> <p>Meta 12: Desarrollar un sistema comercial y financiero más abierto, basado en normas, previsible, y no-discriminatorio (incluyendo el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza en cada país y en el plano internacional.)</p> <p>Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados (incluyendo el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza.)</p> <p>Meta 14: Atender las necesidades especiales de los pequeños Estados insulares en desarrollo y de países en desarrollo sin litoral (a través del Programa de Acción para el Desarrollo Sustentable de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo y los resultados de la vigésimo segunda sesión extraordinaria de la Asamblea General)</p> <p>Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda externa de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</p> <p>Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.</p> <p>Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales, a precios accesibles, en los países en desarrollo.</p> <p>Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.</p>

(Tabla 1.1). El PdA de la CIPD se centra en esfuerzos relacionados con la población, tales como incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva, promover la igualdad de género, y fomentar un mejor entendimiento de los vínculos entre las dinámicas poblacionales y la pobreza, prerrequisitos para el logro de los objetivos más amplios plasmados en los ODM, tales como la erradicación de la pobreza y del hambre.

Tanto el PdA de la CIPD como los ODM fijaron metas para lograr la educación primaria universal, la promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres, la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades. El PdA de la CIPD también apoya el enfoque de los ODM para asegurar la sostenibilidad ambiental al reconocer los vínculos entre el medio ambiente y la migración interna e internacional, las tasas de crecimiento poblacional y el consumo de recursos.

Si bien los ODM no contienen ninguna meta u objetivo específico sobre salud reproductiva, sí contienen metas relacionadas con los componentes de la salud reproductiva, incluyendo salud materna y VIH/SIDA. Los indicadores para salud materna incluyen el porcentaje de la misma y la proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado. Para el VIH/SIDA, los indicadores son la tasa de incidencia de VIH entre mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad, y la tasa de uso de preservativos.

1.3 OBJETIVOS DEL INFORME

Este informe, desde una perspectiva operativa, tiene como objetivos: (a) describir los avances que se han logrado así como las limitantes que los países han encontrado en sus esfuerzos por implementar acciones específicas del PdA de la CIPD y examinar las problemáticas específicas que han encontrado; (b) presentar las medidas adoptadas, con algunas reseñas regionales, y (c) resumir las conclusiones principales que surgen de la Encuesta Global 2003 y evaluar la ruta a seguir.

Específicamente, el informe de la Encuesta Global 2003 resalta las diversas acciones y medidas que han sido adoptadas por los países para implementar distintos aspectos específicos del PdA de la CIPD. El informe también brinda un análisis del contexto en el que estas acciones y medidas se han adoptado, y presenta una visión general de los avances logrados y de las acciones que aún se requieren para acelerar la implementación del PdA de la CIPD.

1.4 METODOLOGIA DE LA ENCUESTA GLOBAL

El objetivo de la Encuesta Global 2003 era documentar la implementación del PdA de la CIPD a lo largo de los últimos

10 años, con énfasis particular en los logros y los casos exitosos, así como sobre las limitaciones y dificultades que enfrenta su implementación. Los cuestionarios solicitaron información sobre aspectos selectos de la implementación del PdA de la CIPD. Tal información incluye acciones, medidas o iniciativas que los países han emprendido para abordar temas o prioridades particulares, así como los obstáculos que enfrentaron.

Se enviaron dos tipos de cuestionarios a un total de 187 países. Se envió un cuestionario a 165 países en desarrollo y países en transición, y se envió uno más breve a 22 países desarrollados pertenecientes al Comité para la Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED), a los cuales el presente informe se referirá como “países donantes”.

El cuestionario para los países en desarrollo y países en transición consistía de 47 preguntas, unas estructuradas y otras abiertas, sobre nueve temas: población y desarrollo; igualdad y equidad de género y el empoderamiento de la mujer; derechos reproductivos y salud reproductiva; juventud y adolescentes; VIH/SIDA; cambio de comportamiento y promoción y defensa; datos e investigación; alianzas y recursos; y mejores prácticas y temas emergentes.

El cuestionario para los países donantes contenía 23 preguntas sobre cinco temas: prioridades en población; temas de género; salud reproductiva (incluyendo el VIH/SIDA); alianzas con la sociedad civil; y ayuda internacional para los programas de población y de salud reproductiva. Las preguntas estaban diseñadas para generar información sobre los retos enfrentados por los donantes en la movilización de recursos para apoyar la implementación del PdA de la CIPD y sobre la manera en que los países vinculan los objetivos de la CIPD con los marcos y procesos de desarrollo internacional.

Los cuestionarios para los países en desarrollo y los países en transición fueron distribuidos a través del UNFPA o de las Oficinas Nacionales del PNUD a principios de enero del 2003, y los cuestionarios contestados fueron recibidos en la sede del UNFPA en Nueva York en abril del 2003. Los cuestionarios para los países donantes fueron entregados en Marzo del 2003 a través de las Misiones ante las Naciones Unidas en Nueva York, y regresados en agosto del 2003. El cuestionario de cada país debía haberse contestado por un grupo nacional de partes interesadas coordinadas por la institución gubernamental adecuada. Este grupo debió integrarse por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales (ONG), representantes del sector académico, personal de la Oficina Nacional del UNFPA, y otros actores interesados, familiarizados con los avances alcanzados así como con las limitaciones enfrentadas.

La información de los cuestionarios fue codificada manualmente y procesada utilizando el Paquete Estadístico

para las Ciencias Sociales (SPSS versión 11.5). Las preguntas abiertas fueron codificadas utilizando un número limitado de campos que captó las respuestas principales dadas a preguntas particulares. La información tabulada fue verificada para asegurar su precisión en términos de consistencia y cobertura. Las tabulaciones se produjeron utilizando rutinas del SPSS.

1.5 FORTALEZAS Y LIMITANTES DEL INFORME

Se logró una tasa general de respuesta del 92 por ciento para los países en desarrollo y en transición, cifra mucho más alta que la tasa de respuesta de la Encuesta Global 1998, que fue del 82 por ciento. Las tasas variaron de región a región, oscilando entre el 75 por ciento para los Estados Árabes al 100 por ciento para América Latina y el Caribe, África Subsahariana y las Repúblicas de Asia Central. Para los países donantes la tasa de respuesta para 1998 y para 2003 fue igual: 82 por ciento. El listado de los países que respondieron a la Encuesta Global 2003 se encuentra en el Anexo 1, siguiendo las agrupaciones regionales del UNFPA.

Sin embargo, es importante hacer notar que la Encuesta Global 2003 no es una evaluación ni un diagnóstico de las intervenciones programáticas o políticas de los países. No brinda información muy detallada sobre la naturaleza de las medidas adoptadas, ni sobre los problemas con su implementación en específico o sobre su experiencia con alguna medida en particular. Además, dado que el enfoque de la Encuesta apunta hacia las medidas adoptadas para implementar el PdA de la CIPD y a la vez su objetivo era ser breve, se pidió a los países que resaltarán medidas clave, estrategias exitosas, acciones principales, y otras cuestiones similares. Para mantenernos fieles a las preguntas planteadas, los títulos de las tablas y cuadros que aparecen en los capítulos son diferentes y no uniformes.

El formato de las presentaciones que se sigue en el informe para mostrar los hallazgos sustantivos de la Encuesta Global 2003 requiere de alguna explicación. Había un alto grado de aspectos en común en los acercamientos y en las medidas adoptadas por los países para implementar las distintas recomendaciones relacionadas con población y desarrollo, género, promoción y defensa y comunicación para el cambio de comportamiento, y alianzas. En cambio, los tipos de medidas tomadas en las áreas de salud reproductiva, VIH/SIDA y salud reproductiva adolescente eran más variados y tendían a ser muy específicos para cada país y, a veces, hasta para ciertas comunidades dentro de los países. Dada esta diversidad inherente a las respuestas de la Encuesta, el formato que se sigue en la presentación no ha sido exactamente igual en cada capítulo, con ilustraciones sobre las medidas específicas tomadas por algún país más largas en algunos capítulos que en otros.

Aunque la alta tasa de respuesta refleja el alto grado de importancia que le dieron los países a la revisión de los esfuerzos de implementación del PdA de la CIPD, la Encuesta Global 2003 en sí estuvo sujeta a una serie de limitaciones.

En primer lugar, pese a que se pidió a los países que movilizaran un grupo diverso de partes interesadas para contestar el cuestionario, los países adoptaron diferentes enfoques. Estos fueron desde permitir que un individuo focal contestara el cuestionario, hasta la creación de comités o grupos interinstitucionales o multisectoriales para dar respuesta al cuestionario. Dependiendo del enfoque adoptado, las respuestas a cada pregunta variaron y su rango iba de respuestas muy ricas e informativas, a más generales y con menos información.

En segundo lugar, en un par de casos, las respuestas a los cuestionarios reflejaron la perspectiva del gobierno, la cual puede diferir de las perspectivas de las ONG y de la sociedad civil.

En tercer lugar, la Encuesta fue muy ambiciosa en su cobertura de áreas temáticas, pero limitada en términos del conjunto de preguntas planteadas para producir información detallada sobre las dimensiones críticas de las medidas programáticas y su implementación. Esta limitante impuso una restricción sobre el tipo de análisis que se podía hacer partiendo de las respuestas.

En cuarto lugar, muchas de las preguntas no eran lo suficientemente específicas como para producir, de manera confiable, información detallada respecto a estrategias, políticas, planes o leyes adoptados por los países. La mayoría de los países informaron si habían adoptado o no cualquiera de esas medidas, pero sólo una cantidad menor de países dio detalles específicos sobre las medidas adoptadas. Esta limitante puso trabas a los esfuerzos por comentar la naturaleza de los avances que los países han logrado en la implementación de las recomendaciones específicas del PdA de la CIPD y por identificar los vacíos existentes en las intervenciones programáticas relacionadas con las áreas temáticas abarcadas por la Encuesta.

En quinto lugar, dada la naturaleza abierta de muchas de las preguntas, la codificación de las respuestas fue algo difícil. Con la finalidad de facilitar la codificación, sólo se identificaron algunas categorías de códigos (generalmente no más de 10). Esto limitó la naturaleza del análisis que se pudo hacer sobre algunos temas.

En sexto lugar, el cuestionario utilizado en la Encuesta, que en su mayor parte era abierto, conllevó a una disparidad en la calidad de las respuestas.

Séptimo, es posible que algunos países, involuntariamente, hayan reportado menos de lo realizado al no incluir estos esfuerzos en más de una respuesta. En los casos en que las

acciones y medidas eran pertinentes para más de una respuesta de la Encuesta, las respuestas debieron haberlo reflejado, cuestión que no siempre fue el caso.

Octavo, diez años es un periodo largo para recordar y medir todos los cambios que surgieron a partir del PdA de la CIPD. Por ende, sólo los cambios más importantes y quizá los más recientes fueron incluidos.

Finalmente, la Encuesta no se enfocó en la calidad, alcance o impacto de las intervenciones programáticas y sus efectos sobre las vidas de los grupos e individuos vulnerables, especialmente de aquellos con necesidades de información y servicios.

1.6 ORGANIZACIÓN DEL INFORME

El informe está organizado en diez capítulos. Siguen a este capítulo introductorio, siete capítulos temáticos que

presentan los resultados de la Encuesta para los países en desarrollo y en transición con relación a las áreas de: población y desarrollo; igualdad de género, equidad y el empoderamiento de la mujer; derechos reproductivos y salud reproductiva; salud reproductiva de los y las adolescentes y de la juventud; VIH/SIDA; promoción y defensa, educación y comunicación para el cambio de comportamiento; y alianzas y recursos. El noveno capítulo se centra en los países donantes, y el capítulo final resume las conclusiones principales tanto para países en desarrollo como para países donantes, llamando la atención sobre las acciones que se necesitan para el futuro para hacer la promesa del Cairo una realidad.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149.
- 2 Naciones Unidas, *Acciones Clave para profundizar la implementación del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, adoptadas por la vigésimo primera sesión extraordinaria de la Asamblea General*, 30 de Junio a 2 de Julio de 1999 (Nueva York, Naciones Unidas, 1999).
- 3 Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Población y salud reproductiva como determinantes críticos*, Serie Población y Estrategias de Desarrollo, número 10 (Nueva York, UNFPA, 2003).
- 4 Naciones Unidas, *Declaración Mundial sobre la Sobrevivencia, Protección y el Desarrollo de la Infancia en los 1990*, Cumbre Mundial en favor de la Infancia, 29 a 30 de Septiembre 1990 (Nueva York, Naciones Unidas, 1990).
- 5 Naciones Unidas, *Declaración de Viena y Programa de Acción*, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de Junio de 1993 (Nueva York, Naciones Unidas, 1993). A/CONF.157/23.
- 6 Naciones Unidas, *Declaración y Programa de Acción de Beijing*, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de Septiembre de 1995. (Nueva York, Naciones Unidas, 1995). A/CONF.177/20.
- 7 Naciones Unidas, *Declaración y Programa de Acción*, Cumbre Social sobre Desarrollo Social, Copenhague, 5 a 12 de Marzo de 1995. (Nueva York, Naciones Unidas, 1995).
- 8 Naciones Unidas, *Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA*, Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 25 a 27 de Junio del 2001 (Nueva York, Naciones Unidas, 2001).
- 9 Naciones Unidas, *Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sustentable y Plan de Implementación de la Cumbre Global para el Desarrollo Sustentable*, Johannesburgo, Sudáfrica, 26 de Agosto a 4 de Septiembre del 2002 (Nueva York, Naciones Unidas, 2003).

2 Población y Desarrollo

2.1 INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un panorama general de los cambios que han ocurrido en las estrategias de población y desarrollo desde 1994. Revisa los cambios que se han generado en el contexto demográfico, social, económico y en el campo de la salud entre 1994 y 2003, y examina los resultados en el marco de los objetivos y acciones propuestos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PdA de la CIPD) y las *Acciones Clave* que resultaron de la CIPD+5.

Las áreas a las que aquí se hace referencia están basadas en preguntas relevantes que formaron parte de la Encuesta Mundial 2003. En estas áreas se tratan temas como: las acciones realizadas para integrar los temas de población a las estrategias de desarrollo; la incorporación de factores de población en la planeación subnacional local en el contexto de la descentralización; la inclusión de vínculos entre población y medio ambiente en planes de desarrollo nacionales o sectoriales. También se habla sobre las iniciativas tomadas para enfocarse en las necesidades especiales de las personas mayores; las medidas adoptadas para ejercer influencia sobre la migración interna, las medidas tomadas para ejercer influencia sobre la migración internacional; y los esfuerzos para fortalecer el uso de datos, la investigación, el seguimiento y la evaluación en los programas de población y de salud reproductiva. El capítulo concluye con una discusión sobre los retos que se han enfrentado y los que deberán enfrentarse en el futuro.

Los cambios demográficos y otros cambios que ocurrieron entre 1994 y 2003 tuvieron un efecto en el nivel de avance programático que se logró hasta el 2003 y viceversa. De manera similar, se puede esperar que las tendencias socioeconómicas, demográficas y otras tendencias anticipadas en los países, tendrán una influencia en el ritmo y el nivel de los cambios que serán necesarios en las políticas y programas para poder avanzar en los objetivos de la CIPD en la década de 2005 a 2015.

Según cifras de las Naciones Unidas, la población total del mundo, que era de 5.7 billones en 1995, se ha incrementado a 6.4 billones en el 2004, y se espera que sea de 7.2 billones para el 2015¹. La mayor parte de este incremento, que se dio entre 1995 y 2003, ocurrió en los países en desarrollo, que es donde se espera que ocurran la mayoría de los incrementos que se proyectan para el periodo 2003 a 2015. Mientras que

la tasa anual de crecimiento de la población ha disminuido, y se espera que haya una mayor disminución en las próximas décadas en la totalidad de las principales regiones del mundo, se cree que el incremento de la población mundial permanecerá en poco más de 70 millones de personas por año durante las dos décadas siguientes, debido al gran tamaño de la población actual, así como a la juventud de la población en los países en desarrollo y en los menos desarrollados.

Una rápida revisión de las tendencias demográficas indica que el nivel de fecundidad está disminuyendo, al igual que el de mortalidad infantil. Además, la tasa de uso de anticonceptivos se está incrementando, así como la esperanza de vida al nacer, que está aumentando en todas las regiones. Muchos de los países en desarrollo también están experimentando un incremento sin precedentes en el número de personas de edad avanzada, y un incremento inusitado en el número de jóvenes. Una cantidad importante de países también se está enfrentando a las complejidades de la migración interna e internacional, al desplazamiento de personas, al tráfico internacional de mujeres y niños, y a la afluencia de refugiados. Adicionalmente, se siguen teniendo altos niveles de mortalidad materna en muchos países, y en algunos se presenta incluso un incremento en la mortalidad de las y los adultos como resultado de la pandemia del SIDA. Es claro que existe una diversidad demográfica en constante crecimiento, y que ésta refleja las diferencias nacionales relacionadas con situaciones sociales, de género y de salud. Así mismo, los países han experimentado sus transiciones demográficas a distintos ritmos.

El PdA de la CIPD subraya que la integración de los temas de población a las estrategias económicas y de desarrollo puede incrementar el ritmo del crecimiento sostenido y los esfuerzos para disminuir la pobreza, contribuir para alcanzar los objetivos de población y mejorar la calidad de vida de todos. El PdA de la CIPD promueve la integración total de los temas de población a las estrategias de desarrollo, la planeación para el desarrollo, la toma de decisiones y la asignación de recursos. Promueve el desarrollo en todos los niveles y en todas las regiones, con el objetivo de satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras. El PdA de la CIPD también apoya la integración como un medio para promover la justicia social y erradicar la pobreza a través del crecimiento

económico sostenido en el contexto del desarrollo sustentable. Las *Acciones Clave* reconfirmaron la importancia de dichas propuestas e hicieron un llamado para la intensificación de esfuerzos.

El PdA de la CIPD propuso una serie de acciones. La primera es integrar los temas de población en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas y programas relacionados con el desarrollo sustentable en los ámbitos internacional, regional, nacional, y local. En segundo lugar, menciona que las estrategias de desarrollo deben verse reflejadas en las implicaciones y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo en los patrones y dinámicas de población, así como en los patrones de producción y consumo. Por lo tanto, la Encuesta Global 2003 solicitó información sobre las acciones llevadas a cabo para integrar los temas de población en algunos aspectos del proceso de desarrollo, incluidas las estrategias de desarrollo; la planeación descentralizada; las estrategias para la disminución de la pobreza; y la planeación ambiental.

2.2 ACCIONES EMPRENDIDAS PARA INTEGRAR LOS TEMAS DE POBLACIÓN A LAS ESTRATEGIAS DE DESARROLLO

De los 151 países que participaron en la encuesta, 149 (99 por ciento) respondieron a la pregunta sobre la integración de temas de población a las estrategias de desarrollo, y 146 (96 por ciento) informaron haber tomado medidas para dicha integración. Entre ellos, 115 países, o el 79 por ciento, han adoptado distintas medidas. El alto porcentaje (96 por ciento) de países que lleva a cabo alguna acción representa un marcado avance desde el periodo de revisión de la CIPD+5, cuando sólo el 78 por ciento de los países había emprendido o estaba por emprender alguna acción. En el momento de la CIPD, en 1994, sólo el 52 por ciento de los países en desarrollo informó estar llevando a cabo acciones similares. En general, esto representa un avance significativo.

Los datos sobre las múltiples medidas específicas adoptadas por los países para integrar factores de población al desarrollo, presentados en la Tabla 2.1, indican que el 91 por ciento de los países que respondieron a la pregunta había incluido cuestiones de población en la formulación de planes y/o estrategias de desarrollo. Entre otras medidas tomadas se pueden mencionar: la integración de factores de población en la formulación y/o modificación de políticas (61 por ciento); el uso específico de datos de población en la planeación (25 por ciento); la inclusión de factores de población en leyes y reglamentos (5 por ciento); y la incorporación de factores de población en la formulación de esfuerzos de promoción y defensa, así como actividades de información, educación y comunicación (IEC), (10 por ciento.)

Tabla 2.1 Medidas adoptadas por los países para integrar factores de población al desarrollo

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Formulación de planes y/o estrategias	133	91
Creación y/o modificación de políticas	89	61
Utilización de datos de población en la planeación	36	25
Leyes y/o reglamentos	22	15
IEC/promoción y defensa	14	10
Total	146	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Un número menor de países informó haber incorporado los temas de población a programas especiales, entre estos algunos que se enfocan en género, VIH/SIDA, la infancia, adolescentes y jóvenes. Sin embargo, la mayoría de esos países no proporcionaron detalles sobre las medidas adoptadas.

Las variaciones regionales en el uso proporcional de estas medidas muestra que la integración del tema de población a planes y/o estrategias de desarrollo tiene el porcentaje más alto (100 por ciento) en los Estados Árabes. El porcentaje de países que está creando o modificando políticas como punto de partida para integrar los temas de población, es más alto en el África Sub-Sahariana (71 por ciento). La estrategia de utilizar datos en el proceso de planeación ha sido más popular en la sub-región del Caribe, en donde fue adoptada por alrededor del 54 por ciento de los países.

2.3 POBLACIÓN Y PLANEACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Muchos países en desarrollo han adoptado el concepto de descentralización, en el cual se devuelve el poder a los niveles subnacionales o locales. Paralelamente con este proceso, también se han realizado esfuerzos en muchos países para descentralizar la planeación del desarrollo, el desarrollo de programas y la provisión de servicios a nivel subnacional y a otros niveles, tanto para promover el involucramiento de los beneficiarios locales como para reflejar de mejor manera las necesidades locales de las personas. Para facilitar la creación de un ambiente que permita el desarrollo local, incluida la provisión de servicios, el PdA de la CIPD recomendó que los gobiernos consideren la descentralización de sus sistemas administrativos. Entre las medidas recomendadas estaba la de delegar la responsabilidad de la recolección

de fondos y los gastos a las autoridades regionales, distritales y locales. En la Encuesta se preguntó si se estaban tomando en cuenta los factores de población en la planeación local en el marco de la descentralización del gobierno local. De 151 países, 146 (96 por ciento) respondieron la pregunta, y 119 (79 por ciento) respondieron que ya habían emprendido acciones al respecto. Esto representa un notable progreso desde 1994, cuando la descentralización era un proceso relativamente nuevo y en proceso de evolución.

La Tabla 2.2 presenta información sobre distintas medidas adoptadas por los países para integrar los factores de población al tema del desarrollo en el contexto de la descentralización. 62 países (52 por ciento) establecieron estructuras locales de gobierno, mientras que 60 países (50 por ciento) integraron factores de población a los planes sociales locales. 47 países (39 por ciento) integraron factores de población a los planes económicos locales, y 11 países (9 por ciento) los integraron a planes ambientales locales. Estas medidas fueron apoyadas por un número importante de activistas, incluyendo a aquellos que sensibilizaron a miembros del parlamento y a líderes locales en la vinculación entre población y desarrollo; capacitaron a funcionarios de planeación de los distritos en la integración de temas de población al desarrollo; y apoyaron y alentaron a órganos administrativos locales para reunir, analizar, y utilizar datos de población y socioeconómicos en la planeación relacionada con el desarrollo.

Las variaciones regionales en el porcentaje de países que adoptan estas medidas indican que la integración de factores de población a planes sociales locales fue universal en las repúblicas de Asia Central. Establecer estructuras administrativas locales fue la medida más común en el África Sub-Sahariana, los Estados Árabes, el Caribe y el Pacífico, donde cerca del 50 por ciento de los países informaron que

lo estaban realizando. Cerca de la mitad de los países que pertenecen a las regiones de Asia, las repúblicas de Asia Central y América Latina, informaron haber adoptado la estrategia de integración de factores de población a planes económicos locales.

Se notan claramente los avances en el área de integración de factores de población a los planes locales de desarrollo y a las estructuras locales en el contexto de la descentralización. Ahora que se han establecido las bases, es crucial fortalecer la estructura institucional y de recursos humanos de estos programas. Así mismo, los países que todavía no han iniciado la integración del tema de población en el contexto de la descentralización deben ser alentados para hacerlo. Sólo entonces se podrá empoderar a las comunidades locales y a los estados para que asuman un mayor control y responsabilidad sobre sus prioridades y programas de desarrollo socioeconómico.

2.4 TEMAS DE POBLACIÓN EN LAS ESTRATEGIAS NACIONALES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA POBREZA

El PdA de la CIPD declara que el incremento de la pobreza sigue siendo uno de los mayores retos para los esfuerzos de desarrollo. La pobreza está relacionada con el desempleo, la malnutrición, el analfabetismo, el bajo estatus de vida de las mujeres, la exposición a riesgos ambientales y el limitado acceso a servicios sociales y de salud, incluidas la salud reproductiva y la planificación familiar. La pobreza también contribuye con altas tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad; baja productividad económica; una distribución espacial inadecuada de las personas; el uso insostenible y la distribución desigual de recursos naturales como la tierra y el agua; y serios problemas de degradación ambiental. En consecuencia, la comunidad internacional y los gobiernos se han comprometido a través del PdA de la CIPD a “elevar la calidad de vida de todas las personas a través de políticas y programas de población y desarrollo adecuados, dirigidos a lograr la erradicación de la pobreza y el crecimiento económico sostenido en el contexto del desarrollo sustentable”².

La persistencia de la pobreza entre tantas personas representa un reto global. La pobreza, tanto en términos de salarios como de carencias sociales, continúa prevaleciendo en todas las regiones del mundo en desarrollo. Según el Banco Mundial, cerca de la mitad de la población del mundo vive con menos de dos dólares al día, y cerca de 1.2 billones de personas –la quinta parte de la población mundial– vive con menos de un dólar al día³. En las últimas décadas, las tendencias de la pobreza han variado en distintos lugares del mundo. En Asia Oriental, el número de personas pobres que viven con menos de un dólar al día se ha reducido en un

Tabla 2.2 Medidas adoptadas por los países para tratar el tema de la integración de factores de población en el contexto de la descentralización

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Establecimiento de estructuras locales	62	52
Integración en planes sociales locales	60	50
Integración en planes económicos locales	47	39
Integración en planes ambientales locales	11	9
Total	119	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

tercio, pero en América Latina, el sur de Asia y el África Sub-Sahariana, el número de personas que viven en la pobreza se ha incrementado. En los países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) y las repúblicas de Asia Central, el número de personas que viven con menos de un dólar al día se incrementó 20 veces.

El PdA de la CIPD subraya la necesidad de priorizar la erradicación de la pobreza, y las *Acciones Clave* piden a los gobiernos: 1) asegurar que los programas de erradicación de la pobreza estén dirigidos principalmente a mujeres y a hogares dirigidos por mujeres; 2) desarrollar formas innovadoras para proveer más asistencia eficaz para fortalecer a las familias que viven en la pobreza extrema, tales como el otorgamiento de micro créditos a las familias y a las personas pobres; 3) emprender políticas y programas que busquen asegurar un nivel de consumo que cumpla con las necesidades básicas de los pobres y las personas en desventaja. Dada la posibilidad de vincular población con los factores de la pobreza, la Encuesta obtuvo información sobre las acciones emprendidas en los países que tomaron en consideración esos vínculos para formular estrategias para la disminución de la pobreza.

De 151 países, 136 indicaron haber tomado en consideración en algún modo la interacción entre pobreza y población, pero sólo 71 países, o el 52 por ciento, habían tomado diversas medidas al respecto. Aún así, ocurrió un cambio considerable desde 1994, cuando sólo el 13 por ciento de los países en desarrollo reportó la realización de alguna acción en este tema.

Cabe señalar que ha ocurrido un avance significativo con respecto al manejo de los vínculos entre población y pobreza a través de distintas medidas, incluyendo el diálogo político. Las estrategias específicas adoptadas por los países para las interacciones que se presentan en la Tabla 2.3 han sido diversas. Entre éstas se encuentran: la adopción de medidas generales de población y desarrollo en 115 países (85 por ciento); el establecimiento de estrategias especiales para migrantes, refugiados, desplazados y otros grupos vulnerables en 41 países (30 por ciento); y la institución de medidas y estrategias para la generación de ganancias y el empoderamiento de las mujeres en 26 países (19 por ciento). En el 14 por ciento de los países, se formularon estrategias para disminuir el nivel de la fecundidad. El mismo porcentaje de países adoptó estrategias para disminuir la tasa de crecimiento de la población. En tanto que la mayoría de los países no proporciona detalles sobre el tipo de medidas o actividades prioritarias que están realizando, muchas de éstas se enfocan en grupos vulnerables.

Las variaciones regionales, en particular las medidas adoptadas para tratar los vínculos entre población y pobreza,

muestran que todos los países del Caribe, todas las repúblicas de Asia Central y el 94 por ciento de los países Latinoamericanos han adoptado planes y estrategias de población y desarrollo como punto de partida para formar estos vínculos. Además, más del 40 por ciento de los países de Asia, las repúblicas de Asia Central y América Latina y el Caribe han informado haber adoptado estrategias en los temas de migración, desplazamiento de personas y otros grupos vulnerables para enfocarse en los vínculos entre población y pobreza. Finalmente, el porcentaje de países que está adoptando estrategias para empoderar a las mujeres (y que al mismo tiempo se está enfocando en el vínculo entre población y pobreza) es más alto en los Estados Árabes, con 31 por ciento.

El Recuadro 2.1 contiene algunos ejemplos de enfoques innovadores adoptados por algunos países para abordar los factores de población como parte de las estrategias para la disminución de la pobreza.

A pesar de que el porcentaje general de los países que informan haber realizado acciones dirigidas a abordar los vínculos entre población y pobreza es alto, este hallazgo debe interpretarse con cuidado. Es posible que muchos de los países que respondieron afirmativamente a la pregunta lo hayan hecho por haber adoptado ya sea un programa o política de población, o un programa o estrategia para la disminución de la pobreza. La mayoría de los países en desarrollo han emprendido alguna acción en cualquiera de estos dos temas en la década pasada, por lo que los porcentajes informados serían relativamente altos, y esto no significa que los vínculos mutuos entre población y pobreza

Tabla 2.3 Medidas adoptadas por los países para abordar el tema de población en las estrategias para la disminución de la pobreza

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Formulación de planes y/o estrategias	115	85
Estrategias sobre migración y grupos vulnerables	41	30
Estrategias para el empoderamiento de las mujeres	26	19
Estrategias para disminuir la fecundidad	19	14
Estrategias para disminuir la tasa de crecimiento	19	14
Total	136	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

RECUADRO 2.1 VÍNCULOS ENTRE POBLACIÓN Y POBREZA

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reconocen que la pobreza no es simplemente un asunto de salarios; también se relacionan con aspectos como la oportunidad, la capacidad de tomar decisiones, la dignidad humana. Escapar de la pobreza no es únicamente un logro individual, depende del apoyo que se reciba de las instituciones – la familia, el estado, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad. También depende de los medios políticos, económicos y sociales creados por estas instituciones, y del apoyo y las oportunidades que estos ofrezcan. En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable (CMDS) se señaló que los factores ambientales también están relacionados con la pobreza. De hecho, los ODM y la CMDS reforzaron en muchos aspectos las aspiraciones relacionadas con la pobreza que expresa la comunidad internacional en el PdA de la CIPD y que se reafirman posteriormente en las *Acciones Clave*. A continuación se presentan ejemplos sobre esfuerzos exitosos que llevaron a cabo algunos países en el tema de población y pobreza:

En **Tanzania** el gobierno está llevando a cabo varias iniciativas políticas con el propósito de disminuir el número de personas que viven en la pobreza en un 50 por ciento para el 2010 y eliminar la pobreza para el 2025. Están enfocándose en aspectos de población y salud reproductiva al mismo tiempo que en los impactos negativos de la pobreza sobre la educación, el agua, la salubridad, la agricultura,

el medio ambiente y los grupos de población vulnerables.

En **Cuba**, el acceso a servicios básicos como la educación, la vivienda y la salud sexual y reproductiva, es considerado como un derecho humano elemental. Al ofrecer estos servicios a todas las personas sin importar sexo, edad o estatus socioeconómico, Cuba ha mejorado la calidad de vida de su población. Por ejemplo, los niveles de esperanza de vida tanto para mujeres como para hombres son elevados, y los niveles de mortalidad materna son bajos.

En **Jamaica**, el gobierno ha establecido sus prioridades de la siguiente manera: 1) eliminación de las condiciones relacionadas con la pobreza (físicas, sociales y económicas) en las comunidades más necesitadas; 2) realización de intervenciones dirigidas a grupos específicos, como los jóvenes desempleados, las familias con niños que reciben salarios bajos, las personas mayores que viven en la pobreza; y 3) creación de una red social de seguridad y/o un programa de transferencia de ingresos, lo cual representa un cambio de la visión enfocada en asistencia, hacia una visión enfocada en el desarrollo.

En **Armenia**, el gobierno está abordando los temas de población y pobreza centrandolo su Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza (DERP) en mejorar la salud reproductiva, regular el proceso migratorio, dar

apoyo social a parejas jóvenes, mejorar la salud general, y proporcionar asistencia social dirigida a grupos vulnerables como los desplazados y los refugiados.

En **Bangladesh**, la estrategia gubernamental para la disminución de la pobreza visualiza que para el año 2015 ese país alcanzará las siguientes metas: 1) disminución del nivel de pobreza a través de la erradicación del hambre, la inseguridad alimenticia crónica y la indigencia extrema; 2) disminución del número de personas que viven bajo la línea de la pobreza en un 50 por ciento; 3) oferta de educación primaria universal para todas las niñas y niños en edad de asistir a la escuela primaria; 4) eliminación de las diferencias de género en la educación primaria y secundaria; 5) disminución de la mortalidad infantil y de menores de 5 años en un 65 por ciento, y eliminación de la disparidad de género en la mortalidad infantil; 6) disminución de la proporción de niños desnutridos menores de cinco años en un 50 por ciento; 7) disminución de la mortalidad materna en un 75 por ciento; 8) garantía de acceso a los servicios de salud reproductiva para toda la población; 9) eliminación de la violencia social hacia los pobres y los grupos vulnerables; y 10) garantía del manejo integral del riesgo de desastres, la sustentabilidad ambiental y la inclusión de estos aspectos en el proceso nacional de desarrollo.

se hayan tomado en cuenta en el diálogo político o en el diseño de programas.

Un análisis a profundidad de los países que habían adoptado medidas para abordar los vínculos entre población y pobreza muestra que la “tasa de acción a través de múltiples medidas” (el porcentaje de países que adoptan dos o más medidas) estaba estrechamente relacionado con el nivel de pobreza en los países. Por ejemplo, entre los países para los cuales se tenían datos disponibles sobre el nivel de pobreza y las múltiples acciones emprendidas, la tasa de acción era del 54 por ciento en los países con un porcentaje de pobreza de menos del 20 por ciento; del 59 por ciento entre aquellas con un porcentaje de pobreza de entre el 20 y el 40 por ciento; y del 67 por ciento en el grupo con el nivel más alto (más del 40 por ciento) de pobreza. No existe una diferencia significativa en las tasas de acción en el caso de grupos con

distintas tasas anuales de crecimiento de la población, sin embargo, cuando el nivel de pobreza y la tasa anual de crecimiento de la población se consideraron en conjunto, los países que tenían tanto los niveles de pobreza más altos (40 por ciento) y la tasa de crecimiento de la población más alta (≥ 1.47 por ciento) tenían una tasa de acción más alta (65 por ciento), en comparación con la tasa del 40 por ciento que se tiene en países con niveles de pobreza más bajos (<20 por ciento) y una tasa de crecimiento de la población más baja (<1.47 por ciento). Estos hallazgos ilustran que en los países que enfrentan el doble reto del crecimiento poblacional y la pobreza, las acciones nacionales tienen una prioridad más alta.

Muchos países han informado que enfrentan dificultades al tomar en cuenta los vínculos entre población y pobreza en la creación de sus estrategias de desarrollo. La respuesta de

Nigeria, en la cual menciona su estrategia para la disminución de la pobreza, fue muy ilustrativa y puede aplicarse como un indicador de la situación en otros países. De acuerdo con su respuesta, los factores de población fueron reconocidos en el desarrollo del Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza (DERP) y en el Programa Nacional para la Erradicación de la Pobreza (NAPEP), sin embargo, los factores de población y desarrollo no están considerados de manera eficiente en sus estrategias. De hecho, un análisis a profundidad de diversos DERP realizado por UNFPA mostró que, mientras el número de países que están desarrollando estrategias de población, género y salud reproductiva está creciendo progresivamente, el porcentaje de países que están realizando acciones satisfactorias permanece por debajo del 50 por ciento⁴. Es probable que todavía exista la necesidad de entender adecuadamente la medición de los vínculos, incorporarlos en las estrategias de pobreza y promover un diálogo político eficaz sobre el tema. En este sentido, la necesidad de contar con metodologías adecuadas, especialistas capacitados y una planeación colaborativa, cobra una importancia aún mayor.

2.5 INTERACCIONES ENTRE POBLACIÓN Y MEDIO AMBIENTE

Los resultados de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sustentable (CMDS) enfatizaron aún más la necesidad de considerar los vínculos entre población, medio ambiente y desarrollo sustentable, vínculos que también se habían subrayado en el PdA de la CIPD. De manera consistente con la Agenda 21 y la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, en el PdA de la CIPD se establecieron objetivos para que los gobiernos trabajen el tema de la interacción entre población y medio ambiente. Estos objetivos tienen el propósito de asegurar que los factores relacionados con la población, el medio ambiente y la erradicación de la pobreza, se integren en políticas, planes y programas de desarrollo sustentable. También están dirigidos a disminuir los patrones de consumo y producción insostenibles, mediante la reducción de impactos negativos de los factores demográficos sobre el ambiente, a fin de satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades. El PdA de la CIPD subrayaba la necesidad de “integrar los factores demográficos en las evaluaciones del impacto ambiental y otros procesos de planeación y toma de decisiones, que tienen el propósito de alcanzar el desarrollo sustentable”⁵. En las *Acciones Clave* se reafirmó la necesidad emprender dichas acciones.

En la Encuesta se preguntó a los países si habían tomado en cuenta la interacción entre población y medio ambiente

Tabla 2.4 Medidas adoptadas por los países para abordar el vínculo entre población y medio ambiente

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Formulación de planes y/o estrategias	122	92
Políticas sobre población y medio ambiente	40	30
Leyes y/o reglamentos sobre población y medio ambiente	22	17
Total	133	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

para la creación de sus planes de desarrollo nacionales o sectoriales, y en qué medida lo habían hecho. En total, 145 (96 por ciento) de 151 países respondieron esa pregunta y 133 (88 por ciento) dieron una respuesta afirmativa. Entre ellos, 66 países (50 por ciento) han adoptado diversas medidas para llevar a cabo estas acciones. Este es un logro importante, considerando que en 1994 la mayoría de los países no indicaron haber tomado en cuenta factores relacionados con la población al desarrollar programas ambientales.

En la Tabla 2.4 se presenta un análisis de las respuestas proporcionadas por 133 países sobre los tipos de medidas que adoptaron para abordar los asuntos relacionados con la población y el medio ambiente. Esencialmente, los países han informado haber adoptado una o más de las siguientes medidas: la formulación de planes y/o estrategias que tomen en consideración los vínculos entre población y medio ambiente (122 países ó 92 por ciento); la creación de políticas de población y medio ambiente (40 países ó 30 por ciento); y la adopción de leyes y reglamentos sobre población y medio ambiente (22 países, ó 17 por ciento). A pesar de que pocos países dieron respuestas detalladas, se puede observar que sus planes, programas y estrategias se enfocan en el nexo entre población y medio ambiente. Las acciones de los países permiten reconocer el vínculo entre las altas tasas de crecimiento de la población y la deforestación, la desertificación, la salud y la preservación del ambiente, por ejemplo, así como la relación entre la población, los recursos disponibles y las posibles amenazas al desarrollo sustentable. Los países también informaron la adopción de políticas que incorporan aspectos relacionados con la población, el género y el medio ambiente en leyes y reglamentos relacionados con el manejo y la protección del medio ambiente (incluyendo salvaguardar los bosques, la tierra y el agua).

Las variaciones regionales en el porcentaje de países que informan sobre la adopción de estas tres medidas específicas,

RECUADRO 2.2 VÍNCULOS ENTRE POBLACIÓN Y MEDIO AMBIENTE

Desde la adopción del PdA de la CIPD, de las *Acciones Clave* y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y a la luz de las recomendaciones de la CMDS en Johannesburgo, muchos países han enfatizado la estrecha vinculación que hay entre los temas de población, el desarrollo sustentable y la protección del ambiente. Algunos países han considerado específicamente la interacción entre población y medio ambiente en sus iniciativas de desarrollo nacionales y sectoriales. Por ejemplo:

En **Azerbaiyán**, el Programa del Estado para la Disminución de la Pobreza toma en consideración la interrelación entre la población y el medio ambiente; atrae la atención hacia la importancia de la educación pública en aspectos ambientales que afectan directamente a la población; señala las medidas para dar seguimiento al impacto ambiental en los

ámbitos local y comunitario; y coloca énfasis en la protección y preservación del ambiente, el que se considera un recurso y resultado del crecimiento sostenido de la economía.

En **Indonesia**, los planes de desarrollo sectorial tienen el propósito de empoderar a las comunidades locales en el manejo de los recursos naturales y el ambiente a través de la religión, costumbres y aspectos culturales. Los planes también promueven un esquema de alianzas con instituciones sociales involucradas en el manejo de recursos naturales y la protección de los derechos consuetudinarios de los pueblos indígenas a manejar los recursos naturales y el medio ambiente.

En **Seychelles** se han desarrollado dos planes integrales para el manejo del medio ambiente en los últimos diez años, que abordan específicamente temas relacionados con el medio

ambiente, la población y el desarrollo. El plan para el periodo 1990–2000 se centraba en cuestiones como la contaminación, la energía, el manejo efectivo de los recursos marinos y la costa, en tanto que el plan que abarca el periodo 2000–2010 se centra en aspectos como la urbanización, la contaminación y la salud, el género, la economía ambiental y el financiamiento sostenible.

En **Turquía**, la política ambiental del país tiene el propósito de asegurar el desarrollo económico y social, proteger la salud humana, el equilibrio ecológico, los valores culturales e históricos, y los valores estéticos. Entre las prioridades nacionales se incluyen la erradicación de la pobreza, el buen gobierno, y la preservación de la biodiversidad, en concordancia con el marco de desarrollo sustentable de la CMDS.

indican que se han utilizado planes y estrategias como marco para incorporar los vínculos entre población y medio ambiente en todos los países (100 por ciento) de la región del Caribe y la sub-región del Pacífico. En contraste, en el 40 por ciento de los países del África Sub-Sahariana y en las repúblicas de Asia Central se han adoptado políticas sobre población y medio ambiente que dan cuenta de estos vínculos. Finalmente, las leyes y reglamentos se han utilizado como puntos de partida para incorporar los vínculos en más de un tercio de los países de Asia y América Latina.

Se hizo un análisis más profundo de las respuestas para examinar qué papel, si lo tuvieron, desempeñaron los factores contextuales sociodemográficos en las acciones realizadas por los países. Los hallazgos de este análisis subrayan los efectos de los niveles de pobreza y la tasa de crecimiento de la población en las acciones del gobierno. Por ejemplo, los países con un nivel mayor de pobreza o con un mayor crecimiento de la tasa de población, tenían mayores posibilidades de adoptar al menos dos medidas específicas relacionadas con el vínculo entre población y medio ambiente. El efecto conjunto de un alto nivel de pobreza y un rápido incremento de la población era más significativo: sólo el 33 por ciento de los países con los niveles más bajos de pobreza (<20 por ciento) y las tasas más bajas de incremento poblacional (<1.47 por ciento) han adoptado varias medidas, en tanto que la tasa correspondiente para el grupo de países con un alto nivel de pobreza y un alto incremento de la población fue del 60 por ciento.

Por lo tanto, esto implica que se da mayor prioridad a las acciones a nivel nacional en aquellos países más afectados.

El Recuadro 2.2 presenta algunos ejemplos de enfoques adoptados por algunos países en relación con el vínculo entre población y medio ambiente.

2.6 MEDIDAS PARA ATENDER LAS NECESIDADES ESPECIALES DE LAS PERSONAS MAYORES

Uno de los cambios demográficos de mayor importancia que caracterizará las primeras décadas de este siglo será la aceleración del envejecimiento de la población. El descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad en el pasado está ocasionando el envejecimiento de la población. Actualmente, cerca de 650 millones de personas o 1 de cada 10 personas en el mundo, tiene 60 años o más. La proporción de personas mayores en los países desarrollados es de cerca del 20 por ciento y alcanzará cerca del 33 por ciento para el año 2050, la proporción correspondiente para los países en desarrollo es sólo del 8 por ciento ahora, y se proyecta que será de alrededor del 20 por ciento para el año 2050. Sin embargo, el crecimiento proyectado para el número absoluto de personas de edad avanzada en países en desarrollo es sorprendente. Se espera que la cifra pase de 415 millones actualmente, a cerca de los 1,514 billones para el 2050. Por otra parte, en los países desarrollados el número de personas de edad avanzada se incrementará de 240 millones a 349 millones. Dado que los aspectos sociales y económicos de tratar el envejecimiento

de la población en los países en desarrollo son incluso más complejos que aquellos relacionados con una alta tasa de fecundidad o la tasa de crecimiento de la población, es comprensible que el PdA de la CIPD y la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en el 2002, subrayaran la urgencia de tratar el tema del envejecimiento como un asunto político⁶.

En el PdA de la CIPD los gobiernos establecieron una serie de objetivos relacionados con el bienestar de las personas mayores. Estas metas pretenden promover la independencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores; mejorar su acceso a servicios de salud reproductiva y seguridad social; y desarrollar un sistema de apoyo social que facilite la capacidad de las familias de cuidar de las personas mayores dentro de la familia. Entre las acciones propuestas se encuentran: 1) tomar en cuenta el número creciente y proporción de personas mayores en la población, en la planeación socioeconómica de mediano y largo plazos; 2) incrementar la autosuficiencia de las personas mayores y favorecer su continua participación en la sociedad; y 3) fortalecer los sistemas de apoyo formales e informales y las redes de seguridad para las personas mayores, así como eliminar todas las formas de violencia y discriminación hacia ellos, y prestar especial atención a las necesidades de las mujeres mayores. Las *Acciones Clave* reforzaron las recomendaciones del PdA de la CIPD e identificaron el impacto que tiene el VIH/SIDA en esta población.

La Encuesta reunió información sobre las acciones emprendidas por los países para trabajar el tema del envejecimiento de la población como una política a largo plazo, un asunto de planeación, y el reto inmediato que implica cumplir con las necesidades especiales de las personas mayores. De 151 países, 140 (93 por ciento) respondieron a la pregunta, y 133 de estos informaron haber realizado alguna acción. Las principales acciones se llevaron a cabo en 58 países, que representan el 39 por ciento. Además, una gran cantidad de países ha emprendido algún tipo de acciones. En 1994, sólo el 21 por ciento de los países había informado estar realizando alguna acción sobre este tema; las variaciones regionales eran bastante significativas. Esto ilustra claramente el progreso importante alcanzado en el periodo de 1994 a 2004. A pesar de que sólo el 39 por ciento de los países informó haber emprendido acciones mayores en este tema, las variaciones regionales fueron bastante significativas. La “tasa de acción” fue más alta en las regiones de América Latina y el Caribe (60 por ciento), seguidas por Asia y el Pacífico, los Estados Árabes, y las repúblicas de Asia Central y la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central que alcanzaron una tasa de cerca del 50 por ciento. La tasa más baja fue la del África Sub-Sahariana (26 por ciento).

Estas diferencias son similares a la incidencia demográfica del envejecimiento de la población por regiones. Un análisis más profundo de las respuestas de los países en desarrollo, indica que aquellos con mayor número de personas de edad avanzada (≥ 7 por ciento – el promedio para todos los países en desarrollo) tienen casi dos veces más probabilidad de adoptar iniciativas importantes (58 por ciento) que aquellos con un nivel de envejecimiento menor (30 por ciento). Esto implica que las acciones nacionales tienen mayor prioridad en los países donde los retos son mayores.

Los datos sobre el número de países que reportan diversas medidas tomadas para abordar el tema del envejecimiento de la población se presentan en la Tabla 2.5. La formulación de planes y/o estrategias se llevó a cabo en 93 países (70 por ciento), mientras que la provisión de condiciones de vida mínimas para las personas mayores se llevó a cabo en 50 países (38 por ciento). 44 países, o el 33 por ciento, delinearon o han implementado políticas de población específicas para la población que está envejeciendo. 22 países o el 17 por ciento, apoyan las acciones de la sociedad civil, mientras que 21 países, o el 16 por ciento, adoptaron leyes y/o reglamentos relacionados con las personas mayores. Resulta claro, a partir de la Tabla, que las diversas medidas toman en cuenta las implicaciones, tanto a largo como a corto plazo, del envejecimiento poblacional. La Tabla también refleja los intentos que se han hecho por trabajar estratégicamente en el tema de envejecimiento al alentar a las organizaciones de la sociedad civil a involucrarse con el tema y al examinar otras

Tabla 2.5 Medidas adoptadas por los países para abordar el tema del envejecimiento de la población

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Formulación de planes y/o estrategias para abordar el envejecimiento	93	70
Provisión de condiciones mínimas de vida	50	38
Políticas sobre el envejecimiento, ya sean adoptadas o en proceso de implementación	44	33
Recolección de datos enfocados en las personas mayores	25	19
Acciones de la sociedad civil	22	17
Adopción de leyes y/o reglamentos relativos a las personas mayores	21	16
Total	133	100

*Basado en múltiples respuestas; los porcentajes pueden sumar más de 100.

RECUADRO 2.3 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LAS PERSONAS MAYORES

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982, el PdA de la CIPD y la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002 han subrayado la trascendencia del envejecimiento de la población y la importancia de considerar las necesidades de las personas mayores. Los países en desarrollo, en donde está surgiendo el tema del envejecimiento, han adoptado o están empezando a adoptar medidas para abordar el tema y para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Algunas de las mejores prácticas son:

En **Seychelles**, desde 1979, existe una política del gobierno para satisfacer las necesidades de las personas mayores a través de una pensión universal que se otorga a personas de 63 años y mayores. Desde 1997, existe un programa de servicios de cuidado en el hogar para ayudar a cubrir las necesidades de las personas mayores cuyas familias no pueden ayudarlos por limitaciones económicas. El gobierno también está proporcionando atención en el hogar a través del Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo y está proveyendo de un lugar para vivir a aquellas personas mayores que no tienen el apoyo de su familia inmediata; y finalmente el gobierno está creando un Consejo para las Personas Mayores,

para proporcionar información relacionada con el envejecimiento y para dar apoyo a las personas mayores.

En la **India** se formuló una Política Nacional Integral para Personas Mayores en 1999. La política condujo a una serie de acciones, entre las que se encuentran: 1) el Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento creó un organismo que proporciona asistencia legal, médica y social a las personas mayores de todo el país; 2) se seleccionaron más de 8,000 ONGs, 516 funcionarios de distrito y organizaciones para crear grupos locales de acción voluntaria para ayudar a las personas mayores; 3) el gobierno proporcionó ayuda y apoyo financiero a ONGs para la creación y operación de hogares para personas mayores; 4) se inició un proyecto nacional llamado "OASIS" (Old Age Social and Income Security), con la intención de que los trabajadores jóvenes ahorren durante toda su vida laboral; y 5) el Ministerio de Desarrollo Rural comenzó a proporcionar pensiones a personas mayores indigentes bajo el Programa Nacional de Asistencia Social.

En **Nepal** se introdujo un esquema nacional de pensiones mensuales para viudas mayores de 60 años, y para todas las personas que lle-

guan a los 75 años de edad. A partir de esto, se ha adoptado una política de colaboración entre el gobierno y las ONGs para mejorar el estado socioeconómico de las personas mayores y eliminar la violencia y la discriminación de la que son objetos, prestando una especial atención a las necesidades de las mujeres mayores.

En **Bolivia** un grupo de leyes garantizan a personas de 65 años en adelante el acceso gratuito a la atención de la salud, a servicios sociales y a un seguro médico, así como a un ingreso fijo anual para personas de este grupo de edad.

En **Kazajstán**, las diversas medidas adoptadas incluyen el registro de 1.6 millones de personas en las instituciones de beneficencia social. Las pensiones y otras medidas de bienestar social para las personas mayores están reguladas por leyes como la de Pago de Pensiones de la República de Kazajstán; la de Pagos Sociales del Estado para Discapacitados; la de Pérdida del Proveedor en la República de Kazajstán; la de Privilegios y Asistencia Social para los Veteranos e Inválidos de la Gran Guerra Patriótica; y la de Bienestar Estatal Especial en la República de Kazajstán.

experiencias organizadas para hacer frente a las necesidades de las personas mayores.

Un examen de los tipos de iniciativas tomadas indica que para los planes, programas y estrategias, el enfoque se dirigía a los aspectos sociales, económicos y de salud relacionados con el envejecimiento. Estos aspectos incluyen la protección social y legal, el cuidado de la salud, el bienestar social, y el acceso a empleo y a servicios sociales. En el caso de las condiciones mínimas de vida, los gobiernos han explorado formas para que las personas mayores tengan acceso a vivienda, servicios y/o establecimientos de salud, y a esquemas de pensión para la edad avanzada sin importar el estatus previo de empleo. Los gobiernos también se han enfocado en mecanismos institucionales y en esfuerzos de recolección de datos, y han trabajado en colaboración con ONGs y organizaciones internacionales para proporcionar a las personas mayores acceso a instalaciones y servicios tales como hospedaje y visitas a domicilio. Se generaron datos y se realizaron investigaciones sobre las personas mayores.

Los gobiernos también apoyaron el papel de las ONGs en actividades de promoción y defensa de las necesidades particulares de las personas mayores. De hecho, en el área del cuidado de las personas mayores, se citaron con frecuencia alianzas exitosas y benéficas entre gobiernos y ONGs

Las variaciones regionales en el porcentaje de países que están adoptando estas medidas indican que cerca del 60 por ciento de los países de Asia, del Caribe y de los Estados Árabes ha informado que están adoptando planes y/o estrategias. Además, las variaciones en las condiciones mínimas de vida para satisfacer las necesidades de las personas mayores era más alta en los Estados Árabes en un 80 por ciento, seguido de cerca por un 62 por ciento en la sub-región del Caribe. Tanto Asia como el Caribe están evaluando los enfoques más adecuados para ayudar a enfrentar las necesidades de las personas mayores. Por último, cerca del 30 por ciento de los países, tanto en la región Árabe como en Asia, está apoyando acciones de la sociedad civil relacionadas con el envejecimiento de la población.

El Recuadro 2.3 presenta ejemplos seleccionados de las experiencias de algunos países relacionadas con el manejo del envejecimiento de la población y las necesidades especiales de las personas mayores.

2.7 MEDIDAS PARA EJERCER INFLUENCIA SOBRE LA MIGRACIÓN INTERNA

Desde una perspectiva de desarrollo y planeamiento, la distribución espacial de la población es un asunto importante. En algunos países se analizan factores como la residencia rural-urbana y la concentración de la población en localidades administrativas (estados, distritos, regiones, etc.) con la intención de distribuir a la población de manera más equilibrada. Es posible que los gobiernos adopten estrategias específicas para enfrentar asuntos como la migración rural-urbana, la concentración en áreas metropolitanas, la creación de ciudades pequeñas o medianas, la colonización de tierras, o el reestablecimiento de esquemas para la agricultura y el desarrollo rural. Los movimientos poblacionales no planeados o no regulados, en combinación con otras fuerzas económicas, pueden conducir a resultados desfavorables, un hecho que ocurre en muchos países en desarrollo. El tema de la migración interna, sus determinantes y consecuencias son muy diversos y abarcan varias regiones. El PdA de la CIPD hace referencia a la migración interna con el objetivo de alcanzar varias metas, entre ellas: propiciar una correcta distribución espacial de la población y disminuir el papel de los diversos factores de “empuje” y su relación con los flujos de migración; ofrecer protección adecuada y asistencia para personas desplazadas dentro de sus países, particularmente a mujeres, niños y personas mayores; y poner fin a todas las formas de migración forzada.

Entre las acciones propuestas se encuentran: 1) formulación de políticas para la distribución de la población; 2) adopción de estrategias de desarrollo regional sustentable y estrategias para alentar la consolidación urbana, el crecimiento de áreas urbanas medianas o pequeñas y el desarrollo sustentable de las áreas urbanas; y 3) aumento de la información y la capacitación para la conservación y la creación de oportunidades de empleo en comunidades rurales. Las *Acciones Clave* proponen las mismas acciones y también señalan la necesidad de llevar a cabo investigación para comprender mejor las características y tendencias de la migración interna y la distribución geográfica de la población, con miras a la formulación de políticas eficaces de distribución poblacional.

Para examinar el progreso que se ha alcanzado a la fecha, la Encuesta solicitó información sobre políticas y programas de migración interna dirigidas a promover una distribución espacial de la población más equilibrada. Un

Tabla 2.6 Medidas adoptadas por los países para ejercer influencia sobre la migración interna

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Planes sobre migración	50	52
Planes para distribuir las actividades económicas y de otro tipo	49	51
Programas de asistencia y/o servicios para desplazados internos	15	15
Instituciones de migración establecidas	10	10
Total	97	100

*Basado en múltiples respuestas; los porcentajes pueden sumar más de 100.

total de 147 (97 por ciento) de 151 países respondieron a la pregunta, y el 64 por ciento, ó 97 países, informó haber realizado alguna acción. Esto refleja un notable avance ya que en 1994 sólo el 41 por ciento de los países en desarrollo informó estar realizando acción alguna.

La Tabla 2.6 muestra que, de los 97 países que informaron estar realizando alguna acción, 50 (52 por ciento) habían adoptado planes de migración interna; 49 países (el 51 por ciento) habían planeado actividades socioeconómicas y políticas dirigidas a influir la distribución espacial de la población; 15 (el 15 por ciento) habían iniciado programas para proporcionar asistencia y/o servicios para desplazados, y 10 (el 10 por ciento) habían establecido instituciones especiales para la migración. Los gobiernos desarrollaron planes para promover esquemas de reubicación y para redistribuir a la población a través de la creación de nuevos centros de desarrollo económico y descentralizando la planeación social y económica, así como el proceso político de la toma de decisiones. También formularon programas y estrategias para reubicar y rehabilitar a los desplazados de manera adecuada. Un total de 39 países adoptaron medidas para la migración interna.

Las variaciones regionales en los porcentajes de los países que informan haber adoptado estas medidas específicas muestran que la formulación de planes específicos de migración fue la acción más común en el África Sub-Sahariana con un 69 por ciento. La utilización de medidas económicas y/o políticas para tener una influencia en la migración interna fue bastante común en la sub-región del Caribe (en un 88 por ciento de los casos), seguida de un 70 por ciento en Asia y en los Estados Árabes. Finalmente, cerca del 50 por ciento de los países del Caribe informó estar implementando programas de asistencia o servicios para personas desplazadas.

Se analizó la información para determinar si era más probable que los países con niveles más altos de urbanización adoptaran diversas medidas para abordar el tema de la migración interna. El análisis indica que la relación es bastante débil. Mientras que un porcentaje un poco más alto de países con mayor población urbana había realizado alguna acción (26.2 por ciento), la tasa correspondiente para países con niveles inferiores de urbanización era de alrededor del 25 por ciento. Se realizó un análisis similar con la tasa anual de crecimiento de la población urbana y éste tampoco mostró diferencias significativas. Por ejemplo, mientras que el 25 por ciento de los países con tasas de crecimiento más bajas (<2.8 por ciento – en promedio) había realizado alguna acción, sólo el 28 por ciento de los países con un crecimiento urbano más acelerado había realizado alguna acción relacionada con la migración interna. Esto implica que la dinámica política de la migración interna es muy divergente en los distintos países del mundo.

2.8 MEDIDAS PARA EJERCER INFLUENCIA SOBRE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

La migración internacional puede tener un impacto positivo tanto en el país de origen como en el de destino. En muchos países la migración internacional ha ayudado a darle forma a los patrones sociales, a promover la riqueza cultural y a mejorar las perspectivas de desarrollo. Según las Naciones Unidas, el número de personas que estaba residiendo fuera de sus países de nacimiento alrededor del año 2000 era una cifra sin precedentes, 175 millones, duplicando la cifra que se había alcanzado en la década de los 70⁷. Sesenta por ciento de los migrantes del mundo vive en los países desarrollados, y el 40 por ciento vive en países en desarrollo. Entre 1990 y el año 2000, el número de inmigrantes nacidos en países extranjeros en el mundo se incrementó en 14 por ciento o en 21 millones de personas. Hubo un incremento del 28 por ciento en el número de migrantes en los países desarrollados, y una disminución del 2.6 por ciento en los países en desarrollo. Los países con el mayor número de inmigrantes internacionales incluyen a los siguientes países en desarrollo: Costa de Marfil, la India, la República Islámica de Irán, Jordania, Kazajstán y Pakistán.

El PdA de la CIPD propuso emprender acciones relativas a la migración mundial encaminadas a la obtención de una serie de objetivos. Estos objetivos incluían: atender las causas de la migración, especialmente aquellas relacionadas con la pobreza; alentar una mayor cooperación y diálogo entre los países de origen y los países de destino para maximizar los beneficios de la migración; y facilitar el proceso de reintegración de los inmigrantes que regresan. Las recomendaciones estuvieron dirigidas a encontrar maneras de alcanzar el

desarrollo económico y social sostenido, asegurar un mejor equilibrio económico entre las naciones desarrolladas y en desarrollo, y disolver conflictos internacionales e internos. Otras recomendaciones incluían considerar el uso temporal de la migración (por ejemplo, la migración de corto plazo y la relacionada con proyectos) como un medio para mejorar las habilidades de las personas en los países de origen; apoyar la recolección de datos sobre los flujos de las migraciones internacionales y los grupos de personas que migran permanentemente a nivel internacional, así como los factores que originan la migración; y fortalecer el apoyo, la protección internacional y la ayuda a los refugiados y a las personas desplazadas y promover la búsqueda de soluciones permanentes en este tema.

Según los hallazgos de la Encuesta, el 73 por ciento, o 110 países, ha emprendido alguna acción, lo cual representa un enorme avance en el abordaje del tema de la migración internacional, ya que sólo el 18 por ciento de los países había informado estar realizando acciones similares en 1994.

Tabla 2.7 Medidas adoptadas por los países para ejercer influencia sobre la migración internacional

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. POLÍTICAS O MEDIDAS PROGRAMÁTICAS		
Planes/programas/estrategias para migrantes internacionales y refugiados	50	45
Leyes y/o reglamentos sobre migrantes internacionales y refugiados	41	37
Adopción de políticas para la migración internacional	36	33
Aplicación de las convenciones sobre refugiados, solicitantes de asilo y migrantes ilegales	12	11
Leyes y/o reglamentos sobre el tráfico de personas	11	10
B. MECANISMOS DE COORDINACIÓN		
Políticas intergubernamentales sobre migración	36	33
Cooperación interinstitucional en migración (gobiernos, ONGs, donantes)	13	12
Intragubernamentales	13	12
Total	110	100

*Basado en múltiples respuestas; los porcentajes pueden sumar más de 100.

En la Tabla 2.7 se presentan datos sobre las medidas específicas adoptadas para abordar el tema de la migración internacional. En ésta se indica la aplicación de una amplia variedad de medidas que van desde la adopción de políticas, la formulación de planes, estrategias o programas, la adopción y promulgación de leyes y reglamentos, esfuerzos para la aplicación de convenciones internacionales, y el establecimiento de distintos mecanismos de coordinación, tanto intergubernamentales como intra-gubernamentales.

De acuerdo con los hallazgos de la Encuesta, la medida más comúnmente adoptada es la formulación de planes, programas y estrategias en torno a los migrantes internacionales y/o refugiados (en 50 países, o en el 45 por ciento) seguida por la promulgación de leyes y/o reglamentos relacionados con migrantes internacionales y trabajadores migrantes (en 41 países, o en el 37 por ciento), la adopción de políticas migratorias (en 36 países, o en el 33 por ciento), la toma de acciones para poner en práctica las convenciones internacionales sobre refugiados, personas que buscan asilo y migrantes ilegales (en doce países o en el 11 por ciento), y la adopción de leyes y/o reglamentos relativos al tráfico de personas, particularmente mujeres y niños (en 11 países, o en el 10 por ciento).

Los países también están prestando atención a la importancia de una buena coordinación en el manejo del complejo asunto de la migración internacional. En un número creciente de países se han establecido mecanismos de coordinación de varios tipos: la coordinación entre agencias gubernamentales, la coordinación entre gobiernos, y la coordinación entre gobiernos, ONGs y donantes internacionales. Como se ve claramente en la Tabla 2.7, treinta y seis países (33 por ciento) están tratando el tema a través de políticas intergubernamentales sobre migración, mientras que 13 países, o el 12 por ciento, informaron estar participando en redes de cooperación interinstitucional o intra-gubernamentales que trabajan en el tema de la migración.

Las variaciones regionales en el porcentaje de países que informan haber adoptado medidas específicas para abordar el tema de la migración internacional muestran que la adopción de planes y programas y estrategias sobre migración y refugiados es más común en los Estados Árabes (62 por ciento) y en las repúblicas de Asia Central (60 por ciento). La adopción de leyes y/o reglamentos relacionadas con inmigrantes y trabajadores migrantes fue más común, en más del 35 por ciento de los países, en Asia, los Estados Árabes, el Pacífico y las repúblicas de Asia Central. La formulación

de políticas sobre migración internacional es más común en el Caribe (64 por ciento). Finalmente, el uso de un enfoque intergubernamental en las políticas fue más común en las repúblicas de Asia Central (60 por ciento) y en el Caribe (55 por ciento). Dada la amplitud de la pregunta de la Encuesta y la diversidad de situaciones relacionadas con la migración internacional, las diferencias observadas no son sorprendentes.

Algunos países también proporcionaron información sobre el principal conjunto de medidas que se adoptaron. Por ejemplo, se concentró la atención en establecer a los refugiados en países del África Sub-Sahariana tales como Ghana y Tanzania. Estos esfuerzos se vieron reflejados en la creación de planes, programas y estrategias, así como

en políticas de migración internacional. En los países de América Latina y el Caribe centraron sus esfuerzos en dar incentivos a las personas que regresan a sus países de origen, mientras que en la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central, los Estados Árabes y las repúblicas Centrales de Asia, los esfuerzos se concentraron en proteger el mercado laboral. La mayoría de las sub-regiones se concentraron en la creación de acuerdos intergubernamentales para la protección laboral de trabajadores migrantes, tanto en los países de origen como en los de destino.

El Recuadro 2.4 proporciona algunos ejemplos ilustrativos sobre las medidas relacionadas con la migración internacional adoptadas por algunos países.

Los países también están prestando atención a la importancia de una buena coordinación en el manejo del complejo asunto de la migración internacional.

2.9 CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES RELACIONADAS CON EL LEVANTAMIENTO DE DATOS, INVESTIGACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El PdA de la CIPD enfatizó que la base de todas las etapas políticas y de acción programática debe estar constituida por la existencia de datos válidos, confiables, oportunos, con sensibilidad cultural, desagregados por sexo, e internacionalmente comparables. Las recomendaciones tienen el propósito de fortalecer la capacidad nacional para la búsqueda de nueva información y para cumplir con las necesidades básicas de recolección de datos, análisis y diseminación de los mismos. Estas recomendaciones buscan asegurar el compromiso político y el entendimiento de la necesidad de recolectar datos como una práctica cotidiana, y alentar el análisis, la diseminación y utilización completa de los datos. Se recomendaron acciones específicas para fortalecer la capacidad nacional para el manejo de datos; para el desarro-

RECUADRO 2.4 MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Como fenómeno global, la migración internacional sigue estando en primer plano en las agendas nacionales e internacionales una década después de la CIPD. Las discusiones y el diálogo político en temas como los derechos humanos; la protección de los migrantes; la fuerza laboral y las remesas de los trabajadores; el tráfico de personas: los refugiados; los desplazados internos y las personas que solicitan asilo; y la seguridad nacional han ocasionado que varios países revisen sus políticas así como sus programas y medidas, por ejemplo:

En **Argelia**, el gobierno ha coordinado esfuerzos institucionales en el tema de la migración para crear una Secretaría de Estado que se hace cargo de las necesidades de los expatriados y que promueve su participación en el proceso de desarrollo. El gobierno también ha establecido una comisión permanente para los migrantes argelinos en la Asamblea Nacional, y ha desarrollado programas para alentar el regreso de los migrantes y para

hacer frente al origen de la migración. Finalmente, se ha realizado una investigación a través del Ministerio Nacional del Empleo, para encontrar las causas de la migración económica, y se han propuesto estrategias para luchar contra el desempleo y para dar incentivos económicos a la juventud argelina para que permanezca en su país.

En **Bielorrusia**, el Ministerio del Trabajo ha discutido con sus contrapartes de otros países para llegar a acuerdos relacionados con la migración laboral y la protección social de sus ciudadanos. Estos acuerdos incluyen, uno con la República Checa en relación con el empleo temporal de los ciudadanos de ambos países; uno con Polonia sobre el empleo mutuo; otro con Alemania sobre acciones conjuntas para evitar la migración ilegal por razones de trabajo y el empleo ilegal y, finalmente, uno con Tayikistán sobre actividades laborales temporales y la protección social de los ciudadanos que trabajan fuera de sus países de origen.

En **Eslovaquia**, a principios de la década de los años 90, se adoptó una ley que apoyaba a los desplazados de Bosnia-Herzegovina y Kosovo. Un Acta de Asilo adoptada en el 2002 promueve nuevas reglas bajo el principio de la no-repatriación, y regula con detalle los procedimientos para otorgar asilo. También cubre la designación de una autoridad independiente que pueda reconsiderar decisiones negativas relacionadas con las personas que solicitan asilo.

En **Bolivia** se adoptó una política intergubernamental (en colaboración con Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) para tratar el asunto de los migrantes internacionales en la región. La política permite a las personas originarias de los países que la adoptaron trabajar y obtener una residencia legal en cualquiera de los países.

llo de programas para la recolección de datos, el análisis, la disseminación, la utilización y la investigación; para el establecimiento y mantenimiento de bases de datos (prestando especial atención a la disgregación de datos por género); y para el fortalecimiento de los programas de capacitación en estadística, demografía y estudios de población y desarrollo. La Encuesta reunió información de países que han emprendido acciones para fortalecer programas de capacitación en las áreas de recopilación e investigación de datos sobre población, en el desarrollo de indicadores de alta calidad, consistentes, y en la adopción de mecanismos de seguimiento y evaluación.

Capacidad para contar con datos sobre población

Respondiendo a la pregunta sobre las medidas que se han tomado para fortalecer la capacidad de contar con datos sobre población, el 96 por ciento de los países informó estar realizando alguna acción. De manera general, las medidas adoptadas fueron: fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para la recolección, proceso, análisis y utilización de datos (93 países); apoyo al desarrollo de bases de datos nacionales y sistemas para el manejo de información (75 países); capacitación de personal en el manejo de bases de datos (61 países); y creación o fortalecimiento de un servicio esta-

dístico nacional (61 países). Otras medidas mencionadas pero utilizadas con menor frecuencia fueron la capacitación de profesionales en el uso de bases de datos (15 países) y la movilización del apoyo de donantes para la construcción de capacidades para el manejo de datos (13 países).

Una comparación regional sobre las medidas tomadas con relación al manejo y obtención de datos indica que algunos países de Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, los Estados Árabes, las repúblicas de Asia Central, la Comunidad de Estados Independientes (CEI), y Europa Oriental y Central, han subrayado la importancia del fortalecimiento de la recolección, análisis y manejo de datos. El desarrollo de bases de datos nacionales, no obstante, ha recibido énfasis en todas las regiones. A pesar de que el desarrollo de bases de datos es útil, la extensión y el tamaño de las acciones que se realizan en los países en el tema de los datos son inadecuados, dado que un gran número de países ha mencionado tener problemas con los datos al abordar temas específicos, como se verá en capítulos posteriores de este informe. La existencia de datos inadecuados es un problema significativo recurrente.

El Recuadro 2.5 muestra ejemplos seleccionados de las prácticas realizadas en algunos países para fortalecer la capacidad nacional en relación con la recopilación de datos.

RECUADRO 2.5 CAPACIDAD NACIONAL PARA EL MANEJO DE DATOS

En el PdA de la CIPD se estableció que los datos válidos, confiables, oportunos, culturalmente relevantes e internacionalmente comparables constituyen la base para el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de políticas y programas. Las *Acciones Clave* vuelven a enfatizar este punto al identificar la necesidad de fortalecer los sistemas de información para que generen estadísticas confiables y una variedad de indicadores de población, medio ambiente y desarrollo de una manera oportuna. Estos indicadores son relevantes para todos los marcos internacionales, incluyendo los ODM y la CMDS que se llevó a cabo en el 2002. Las siguientes experiencias de algunos países son ejemplos de algunas de las acciones que los países llevan a cabo en esta área.

En **Kenia**, el uso de expertos nacionales en el diseño e implementación del censo de 1999 contribuyó a la construcción de capacidades nacionales. Estos expertos apoyaron tanto con el análisis y el procesamiento de datos como con la generación de informes analíticos y con las actividades de promoción y defensa relacionadas con el censo. Los expertos nacionales recibieron el apoyo de expertos externos, entre éstos del Personal de

los Equipos de Apoyo Técnico del UNFPA, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID). UNFPA, DFID y USAID/Macro International Inc. también apoyaron el trabajo de los profesionales de la Oficina Central de Estadísticas, mediante la contratación de consultores locales y asesores externos de reputación internacional. Estos esfuerzos conjuntos permitieron la transferencia de una gran cantidad de habilidades y conocimientos, culminando con la creación, en un tiempo record, de nueve informes que analizan el censo y una multitud de apéndices estadísticos. La obtención de un conjunto diverso de equipo y materiales para el procesamiento y análisis de datos también contribuyó con el fortalecimiento de la capacidad local, así como también lo hicieron la institucionalización de la cartografía asistida por computadora, los Sistemas de Información Geográfica de la Oficina Central de Estadísticas y otras instituciones relacionadas.

En **China** el gobierno ha fortalecido la capacitación de los profesionales involucrados en la recolección, manejo, investigación y análisis de datos sobre población y desarrollo. Las

instituciones de educación superior han capacitado a un número importante de profesionales en las áreas de población y desarrollo. Además, se ha establecido la Red China de Información sobre Población, que se vincula con la Red Asia-Pacífico de Información sobre Población.

En la **India**, el gobierno ha fortalecido el centro de procesamiento de datos bajo la tutela de la Organización Nacional de Muestreo y Encuestas. Además, la Organización Central de Estadísticas delineó una nueva estrategia nacional para la construcción de capacidades y la actualización de habilidades relacionadas con la recolección de datos, su análisis y uso. Se implementaron cursos de corto y largo plazo sobre censos de población y encuestas, procesamiento de datos y Sistemas de Manejo de Información (SMI). Además, el gabinete central aprobó una política nacional para la diseminación de datos. Al amparo de esta política, los datos generados a través del erario público pasarán a ser del dominio público tres años después de la fecha de conclusión de una encuesta o un censo. La misma decisión también aprobó el establecimiento de un centro nacional para el almacenamiento de datos.

Capacidades para la investigación

El logro de capacidad nacional para la investigación es crucial para evaluar el progreso alcanzado en la implementación del PdA de la CIPD. De acuerdo con los hallazgos de la Encuesta, el 90 por ciento de los países han iniciado alguna acción relacionada con el tema. Las medidas más comunes son: apoyo a las encuestas y a la generación de informes de investigación (92 países); apoyo a la investigación a través de una comisión, secretaría, o consejo nacional (57 países); apoyo a la investigación consultiva y participativa (38 países); y apoyo a la expansión de la investigación para incluir a grupos “inadvertidos” (28 países). Estos esfuerzos con frecuencia incluían reclutamiento y capacitación de recursos humanos y la creación de la infraestructura necesaria. Entre las acciones identificadas se pueden mencionar: la creación de un centro nacional de estudios sobre población y desarrollo (27 países); la capacitación en demografía para funcionarios (18 países); y el fortalecimiento de las oficinas regionales de población (11 países). Los esfuerzos para la construcción de capacidades contemplaban la provisión del equipamiento y los recursos necesarios para realizar

investigación interdisciplinaria (incluida investigación sociocultural) en el campo de la población, el género, la salud reproductiva y el desarrollo, así como capacitación en métodos de investigación en universidades nacionales. A pesar de que ninguna de las medidas identificadas se realizaba en más del 60 por ciento de los países en cualquiera de las regiones, el fortalecimiento de la capacidad nacional de investigación merece ser mencionado.

La comparación interregional mostró que todas las regiones enfatizan el apoyo a las encuestas y a la generación de informes, así como a la realización de actividades de investigación por parte de una comisión nacional, secretaría o consejo. Se manifestó un interés especial en apoyar la investigación consultiva y participativa en la región de Asia y el Pacífico, y en apoyar la investigación en grupos marginados en América Latina y el Caribe.

Indicadores consistentes y de alta calidad

Los indicadores son herramientas vitales para determinar el grado de éxito o fracaso de las intervenciones programáticas.

Sólo se pueden producir extrayendo y analizando datos y mediante la promoción de investigación de calidad. En total, 79 por ciento de los países en la Encuesta mencionó haber tomado medidas relacionadas con indicadores. Las más comunes eran: asignar el trabajo a una comisión nacional, secretaría o institución para generar indicadores (31 países); establecer un grupo interinstitucional para la creación de indicadores (27 países); involucrar al servicio nacional de estadística en la generación de indicadores (27 países); incrementar la colaboración (22 países); crear un sistema integral para dar seguimiento a las políticas sociales (19 países); y, finalmente, asegurar que los indicadores clave estuvieran disponibles localmente (17 países). Estas acciones representan un avance en relación con los indicadores, especialmente a la luz de los mecanismos que están siendo establecidos para ayudar en la generación de información para el seguimiento y la evaluación (estos mecanismos se presentan en la siguiente sección).

Muchos países también mencionaron las dificultades que enfrentan para producir indicadores consistentes y de alta calidad. Entre las más mencionadas se encuentran la falta de recursos financieros (32 países); la falta de cobertura para la recolección de datos y el análisis de todos los grupos de población y/o temas (19 países); la falta de recursos humanos (17 países); la falta de infraestructura y la falta de coordinación (15 países); la falta de capacitación técnica (14 países); y la imposibilidad de recolectar y disseminar los datos y la información de manera oportuna (15 países). Estas respuestas señalan la necesidad, tanto de los gobiernos como de la comunidad internacional, de fortalecer el trabajo relacionado con los indicadores.

Mecanismos para el seguimiento y la evaluación

El seguimiento y la evaluación de la implementación de los marcos internacionales de desarrollo, incluido el Programa de Acción de la CIPD, desempeñan un papel vital en la evaluación del logro de las metas de desarrollo. Los esfuerzos de seguimiento y evaluación también ayudan a identificar las mejores prácticas y las dificultades enfrentadas. La Encuesta mostró que los países están reconociendo cada vez más la importancia de alcanzar los objetivos de la CIPD para poder alcanzar los ODM. La Encuesta también indicó que los gobiernos estaban empezando a crear y a fortalecer mecanismos para dar seguimiento y evaluar el progreso hacia los objetivos de la CIPD y los ODM. Por ejemplo, 131 (87 por ciento) de 151 países respondieron a la pregunta sobre mecanismos desarrollados para dar seguimiento y medir el progreso hacia los objetivos de la CIPD, y 82 países (54 por ciento) proporcionaron información sobre los mecanismos utilizados. En comparación con la Encuesta Global de 1998, cuando

43 países informaron estar tomando medidas significativas para establecer mecanismos de seguimiento para evaluar el logro de los objetivos de la CIPD, existe un claro avance en esta área.

Los países han utilizado diversos mecanismos. Los más comúnmente mencionados incluyen la creación de un ente multi-sectorial de coordinación para dar seguimiento al logro de los objetivos de la CIPD (37 países); realización de una encuesta nacional anual sobre el proceso de implementación del PdA de la CIPD (29 países); y la designación de funcionarios puntos focales u oficinas para vigilar el proceso de implementación del PdA de la CIPD.

Una pregunta similar sobre el seguimiento de los ODM originó respuestas en 124 países, de los que 87 proporcionaron información detallada sobre el mecanismo utilizado. Las acciones incluían el establecimiento de un cuerpo multi-sectorial de seguimiento para supervisar el logro de los ODM (36 países); la realización de una encuesta nacional anual sobre el logro de los ODM (26 países); y la designación de puntos focales o funcionarios responsables para el seguimiento del progreso hacia los ODM (23 países). Lo anterior representa un avance significativo, especialmente porque los ODM recién se adoptaron hace unos pocos años atrás. No queda duda que los países están comprometidos a ayudar a alcanzar y dar seguimiento a los ODM y a las metas de la CIPD.

2.10 CONCLUSIÓN

Los países siguen enfrentando dificultades como lo hacían en 1998 cuando se realizó la Encuesta Global. En ese momento, los países mencionaban constantes dificultades enfrentadas, tales como la falta de recursos financieros, la falta de personal capacitado o calificado, una capacidad institucional insuficiente, y la falta de conciencia y comprensión de estos temas. También citaron la falta de datos y la insuficiente coordinación entre las instituciones y los ministerios. La mayoría de estas dificultades se reiteraron en la Encuesta Global 2003. Entre las nuevas dificultades identificadas se incluye particularmente la falta de voluntad política. En algunos países dichas dificultades han afectado la implementación de los aspectos de población y desarrollo que forman parte del Programa de Acción.

Los países también identificaron el surgimiento de varios temas relacionados con la población y el desarrollo. Estos temas incluyen el envejecimiento de la población, el alivio de la pobreza, la migración interna y externa, la situación de los refugiados y de los desplazados internos, la necesidad de fortalecer la recolección de datos relacionados con temas de población (particularmente censos) y el mejoramiento de la calidad general de los datos disponibles. En la Encuesta se distinguieron amplias variaciones regionales.

En el África Sub-Sahariana, por ejemplo, se identificaron temas como el alivio de la pobreza, la calidad de los datos y/o censos, y el envejecimiento de la población. En Asia y el Pacífico se identificaron los temas del envejecimiento, la migración, los refugiados y/o desplazados, los datos y la creación de empleos. Los Estados Árabes, las repúblicas de Asia Central, la CEI, Europa Oriental y Central mencionaron temas como las políticas de población, la pobreza, la migración, el mejoramiento de la situación de los refugiados y/o desplazados, y la calidad de los datos y/o censos.

Los hallazgos de esta Encuesta muestran que los países han logrado un avance desde la Encuesta Global de 1998 en cuanto a la implementación de las acciones propuestas por el PdA de la CIPD y las *Acciones Clave*. Se ha alcanzado un progreso importante en cuanto a la integración del tema de población a las estrategias de desarrollo y en cuanto a abordar los temas de población en el contexto de la pobreza, el medio ambiente y la descentralización del proceso de planeación. Se han logrado avances significativos en términos de las acciones realizadas en torno al envejecimiento de la población y la migración interna e internacional. Además se han obtenido varios éxitos con respecto al desarrollo de sistemas de evaluación y seguimiento. Estos mecanismos son esenciales para registrar el progreso hacia la obtención de los objetivos de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Se observó la existencia de vínculos entre la severidad del tema de población específicamente y la multiplicidad de medidas adoptadas para abordarlo. Estos vínculos implican que los países se están volviendo más pragmáticos en la optimización de recursos y la atención de las necesidades prioritarias. Son también indicativos de un crecimiento del conocimiento práctico de las recomendaciones del PdA de la CIPD en cuanto al papel de los factores poblacionales en el desarrollo. Sin embargo, los resultados también muestran que todavía queda mucho por hacer para implementar las medidas de población y desarrollo de una manera más integral y efectiva que ayude a alcanzar los objetivos de la CIPD.

Los países necesitan resolver las limitaciones y dificultades que encuentran para la implementación, y adoptar y fortalecer las intervenciones programáticas para abordar los temas de reciente aparición. El avance continuo en los aspectos de población y desarrollo del PdA de la CIPD y de las *Acciones Clave* es esencial para crear el ambiente necesario para lograr el éxito en otros aspectos del PdA de la CIPD, particularmente en las áreas de empoderamiento de género, derechos reproductivos y salud reproductiva, alianzas y movilización de recursos. En este contexto, la necesidad de un enfoque integral para la formulación e implementación de las políticas, y la planeación de estrategias de población y desarrollo es de fundamental importancia. Existe una clara necesidad de contar con datos adecuados y oportunos, recursos humanos con capacitación adecuada, mecanismos efectivos para la coordinación y con estructuras de seguimiento y evaluación. A pesar de que el PdA de la CIPD y las *Acciones Clave* han recomendado emprender acciones para ayudar a resolver estos aspectos, es necesario que los países continúen fortaleciéndolos como parte de sus esfuerzos nacionales.

Abordar los nuevos temas de envejecimiento poblacional, migración internacional y la distribución espacial de la población (incluida la migración interna) requiere de un alto grado de distintos tipos de coordinación. Sin sobrecargar su mecanismo de desarrollo de políticas – y programas –, los países tienen que promover una coordinación eficaz. Esta coordinación tendrá que ser intra-sectorial, intersectorial, interinstitucional, internacional e inter-funcional (abarcando políticas, programas y estrategias).

Por último, cabe mencionar que las naciones deben avanzar rápidamente para mejorar la calidad, la importancia, el alcance y el impacto de las medidas programáticas que han adoptado con respecto a la población y el desarrollo. Sólo entonces se podrán alcanzar los objetivos de la CIPD.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (Nueva York, 2003), ST/ESA/SER-A/222.
- 2 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER-A/149.
- 3 Banco Mundial, *World Development Report 2000-2001: Attacking Poverty* (Washington DC, octubre del 2000), Panorama.
- 4 Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) and Coverage of ICPD Goals and Population and Poverty Linkages in MDGRs* (Nueva York, 2003), manuscrito.
- 5 Naciones Unidas, *op. cit.*, párrafo 3.29^a.
- 6 Naciones Unidas, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (Nueva York, Naciones Unidas, 2002), A/CONF.197/9.
- 7 Naciones Unidas, *International Migration Report 2002* (Naciones Unidas, 2002), Panorama.

3 Igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres

3.1 INTRODUCCIÓN

Durante los noventa, las conferencias mundiales procuraron poner de relieve las vidas de las mujeres. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, afirmó que los derechos de las mujeres son derechos humanos¹. En El Cairo, en 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) avanzó en esta aseveración y colocó los derechos de las mujeres, el empoderamiento y la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, en el centro de las políticas y programas de población y desarrollo sustentable².

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se alcanzó un consenso que busca promover y proteger el pleno disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de sus ciclos de vida³.

En los últimos diez años, diversas contrapartes han trabajado para implementar e incorporar las agendas de estas conferencias en los programas nacionales de acción. El Programa de Acción de la CIPD (PdA de la CIPD) definió en particular un sistema de objetivos estratégicos y definió las acciones correspondientes que deberían tomar los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, para eliminar los obstáculos existentes a la igualdad de género y para mejorar las vidas de niñas y mujeres.

El PdA de la CIPD hizo un llamado a emprender acciones para empoderar a hombres y mujeres, y para eliminar desigualdades entre unos y otras. Estas acciones incluyen promulgar, poner en marcha y hacer cumplir las leyes nacionales y las convenciones internacionales referentes al género en áreas tales como la eliminación de la discriminación por género en el empleo y la garantía de los derechos de las mujeres a obtener créditos y a comprar, poseer, heredar y vender propiedades y tierras. También recomendó el

asegurar la representación equitativa de ambos sexos en todos los programas, incluyendo aquellos que se centran en la población y el desarrollo.

Las acciones estaban orientadas a alcanzar la igualdad y la equidad basadas en una asociación armoniosa entre hombres y mujeres. También se dirigieron a destacar las contribuciones de las mujeres al desarrollo sustentable, permitiendo su plena incorporación a los procesos políticos y de toma de decisiones y en todos los aspectos de la producción, el empleo, las actividades de generación de ingresos y activi-

dades relacionadas con los temas de población, entre otros. Las acciones fueron recomendadas para asegurar que a todas las mujeres, así como a todos los hombres, se les proporcionara la educación necesaria para que pudieran atender sus necesidades humanas básicas y ejercer sus derechos humanos.

También se reconoce que las mujeres pueden y deben desempeñar un papel significativo en los esfuerzos para alcanzar el desarrollo sustentable y la erradicación de la pobreza.

Cuando las mujeres son educadas y gozan de buena salud, se benefician sus familias, sus comunidades y sus países. Por ello, la Cumbre del Milenio visualizó un mundo mejor para el año 2015, un mundo en el cual las disparidades de género en la educación primaria y secundaria se hayan eliminado, y donde las mujeres se encuentren ya empoderadas. Por otra parte, se reconoce que la igualdad de

género es importante no sólo como meta en sí misma, sino también como uno de los caminos a transitar en la consecución de los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio⁴.

En los últimos diez años se ha desplegado un amplio esfuerzo para producir y difundir información sensible al género. Sin embargo, es mucho lo que falta por hacer, ya que el tema de género y el empoderamiento de las mujeres continúan plagados de dificultades conceptuales, metodológicas y de medición. Por ejemplo, en la Encuesta Global 2003, los

Varios países informaron haber emprendido acciones durante los últimos diez años para promover el desarrollo del pleno potencial de las mujeres, por medio de la educación, la adquisición de habilidades y el empleo. También informaron haber establecido los mecanismos para la igualdad de participación y la representación equitativa de las mujeres en todos los niveles del proceso político y de la vida pública.

resultados reflejan lo que es ampliamente reconocido sobre un problema básico inherente al área de género: una persistente falta de claridad en relación con conceptos tales como “la incorporación de la perspectiva de género”¹. Esta falta de claridad incide en la dificultad para analizar los datos sobre género y empoderamiento de las mujeres. Los datos pueden variar según la fuente de la información, los períodos de referencia de los datos, y la comprensión de nomenclaturas y definiciones por parte de quienes los recaban. Además, asuntos tales como la violencia de género (VBG) y las responsabilidades de los hombres son relativamente nuevos, ya que han alcanzado visibilidad sólo desde la CIPD y la Conferencia de Beijing. Consecuentemente, pocos países han recogido suficientes datos confiables sobre estos temas; no obstante, están en curso diversos esfuerzos en este sentido, con la cooperación de las agencias y de los donantes de las Naciones Unidas.

La Encuesta Global 2003 planteó una serie de preguntas sobre asuntos relacionados con el tema de género, en un intento por dar seguimiento al progreso alcanzado por los países en lo que se refiere a la implementación del componente del género del Programa de Acción de la CIPD. Este capítulo analiza las medidas tomadas desde 1994 en cinco áreas específicas: (a) protección de los derechos de mujeres y niñas; (b) empoderamiento de las mujeres; (c) violencia de género; (d) disparidades de género en la educación; y (e) contribución de los hombres a la consecución de los derechos y el empoderamiento de las mujeres. Asimismo, se presentan las consideraciones culturales evidenciadas por los países. Los ejemplos de alianzas entre gobierno y sociedad civil para asuntos de género y empoderamiento de las mujeres se describen en el capítulo ocho.

3.2 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LAS MUJERES

A partir de El Cairo y Beijing, muchas políticas nacionales dirigidas a la población, la salud reproductiva y la situación de las mujeres han asumido crecientemente los enfoques de género y derechos humanos. Existe un marco cuidadosamente construido sobre género y derechos humanos. El mismo se basa en un fuerte sustrato ético proveniente de todas las culturas y tradiciones. Este marco reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos, y que las mujeres deben tener libertad de decisión y opción en relación con su salud reproductiva. Para ello, las mujeres deben estar exentas de discriminación, coerción y violencia.

El Programa de Acción de la CIPD llamó a todos los países a hacer mayores esfuerzos para promulgar, implementar y hacer cumplir las leyes nacionales y las convenciones internacionales que protegen a las mujeres contra la discriminación

económica y el acoso sexual. Tales convenciones incluyen la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). El Programa de Acción de la CIPD también exhortó a los países a la plena implementación de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y de la Declaración y el Programa de Acción de Viena. Los países fueron instados a firmar, ratificar e implementar todos los acuerdos que promuevan los derechos de las mujeres. Las Acciones Clave de la CIPD+5 hicieron un llamado a los gobiernos a revisar toda la legislación y a revocar aquellas leyes que discriminen en contra de las niñas y mujeres jóvenes. De los 151 países que respondieron a nivel global, 150 (99 por ciento) informaron haber adoptado medidas para proteger los derechos de las niñas y las mujeres.

La Tabla 3.1 revela que las medidas más comúnmente tomadas fueron la adopción de reglamentos y leyes nacionales sobre los derechos de las niñas y mujeres (71 por ciento), seguidas de la ratificación de convenciones de las Naciones Unidas (45 por ciento). Más de una tercera parte de los países (41 por ciento) informó haber formulado políticas para eliminar la discriminación por motivos de género, y menos de un tercio (29 por ciento) proporcionó protección constitucional a niñas y mujeres.

Resulta interesante que 9 por ciento de los países que respondieron informaron haber implementado programas de IEC y de promoción y defensa de la igualdad de género como una medida específica dirigida a proteger los derechos de las niñas y las mujeres — una acción importante para influir en el cambio legislativo y de políticas, para formular

Tabla 3.1 Medidas tomadas por los países para proteger los derechos de las niñas y las mujeres

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Formulación de reglamentos y leyes nacionales sobre derechos de las mujeres	107	71
Ratificación de convenciones de las Naciones Unidas sobre derechos de las mujeres	67	45
Adopción de políticas para eliminar la discriminación por género	61	41
Provisión de protección constitucional a las mujeres	43	29
Total	150	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

programas sensibles al género, y para promover modificaciones en el comportamiento y actitudes hacia los derechos de las niñas y las mujeres. Los países que han adoptado tal medida incluyen Argentina, Bangladesh, Belice, Gabón, Granada, las Islas Marshall, la República de Moldova, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Filipinas, San Kitts y Nevis, Siria, y la República Unida de Tanzania. En términos regionales, América Latina alcanzó el número mayor de países (88 por ciento) que formularon reglamentos y leyes nacionales sobre los derechos de las niñas y las mujeres. En relación con el establecimiento de una comisión nacional para las mujeres, 88 por ciento de los países latinoamericanos informó haber tomado tal medida, en comparación con 20 por ciento de los países de las Repúblicas de Asia Central. En África, Asia y el Caribe, por lo menos 50 por ciento de los países dió a conocer que habían establecido una comisión de tal tipo.

3.3 EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

El Programa de Acción de la CIPD destacó que el empoderamiento y la autonomía de las mujeres, así como el mejoramiento de su situación política, social, económica y de salud constituye un importante fin en sí mismo. También observó que se requieren la plena participación y la plena asociación de ambos, hombres y mujeres, en todos los aspectos de la vida productiva y reproductiva. Tal asociación incluiría responsabilidades compartidas en el cuidado y la crianza de los hijos e hijas y en el mantenimiento del hogar. Por otra parte, el empoderamiento de las mujeres, de acuerdo con la Declaración del Milenio, es una manera eficaz de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades, así como de impulsar un desarrollo verdaderamente sustentable. El desarrollo sustentable requiere que las mujeres estén plenamente involucradas en el desarrollo de políticas y programas ambientales en todos los niveles.

El empoderamiento de las mujeres incluye extenderles todos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Involucra también aquellos procesos encaminados a que las mujeres obtengan el poder para expresar y defender sus derechos y para que adquieran autoestima y control sobre sus propias vidas y relaciones. La participación de los hombres y la aceptación del cambio de roles es un elemento esencial de estos procesos.

La educación se identificó como uno de los medios más importantes para empoderar a las mujeres, proveyéndoles del conocimiento, las habilidades y la confianza en ellas mismas que requieren para participar plenamente en el proceso de desarrollo. Varios países informaron haber emprendido acciones durante los últimos diez años para promover el desarrollo del pleno potencial de las mujeres, por medio de la educación, la adquisición de habilidades y

el empleo. También informaron haber establecido los mecanismos para la igualdad de participación y la representación equitativa de las mujeres en todos los niveles del proceso político y de la vida pública.

La Encuesta Global 2003 solicitó información sobre el progreso alcanzado por los países en cuanto a la promoción del empoderamiento de las mujeres, a través de políticas, medidas legislativas o administrativas. Los resultados revelan que 99 por ciento de los países reportaron haber tomado medidas para empoderar a las mujeres. La Tabla 3.2 muestra que las acciones más frecuentes que adoptaron los países incluyen (a) medidas legislativas y (b) acciones programáticas y administrativas. Las primeras incluyen la promoción de la ampliación de la participación de las mujeres en los niveles de gobierno (51 por ciento); la adopción de leyes y reglamentos sobre el empoderamiento de las mujeres (34 por ciento); y la promoción de la ampliación de la participación de las mujeres en el proceso político (20 por ciento).

Por otro lado, las acciones programáticas y administrativas comprenden la formulación de planes, programas y estrategias para la inclusión de las mujeres en el desarrollo (59 por ciento), la provisión de oportunidades económicas

Tabla 3.2 Medidas tomadas por los países para empoderar a las mujeres

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Políticas y medidas legislativas		
Inclusión de mujeres en niveles de gobierno	74	51
Adopción de leyes/ reglamentos para el empoderamiento de las mujeres	49	34
Promoción de ampliación de la participación de las mujeres en el proceso político	29	20
B. Medidas programáticas y administrativas		
Formulación de planes/programas/ estrategias para la inclusión de las mujeres en las actividades de desarrollo	85	59
Provisión de oportunidades económicas para las mujeres	66	46
Provisión de educación y capacitación para las mujeres	54	38
Sensibilización a funcionarios/as públicos/as sobre asuntos de género	18	13
Total	144	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

RECUADRO 3.1 PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO Y DEL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

El empoderamiento de las mujeres es un importante fin en sí mismo. El empoderamiento es un derecho humano básico, y empoderar a las mujeres es una contribución al bienestar humano. La igualdad, equidad y empoderamiento de las mujeres son esenciales para lograr el desarrollo económico, político y social para todos.

En marzo del 2000, el Presidente de **Azerbaiján** emitió un decreto "Sobre la Implementación de una Política de Estado sobre los Asuntos de las Mujeres en Azerbaiján", que enfatizaba el compromiso del país hacia los principios de los derechos de las mujeres. El mismo instruye al gobierno a asegurar igual representación de las mujeres en la administración pública, oportunidades iguales para las mujeres en el marco de las reformas que están en marcha, y la provisión de adiestramiento en género en la legislatura nacional. Más aún, en cada distrito, se pidió que las instituciones gubernamentales nombraran un punto focal para asuntos de género en sus respectivas oficinas. Los puntos focales de los ministerios más relevantes, junto con representantes de las principales ONGs y medios de comunicación, conformaron un consejo inter-agencial encargado de implementar el Plan de Acción Nacional sobre el Empoderamiento de las Mujeres y la Igualdad e instituir enmiendas a la legislación penal nacional.

En **Gabón** se organizan regularmente seminarios de información y sensibilización sobre género y estrategias para el desarrollo basadas en cuestiones de género y equidad, para funcionarios gubernamentales. La oficina de las Naciones Unidas en Gabón organizó, en 2001, una sesión informativa sobre asuntos de género para miembros del gabinete, presidida por el Primer Ministro.

En **Indonesia**, el Presidente dio instrucciones relativas a la Incorporación del Enfoque de Género en el Desarrollo Nacional. Como resultado, se establecieron puntos focales en 11 instituciones gubernamentales, incluyendo el Ministerio de Educación, el Departamento de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. A nivel regional/provincial, equipos gerenciales de mujeres en el desarrollo coordinan actividades de empoderamiento. Dichos equipos, que se han establecido en el total de las 30 provincias y los 207 distritos y municipalidades, están conformados por personal de gobierno y por representantes de organizaciones no gubernamentales y centros universitarios de estudios sobre mujeres.

En la **India** se han establecido mecanismos institucionales para proteger los derechos de las mujeres y los hombres y para promover la igualdad de género. El gobierno creó una Comisión Nacional de Derechos Humanos que tiene la facultad de investigar y propor-

cionar compensación cuando el estado o los miembros de la sociedad civil violan los derechos humanos de una persona. También se constituyó una Comisión Nacional para las Mujeres, con un mandato de asegurar que se promulgue e implemente una legislación sobre los derechos de las mujeres. Además, se instalaron cortes de familia y cortes de mujeres (mahila), así como unidades especiales en las comisarías policiales para el tratamiento de crímenes contra mujeres. Además, se decretó una ley para proporcionar asistencia legal y consejería gratuitas a todas las mujeres, independientemente de su condición. Para asegurar la sensibilidad a las cuestiones de género entre los encargados de aplicar la ley y en el sistema de justicia penal, el gobierno ha institucionalizado programas de sensibilización en género para jueces, policías y fiscales, por medio de cursos, previos o durante el servicio, sobre igualdad de género.

En **México**, la Secretaría de Salud lleva a cabo, en el marco de su Programa de Salud de la Mujer, actividades de sensibilización y capacitación a empleados y empleadas del sector salud para promover la equidad de género en la formulación de políticas en sus áreas de especialización. El gobierno está poniendo en marcha una estrategia para incorporar la perspectiva de género en los presupuestos de la Secretaría de Salud.

para las mujeres (46 por ciento) y la provisión de educación y capacitación para las mujeres (38 por ciento). Diez países reportaron haber formulado planes para la inclusión de las mujeres marginadas en actividades de desarrollo: Angola, Bolivia, Chile, Costa Rica, Granada, México, Panamá, Perú, Túnez y Venezuela. El Recuadro 3.1 ilustra diferentes mecanismos institucionales utilizados por los países para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Las principales políticas y acciones legislativas que se llevaron a cabo por regiones fueron: la promoción de una mayor participación de las mujeres en niveles de gobierno (75 por ciento en América Latina y en las Repúblicas de Asia Central) y la adopción de leyes y reglamentos para el empoderamiento de las mujeres (75 por ciento en las Repúblicas de Asia Central). Por otro lado, las principales acciones programáticas y administrativas que se utilizaron en las

regiones fueron la provisión de oportunidades económicas para las mujeres (55 por ciento en el África sub-Sahariana) y la provisión de educación y capacitación para las mujeres (63 por ciento en el Caribe).

3.4 VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia contra las mujeres es un problema ancestral que ocurre en cada cultura y en cada grupo social. Con frecuencia a la violencia contra las mujeres y las niñas se le denomina "violencia con base en el género" porque se deriva en parte de la condición subordinada de las mujeres en la sociedad. En muchas culturas, las creencias tradicionales, las normas y las instituciones sociales legitiman y, por tanto, perpetúan, la violencia contra las mujeres.

El Programa de Acción de la CIPD, la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y otras conferencias e instrumentos internacionales han reconocido que la violencia

con base en el género constituye un asunto de principal importancia en la agenda internacional de derechos humanos. Al colocar la violencia contra las mujeres en el marco del discurso de los derechos humanos, estos planes de acción afirman el derecho de las mujeres al disfrute y protección, en plan de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La violencia de género incluye una amplia gama de violaciones a los derechos humanos de las mujeres; entre ellas, el tráfico de mujeres y niñas, la violación, el abuso del cónyuge, el abuso sexual de menores, y prácticas dañinas que lastiman irreparablemente la salud sexual y reproductiva de niñas y mujeres. Las consecuencias de la VBG son múltiples: van desde la negación de los derechos fundamentales, a los efectos negativos sobre la salud reproductiva y mental, a amenazas al bienestar de mujeres y niñas. Además del costo humano, la violencia contra las mujeres erosiona su participación en la vida pública, reduce su productividad e incrementa costos, incluyendo el precio de la atención médica.

En tanto que se reconoce que es necesario identificar las causas de la violencia de género, no es fácil comprobar la incidencia y severidad de este tipo de violencia debido a la cultura de silencio que la rodea y al estigma social involucrado.

El Programa de Acción de la CIPD enfatizó la necesidad de eliminar la violencia contra las mujeres. En las *Acciones Clave*, se instó a los gobiernos a promover y proteger los derechos humanos de las niñas y las mujeres jóvenes. Entre estos derechos se encuentran los derechos económicos y sociales así como el derecho a una vida sin coerción, discriminación y violencia (incluyendo la explotación sexual y las prácticas dañinas). Se exhortó a los gobiernos a ir más allá en el desarrollo de programas y políticas para fomentar actitudes de «cero tolerancia» hacia la violencia contra las niñas y las mujeres, incluyendo cortes a los genitales femeninos, la violación, el incesto, el tráfico, la violencia y explotación sexuales.

En congruencia con el Programa de Acción de la CIPD y las *Acciones Clave*, en la Encuesta Global 2003 se incorporó una pregunta para obtener información sobre las medidas tomadas por los países en relación con la violencia contra las mujeres. Los resultados mostraron que, a nivel mundial, 98 por ciento de países informaron haber emprendido acciones para enfrentar la violencia de género. Las medidas dadas a conocer por los países incluyen acciones legales y legislativas que otorgan autoridad para su implementación y aplicación. También informaron sobre acciones programáticas y administrativas para enfrentar la demanda de servicios para víctimas de violencia, la provisión de infor-

mación sobre VBG, y el seguimiento a su incidencia. Estas medidas incluyen estrategias de capacitación, IEC y promoción y defensa, tanto para incrementar el nivel de conciencia sobre este problema, como para disminuir la incidencia de la VBG, así como acciones encaminadas al tratamiento de las víctimas por medio de servicios de consejería.

Como se observa en la Tabla 3.3, la acción que se emprendió con más frecuencia en el ámbito legal y legislativo fue la adopción de leyes y reglamentos en materia de VBG (en 66 por ciento de los países). Además, 16 por ciento de los países impulsaron el cumplimiento de leyes y reglamentos. Sin embargo, sólo 24 países hicieron efectivo dicho cumplimiento, lo que evidencia que es mucho lo que falta por hacer para enfrentar este problema.

En lo que se refiere a las medidas programáticas y administrativas, los países informaron que han proporcionado servicios de apoyo a víctimas (40 por ciento); realizado acciones de IEC y de promoción y defensa en torno a la VBG (37 por ciento); creado comisiones nacionales sobre VBG (37 por ciento) y capacitado a proveedores de servicios y a funcionarios gubernamentales en el tratamiento de los casos de

Tabla 3.3 Medidas tomadas por los países para enfrentar la violencia de género

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Medidas legales y legislativas		
Adopción de leyes/legislación sobre violencia de género	97	66
Aplicación de leyes/legislación sobre VBG	24	16
B. Medidas programáticas y administrativas		
Provisión de servicios a víctimas	59	40
Conducción de campañas de IEC/promoción y defensa en torno a la VBG	55	37
Creación de comisiones nacionales sobre VBG	54	37
Capacitación a proveedores de servicios/funcionarios de gobierno sobre e tratamiento de casos de VBG	36	24
Establecimiento de mecanismos institucionales para dar seguimiento/informar sobre VBG	36	24
Total	147	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

RECUADRO 3.2 ATENDIENDO LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A partir del Programa de Acción de la CIPD, muchos países han proporcionado capacitación sensible al género para funcionarios gubernamentales. Un buen número de ellos también ha creado instituciones o programas para promover los derechos de las mujeres.

En **Brasil**, el Ministerio de Salud formuló guías sobre violencia y salud, dirigidas a la prevención y tratamiento de lesiones derivadas de la VBG. Por ejemplo, el Reglamento Técnico para la Prevención y Tratamiento de Lesiones Derivadas de la Violencia Sexual contra las Mujeres se distribuyó entre equipos de salud, organizaciones de mujeres y universidades. En 2001, se adoptaron el Protocolo de Atención para la Violencia Intrafamiliar y la Carta de Derechos Humanos y Violencia Intrafamiliar, así como el Protocolo para Prevención del SIDA en Víctimas de Violencia Sexual. Se han hecho inversiones significativas para proporcionar servicios a mujeres en situación de violencia. En 1997, existían sólo 17 servicios de referencia para la asistencia integral a tales mujeres. Hoy, estos servicios se pueden encontrar en 85 hospitales y en 113 servicios ambulatorios.

En **Colombia** existe desde 1998 una política denominada *Haz Paz*. La misma tiene por objeto prevenir, dar seguimiento y detectar la violencia doméstica, y proporcionar asistencia en las áreas de justicia, salud y protección. Como parte de esta política, y con el apoyo del UNFPA, en 1999 se puso en marcha el proyecto para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, dirigido tanto a mejorar

la calidad de la atención a víctimas de violencia sexual, como a reivindicar sus derechos.

En **Irán** se establecieron centros especiales para mujeres oficiales de policía en los departamentos de policía metropolitanos para proporcionar asistencia a víctimas de violencia contra las mujeres. Además el gobierno apoyó la creación de una línea de auxilio en esos mismos departamentos. Desde octubre de 2002, se ha contratado en Irán a 400 mujeres policías.

El capítulo **jamaiquino** de la Asociación Caribeña de Investigación y Acción Feminista (CAFRA, por sus siglas en inglés) y un grupo denominado Woman, Inc. (Mujer, Inc.) han desarrollado desde el año 2000 un "programa de capacitación para capacitadores" sobre intervención en violencia doméstica para personal de la policía. Como resultado, la intervención en violencia doméstica se agregó al currículo de la Academia Jamaicana de Policía y a la capacitación básica del personal del programa de libertad condicional. Desde entonces, 642 oficiales de policía y 384 funcionarios del programa de libertad condicional han recibido capacitación sobre el tratamiento de la violencia doméstica. En 2002, la Oficina de Asuntos de las Mujeres capacitó a personal de justicia en el abordaje de la violencia contra las mujeres desde un enfoque sensible a las cuestiones de género. Participaron en los talleres jueces, policías, personal de las cortes, abogados, funcionarios del programa de libertad condicional y trabajadores sociales.²

El gobierno de **Sierra Leona**, en colaboración con ONGs y la policía, ha llevado a cabo

programas de sensibilización y promoción sobre asuntos relacionados con la igualdad de género y la violencia de género. Se han establecido líneas telefónicas de auxilio para poner en contacto a las mujeres que han experimentado violencia con Unidades de Apoyo Familiar en la Fuerza Policial.

En **Trinidad y Tobago** se promulgó en 1999 un Decreto sobre Violencia Doméstica. Subsecuentemente, el gobierno creó una Unidad de Violencia Doméstica, que opera una línea telefónica de auxilio a víctimas, gratuita, que ofrece servicios de referencia 24 horas al día. Esta línea proporciona información sobre albergues, consejería, servicios y centros comunitarios de apoyo. Actualmente existen 16 centros de consejería y 15 albergues para víctimas. El gobierno lleva a cabo también la recolección y análisis de información cuantitativa sobre violencia doméstica, y se encuentra implementando un amplio programa de generación de conciencia entre el público en general que incluye la producción y difusión de manuales de procedimiento, folletos informativos, carteles y material promocional. También se han establecido unidades comunitarias de vigilancia para hacer frente a asuntos de violencia doméstica. El personal de policía de estas unidades recibe una amplia capacitación para el abordaje de los asuntos policiales desde un enfoque de género. A raíz de la reforma del Decreto, se modificó la capacitación que se imparte a la policía para el tratamiento de la violencia doméstica.

VBG (24 por ciento). Otras acciones dadas a conocer incluyen la creación de mecanismos institucionales para el abordaje de la VBG.

A nivel regional, 88 por ciento de los países de América Latina adoptó leyes y reglamentos sobre VBG. Ochenta y dos por ciento informó haber implementado programas para proporcionar servicios a las víctimas y 53 por ciento realizó campañas de IEC y de promoción y defensa.

3.5 HACIA LA REDUCCIÓN DE DISPARIDADES DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN

El Programa de Acción de la CIPD hizo un llamado a alcanzar la educación primaria universal en todos los países antes del año 2015. Al mismo tiempo, se instó a todos los países a asegurar lo más pronto posible el más amplio acceso de niñas y

mujeres a la educación secundaria y a niveles superiores de educación. Además de recomendar oportunidades para la educación de las niñas, se solicitó a los países refrendar su compromiso de eliminar todo sesgo por motivos de género para promover cambios en las áreas de actitudes y prácticas de las y los maestros, en los programas de estudio y en las instalaciones educativas.

La necesidad de cerrar la brecha de género en la educación establecida en el Programa de Acción de la CIPD fue retomada en los ODM. La eliminación de esa brecha constituye un gran reto para los funcionarios públicos, particularmente en el África Sub-Sahariana y en el Sur de Asia, donde se presentan las mayores disparidades de género en cuanto a inscripción en educación primaria. En la Encuesta Global 2003 se incluyeron preguntas sobre el

progreso alcanzado por los países en lo referente a mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria, y en la atención de las disparidades de género en la educación.

Enfrentando la brecha de género en la educación

La Encuesta Global 2003 revela que, a nivel mundial, 93 por ciento de los países han avanzado en lo relativo a enfrentar la brecha de género en la educación. De los 129 países que dijeron haber alcanzado algún progreso, 22 por ciento indicó que se está incrementando la proporción de niñas respecto de los niños en el nivel de primaria. A nivel de secundaria, 16.3 por ciento de los países informó sobre el aumento en la proporción de niñas.

Entre las acciones que han emprendido los gobiernos para cerrar la brecha de género en la educación se incluyen: el otorgamiento de incentivos a las familias pobres para que envíen a las niñas a la escuela (21 por ciento); el desp-liegue de campañas de IEC y de promoción y defensa sobre igualdad de género en la educación (21 por ciento); la promulgación de leyes y reglamentos para alcanzar la igualdad en materia de educación para niñas y niños (18 por ciento); la incorporación de asuntos de género en los programas de estudio a nivel de secundarias y en universidades (17 por ciento); y el establecimiento de un número creciente de escuelas para niñas en el nivel secundario (12 por ciento).

A nivel regional, los países informaron haber tomado diversas medidas para mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria. La mayoría de las regiones destacaron la provisión de educación primaria gratuita. Además, 73 por ciento de los países del Caribe y 56 por ciento de los de América Latina aumentaron el gasto en educación. En lo que se refiere al abordaje de las disparidades en la educación, 50 por ciento los Estados Árabes informó sobre la promulgación de leyes y reglamentos para la igualdad de educación para niñas y niños. Sin embargo, muchos países reconocieron que falta mucho por hacer para mejorar el acceso a la educación, en especial para las niñas.

Acceso a educación primaria y secundaria

Los resultados obtenidos en cuanto al acceso a educación primaria y secundaria muestran que, a nivel global, 96 por ciento de los países ha tomado medidas para mejorar el acceso a la educación. La medida más frecuente, de acuerdo con la Tabla 3.4, fue la de incrementar el gasto público para escuelas (41 por ciento). Le siguieron las de proporcionar educación primaria gratuita (40 por ciento) y dar apoyo a los desertores (32 por ciento). Otras acciones que se llevaron a cabo fueron: otorgamiento de incentivos a las familias pobres para que envíen a sus hijos a la escuela (20

por ciento); y la provisión de educación secundaria gratuita (19 por ciento).

El porcentaje de gobiernos que emprendieron acciones para incrementar el acceso a la educación primaria y secundaria no pasó de 41 en ninguna de las medidas identificadas, lo que demuestra que el avance ha sido poco. Veinticinco por ciento de los países informó que el nivel de avance ha sido bajo, 46 por ciento dijo que había habido cierto progreso, y 29 reveló un alto nivel de avance. El hecho de que menos del 30 por ciento haya podido afirmar que el progreso había sido elevado sugiere que es mucho lo que falta por hacer si se quieren alcanzar las metas establecidas en el Programa de Acción de la CIPD.

3.6 PROMOCIÓN DEL APOYO DE LOS HOMBRES A LOS DERECHOS Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

El Programa de Acción de la CIPD afirma que los cambios en el conocimiento, actitudes y comportamientos, tanto de los hombres como de las mujeres, son condiciones necesarias para alcanzar una asociación armoniosa entre ambos. Esto puede abrir la puerta hacia la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluyendo mejoras en la comunicación entre hombres y mujeres sobre asuntos relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, y el mejoramiento de la comprensión de sus responsabilidades compartidas, de tal manera que los hombres y las mujeres participen en pie

Tabla 3.4 Medidas tomadas por los países para mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Incremento del gasto público en educación	58	41
Impartición de educación primaria gratuita	57	40
Formulación de planes/programas/estrategias para apoyo de alumnos desertores	45	32
Otorgamiento de incentivos a las familias pobres para que envíen a sus hijos e hijas a la escuela	28	20
Impartición de educación secundaria gratuita	27	19
Campañas de IEC/promoción y defensa para la educación de las niñas	14	10
Total	142	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

de igualdad en la vida pública y privada. Una de las acciones recomendadas fue que los padres y madres, junto con las escuelas, fomenten en los niños actitudes de respeto hacia las mujeres y las niñas desde la más temprana edad posible. De acuerdo con esta recomendación, la Encuesta Global 2003 solicitó información a los países sobre las acciones emprendidas al respecto en los últimos diez años.

Fomento de actitudes respetuosas en los varones

Las respuestas a una pregunta de la Encuesta Global 2003 sobre medidas tomadas para asegurar que se inculquen en los varones actitudes respetuosas hacia las mujeres y las niñas indicaron que han habido algunos avances en esta área. De los 151 países que respondieron, 123 (82 por ciento) dijeron haber emprendido acciones al respecto. En relación con acciones específicas emprendidas, más de la mitad (54

por ciento) de los países mencionaron haber llevado a cabo desarrollo, análisis y revisión de libros de texto y programas curriculares para incorporar asuntos de igualdad de género; cerca de un tercio (37 por ciento) informó sobre la conducción de campañas de IEC/promoción y defensa de la igualdad de género; 26 por ciento promovió actitudes para favorecer la igualdad de género en organizaciones; 15 por ciento desarrolló planes y programas de salud reproductiva para jóvenes. Otras medidas incluyeron la impartición de educación cívica sobre los roles de género y el fomento de actitudes favorables a la igualdad de género en los varones, basadas en valores familiares. Prácticamente todas las regiones reportaron haber revisado y analizado libros de texto y programas curriculares para incorporar consideraciones de igualdad de género como una acción para infundir en los varones actitudes respetuosas hacia las niñas. Muchos de



A. Hollman/UNHCR

los Estados Árabes mencionaron que habían desarrollado campañas de IEC y promoción y defensa sobre igualdad de género.

Promoción del apoyo de los hombres a los derechos y empoderamiento de las mujeres

En relación con la pregunta sobre las acciones que se han implementado para promover el apoyo de los hombres a los derechos y el empoderamiento de las mujeres, de los 151 países que respondieron la encuesta, 106 (70 por ciento) mencionaron haber tomado medidas en esa área. Las acciones referidas incluyeron medidas legales, legislativas, programáticas y administrativas.

La Tabla 3.5 muestra que cincuenta y cuatro por ciento de los países informó haber desarrollado campañas de IEC y promoción y defensa sobre el apoyo de los hombres a las mujeres; 42 por ciento formuló planes para promover la participación masculina en la salud reproductiva y 15 por ciento ha promulgado leyes y reglamentos en relación con licencias de paternidad. Los países que incorporaron este tipo de leyes y reglamentos fueron: Bahamas, Bután, Cabo Verde, la República Democrática del Congo, Estonia, Guinea, Haití, Letonia, Nicaragua, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Senegal y Vietnam.

Varios países informaron sobre medidas orientadas a erradicar la violencia de género dirigidas a la población

masculina. Por ejemplo, en Jamaica varios grupos de ONGs conformaron un Comité del Manifiesto de Mujeres, que promovió activamente la participación de hombres y grupos de hombres en la búsqueda de soluciones a las elevadas tasas de violencia doméstica y sexual contra las mujeres.

En las diversas regiones, todos los países mencionaron haber llevado a cabo acciones para promover los métodos anti-conceptivos para hombres. Todos los países de las Repúblicas de Asia Central habían desarrollado campañas de IEC y de promoción y defensa sobre el apoyo de los hombres a las mujeres, mientras que en el Pacífico, 57 por ciento informó haber tomado este tipo de medidas. En África se emprendieron campañas semejantes (56 por ciento), así como en el Caribe (54 por ciento). La formulación de planes para promover la participación masculina en la salud reproductiva fue una importante medida adicional que llevaron a cabo los países del Caribe (62 por ciento).

Prácticamente todas las regiones reportaron haber revisado y analizado libros de texto y programas curriculares para incorporar consideraciones de igualdad de género como una acción para infundir en los varones actitudes respetuosas hacia las niñas.

Tabla 3.5 Medidas tomadas por los países para promover que los hombres apoyen los derechos y el empoderamiento de las mujeres

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Desarrollo de campañas de IEC/ promoción y defensa sobre el apoyo de los hombres a las mujeres	57	54
Formulación de planes para fomentar la participación de los hombres en la salud reproductiva	44	42
Adopción de leyes y reglamentos sobre paternidad	16	15
Total	106	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

3.7 CONSIDERACIONES CULTURALES

La Encuesta Global 2003 solicitó a los países que describieran si el contexto cultural había contribuido u obstaculizado la promoción de la igualdad y la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres. De los 151 países que respondieron, sólo 25 (17 por ciento) mencionaron que el contexto cultural no era discriminatorio hacia las mujeres, y 12 (8 por ciento) afirmaron que las mujeres eran respetadas como madres y que las niñas y los niños eran tratados por igual, sin hacer distinciones de género. Cuarenta países (26 por ciento) mencionaron obstáculos de tipo cultural como resultado de la discriminación de género en la división del trabajo. Desafortunadamente, los países no profundizaron en sus respuestas; de ahí la dificultad de presentar un análisis detallado de la dimensión cultural relativa a las cuestiones de género. Las respuestas evidencian que muchos países tuvieron dificultades para responder esta pregunta.

3.8 CONCLUSIÓN

A partir de Cairo, las cuestiones de género han ido constituyendo un asunto cada vez más relevante en los temas de población y desarrollo. Sin embargo, los países han encontrado múltiples escollos al tratar de implementar el componente de género del Programa de Acción de la CIPD. Estos obstáculos incluyen la carencia de información precisa,

oportuna y comparable entre países, que resulta necesaria para contar con indicadores que sirvan de base para el seguimiento de la implementación del Programa de Acción de la CIPD.

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas ha estado plagada de dificultades. Al parecer, persisten los malentendidos en torno al propio concepto de “incorporación de la perspectiva de género”. Por ejemplo, aunque dicha incorporación es generalmente aceptada como un principio y reconocida en el discurso político, para muchos políticos y planificadores aún constituye un concepto vago. Existe la noción equivocada de que la incorporación de ese enfoque significa únicamente elevar el nivel de conciencia sobre las inequidades básicas entre mujeres y hombres. Una mejor comprensión de la amplitud de la incorporación de la perspectiva de género y de sus aplicaciones prácticas, así como de la necesidad de contar con habilidades técnicas adecuadas para ello, siguen constituyendo un importante reto.

No obstante la proliferación, en la década pasada, de leyes (por ejemplo, relativas a la violencia contra las mujeres y la discriminación por género) y de políticas relativas a los derechos reproductivos, la puesta en práctica de tales leyes y políticas siguen siendo inadecuadas. Los mecanismos para evaluar la igualdad y la equidad de género deben fortalecerse para contribuir al seguimiento de las acciones encaminadas a cerrar la brecha de género. Hace falta también que muchos países establezcan sistemas para revisar el cumplimiento de las regulaciones relacionadas con cuestiones de género y de

los aspectos del Programa de Acción de la CIPD sobre dichas cuestiones.

Otros retos incluyen la puesta en marcha de actividades de promoción y defensa y de IEC para aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones administrativas y políticas, la promoción de una mayor responsabilidad de los varones en las decisiones que atañen a la familia y a las cuestiones reproductivas por medio de campañas de educación, y el fortalecimiento de la capacidad institucional del país en las áreas de género y derechos humanos a través del diálogo y la construcción de alianzas productivas que involucren, entre otros, a la sociedad civil, los grupos de mujeres, las estructuras gubernamentales y otros mecanismos de coordinación para los asuntos de mujeres, organizaciones religiosas, estructuras locales de gobierno y los donantes.

Los países de todas partes del mundo han hecho avances considerables hacia el cierre de la brecha de género. Sin embargo, el presente análisis evidencia que muchos de ellos no alcanzarán a cumplir las metas establecidas en la CIPD ni los ODM. Esto puede deberse a factores sociales más amplios, tales como el rezago del desarrollo económico a largo plazo, incrementos en las desigualdades de ingreso y a obstáculos socioculturales. Aun así, sigue haciendo falta la instrumentación de acciones concretas y resultados factibles de demostrar. Los gobiernos y la sociedad civil deben comprometerse a alcanzar la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y planes en favor del Programa de Acción de la CIPD y de la Declaración del Milenio.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Declaración y Programa de Acción de Viena*, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993 (Nueva York, Naciones Unidas, 1993), A/CONF.157/23.
- 2 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149.
- 3 Naciones Unidas, *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de septiembre de 1995 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), A/CONF.177/20.
- 4 Naciones Unidas, *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas* (Nueva York, Naciones Unidas, 2000), A/RES/55/2.

4 Derechos reproductivos y salud reproductiva

4.1 INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva constituye la piedra angular del consenso alcanzado en la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo (CIPD). La meta para el año 2015 es asegurar el acceso voluntario universal a una gama completa de servicios e información para la atención de la salud reproductiva.

En la CIPD se acordó que la salud reproductiva es un derecho humano, parte del derecho a la salud. El Programa de Acción de la CIPD (PdA de la CIPD) define la salud reproductiva y explica su contenido.

El PdA de la CIPD establece que los derechos reproductivos “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”¹

El PdA de la CIPD y las *Acciones Clave* de la CIPD+5 describen un marco de referencia para proporcionar atención en salud reproductiva dentro de los sistemas de salud, reconociendo la importancia de integrar la planificación familiar y los servicios de prevención de infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) al cuidado materno.

En la década que ha transcurrido desde la celebración de la CIPD, los países han acogido la idea y la práctica de la salud reproductiva ampliando sus programas para incluir a una mayor cantidad de personas que necesita los servicios; integrando la planificación familiar a la atención pre y post natal, a los servicios de atención al parto, a la prevención de ITS y del VIH/SIDA, a los exámenes de cáncer de mama y cérvico-uterino y procurando un sistema de referencias a otros tratamientos cuando se considere adecuado. Ha habido un énfasis creciente en mejorar el acceso de los grupos poco atendidos, incluyendo a los más pobres y a gente que vive en áreas rurales, y en asegurar que se escuche más a las personas pobres en lo relativo a la elaboración de políticas, para asegurar que la información y los servicios se adapten a sus circunstancias especiales.

Los países están prestando atención a la integración de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual, a los servicios de atención primaria a la salud, en el contexto de la reforma del sector salud, y en los cambios de largo alcance a los arreglos organizacionales, administrativos y financieros.

La pandemia del VIH/SIDA está haciendo que se otorgue mayor atención y recursos a la prevención y tratamiento. La creciente presencia del VIH/SIDA debería aumentar, más que disminuir, los recursos en general: los programas de salud reproductiva deberían ser un conducto importante para las actividades de prevención del VIH y los análisis voluntarios. Estos elementos son especialmente importantes para las mujeres, por ser más vulnerables a la infección que los hombres. La gente joven, casada o no, es un grupo especialmente importante para las intervenciones en salud reproductiva, porque representa una proporción substancial de los embarazos no deseados y la mitad de las infecciones nuevas por ITS y VIH. Las madres más jóvenes se encuentran también en altísimo riesgo de mortalidad y morbilidad materna, incluyendo la fístula obstétrica.

El Capítulo 4 ofrece una revisión de los derechos y la salud reproductiva, el Capítulo 5 se enfoca en la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, y el Capítulo 6 discute el tema del VIH/SIDA.

4.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA PRÁCTICA

La promoción del ejercicio responsable de los derechos reproductivos, conforme a lo establecido en el PdA de la CIPD, debería ser “la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar”². Las *Acciones Clave* proporcionan una guía adicional para “velar por que las políticas, los planes estratégicos y todos los aspectos de la ejecución de los servicios de salud reproductiva y sexual respeten todos los derechos humanos, inclusive el derecho al desarrollo, y que dichos servicios satisfagan las necesidades de salud durante todo el ciclo vital, incluidas las necesidades de los adolescentes, aborden las injusticias y desigualdades en razón de la pobreza, el sexo y otros factores, y aseguren la igualdad de acceso a la información y a los servicios;”³.

Para asegurar el goce pleno de los derechos reproductivos se requiere del reconocimiento de una serie de derechos paralelos, específicamente los derechos a la autonomía personal; a casarse y formar una familia; a tomar decisiones libres y bien informadas; a estar libre de coerción de cualquier tipo; y a la privacidad. Los países han acordado y ratificado varios tratados internacionales de derechos humanos, legalmente vinculantes, en varias áreas incluyendo el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El PdA de la CIPD establece explícitamente que la coerción no juega un papel en la prestación de ningún tipo de servicio de salud reproductiva.

Para revisar el progreso logrado desde 1994, la Encuesta Global hizo preguntas en relación a:

- Medidas tomadas en cuanto a políticas y cambios legislativos e institucionales, u otras medidas de gran envergadura tomadas a nivel nacional para establecer los derechos reproductivos;
- Si es que los derechos reproductivos y la salud reproductiva están incluidos en el seguimiento a la implementación de los derechos humanos;
- Si los derechos reproductivos y la salud reproductiva están incluidos en los informes de país ante los organismos de seguimiento de los tratados sobre derechos humanos, incluyendo CEDAW.

De los 151 países encuestados, 145 proporcionaron respuestas a la pregunta sobre la aplicación de los derechos reproductivos y, de esos, 131 informaron haber tomado medidas a nivel de políticas, leyes o cambios institucionales a nivel nacional para el establecimiento de los derechos reproductivos. Un análisis de las diferencias regionales revela que, relativamente hablando, más países tomaron medidas para aplicar los derechos reproductivos en América Latina, las Repúblicas de Asia Central, Asia y el África Sub-Sahariana que en el Caribe, la CEI, Europa del Este y Central, el Pacífico y los Estados Árabes. Solamente 14 países reportaron no haber tomado mayores medidas para aplicar los derechos reproductivos. Aunque los resultados en cuanto a derechos reproductivos de las Encuestas Globales de 1998 y 2003 no son precisamente comparables, parece ser que ha habido un progreso significativo desde 1998 en esta área.

Conforme a lo indicado en la Tabla 4.1., muchos países han reportado la formulación y adopción de nuevas políticas, nuevos planes nacionales, programas o estrategias, o el haber aprobado nueva legislación en derechos reproductivos.

Esto constituye un paso importante para la implementación. Un número menor de países ha adoptado estrategias de información, educación y comunicación o de promoción y defensa, o cambios institucionales, incluyendo la capacitación de personal en derechos reproductivos, aunque estos sean esenciales para asegurar el goce pleno de los derechos reproductivos.

Existe un reconocimiento creciente de la importancia de incorporar los derechos reproductivos en la ley. Algunos países, como Sudáfrica y Venezuela, incluyen los derechos reproductivos en sus constituciones como derechos humanos fundamentales. Argentina aprobó una ley nacional en salud sexual y paternidad responsable. Algunos países de Europa del Este y Central y de la CEI, por ejemplo Albania y Armenia, han adoptado leyes en salud reproductiva y derechos reproductivos basadas en principios de la CIPD. Moldova garantiza los derechos de los ciudadanos a tomar decisiones libres en cuanto a información y servicios de salud, incluyendo la planificación familiar, al amparo de una ley aprobada en el año 2000.

Muchos países han adoptado políticas basadas en los principios de la elección libre e informada de parejas e individuos; por ejemplo, Azerbaiyán, Bahamas, Bután, Sri Lanka y Tailandia. El Plan Maestro de Salud de las Maldivas se enfoca en los derechos de individuos y parejas a proteger su salud reproductiva. Los Estados Árabes de Omán, Egipto y Yemen han reconocido específicamente el derecho a elegir un método apropiado de anticoncepción.

Tabla 4.1 Principales medidas tomadas por los países para hacer cumplir los derechos reproductivos

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Adopción de planes/programas/estrategias nacionales en derechos reproductivos	75	57
Formulación de nuevas políticas sobre derechos reproductivos	71	54
Aprobación de nuevas leyes/reglamentos sobre derechos reproductivos	49	37
IEC/ promoción y defensa en derechos reproductivos	24	18
Implementación de cambios institucionales/capacitación en derechos reproductivos	23	18
Total	131	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Los países utilizan cada vez más la calidad en el servicio como un indicador para medir el avance hacia la implementación de los derechos reproductivos. En Bulgaria, por ejemplo, la práctica del consentimiento informado es uno de los criterios utilizados para evaluar los centros de salud para su acreditación. Chile estableció los estatutos para los derechos de los pacientes en 1998, haciendo hincapié en la calidad del servicio y el tratamiento. Indonesia ha dado alta prioridad a proveer información de calidad en salud reproductiva y servicios accesibles para los pobres.

La experiencia muestra la importancia de informar a ciudadanos y ciudadanas sobre cambios recientes en leyes y políticas. Muchos países han fortalecido las campañas de información en derechos reproductivos.

4.3 SEGUIMIENTO E INFORMES SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS

A nivel mundial, los países han utilizado una variedad de mecanismos para dar seguimiento a los derechos reproductivos y los servicios de salud reproductiva (Tablas 4.2 y 4.3). Algunos países tienen instituciones nacionales de derechos humanos, incluyendo comisiones nacionales para observar la implementación de los derechos humanos. Otros tienen defensores de derechos humanos y muchos se apoyan en los procedimientos de seguimiento incluidos en aquellos tratados internacionales de derechos humanos de los que son parte.

Muchos países reconocen que los derechos reproductivos deberían ser incluidos en sus informes de país a la CEDAW y a los Comités de la Convención sobre los Derechos del

Niño. Sin embargo, los informes a la CEDAW son percibidos frecuentemente como el dominio exclusivo de los departamentos gubernamentales responsables de los asuntos de la mujer, con el resultado de que las acciones relevantes de otros departamentos no forman parte de la atención de la CEDAW.

Una serie de países tienen órganos de supervisión; por ejemplo Estonia y Kazajstán. Países como la India, Mongolia, Nepal, Tanzania y Uganda tienen comisiones nacionales de derechos humanos para el seguimiento de los mismos. La comisión de derechos humanos de la India ha adoptado una declaración sobre derechos reproductivos y expedido directivas a varios gobiernos estatales para promover y proteger los derechos reproductivos.

La mayor parte de los países de la CEI, Europa del Este y Central reportan una conciencia relativamente fuerte en relación con los derechos reproductivos. Los derechos reproductivos y la salud reproductiva normalmente se observan dentro del marco de los derechos humanos; además de su inclusión en el seguimiento de la CEDAW, son también incluidos en los informes al Comité de Derechos Humanos, que da seguimiento al Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y al Comité en Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Turquía da seguimiento a los derechos reproductivos a través de los procedimientos de la Carta Social Europea y la Convención Europea de Derechos Humanos. Un estudio realizado por la Asociación de Abogadas de Mongolia, para definir los pasos positivos dados desde la adopción de su Constitución en 1992 con el fin de proteger los derechos reproductivos y de la mujer,

Tabla 4.2 Medidas específicas tomadas por los países para incluir la salud reproductiva y los derechos reproductivos en el seguimiento de la implementación de los derechos humanos

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Seguimiento a través de distintas instituciones regionales y nacionales de seguimiento	49	58
Seguimiento mediante convenciones internacionales y sus mecanismos de presentación de informes	35	41
Seguimiento mediante cooperación con mecanismos de presentación de informes de ONGs	10	12
Total	85	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Tabla 4.3 Medidas específicas tomadas por los países para incluir la salud reproductiva y los derechos reproductivos en los informes ante los órganos de tratados de derechos humanos

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
El país presenta regularmente su informe nacional a la CEDAW	71	72
El país es firmante de la CEDAW	60	61
El país presenta informes a otros órganos de tratados de derechos humanos	29	29
Total	99	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

resaltó los conflictos existentes y las limitaciones en el ámbito legal, y sugirió un marco de trabajo y directivas para actividades a futuro.

El Salvador, Ecuador y Panamá han incluido tanto derechos reproductivos como salud reproductiva en sus informes. La oficina del Ombudsman en Bolivia ha intervenido en casos de supuesta violación a los derechos reproductivos. Algunos sindicatos en Antigua y Barbuda se están involucrando en el seguimiento de actos de acoso sexual en el lugar de trabajo, lo que dio por resultado que el gobierno esté considerando adoptar la legislación modelo del CARICOM sobre “Acoso Sexual en el lugar de Trabajo”.

Muchos países del África Sub-Sahariana, por ejemplo Nigeria y Uganda, incluyen el seguimiento de los derechos reproductivos en el seguimiento general de sus derechos humanos, particularmente en áreas como las prácticas tradicionales dañinas, incluyendo el corte genital femenino y casos de violencia basada en el género.

En Asia y el Pacífico, Bután y las Islas Cook, las Maldivas, Malasia y Tailandia, incluyen los derechos reproductivos y la salud reproductiva en sus informes a la CEDAW. Samoa ha tomado el liderazgo en el Pacífico Sur al impulsar y coordinar actividades en conexión con la CEDAW y ser sede de una reunión regional en el 2003.

Doce de los 15 países de la región Árabe presentan informes ante los órganos de tratados de derechos humanos, incluyendo la CEDAW. Un informe “sombra” para la CEDAW, preparado por una serie de ONGs dedicadas a temas legales, sociales y de salud, en Palestina, incluyeron tanto indicadores de derechos reproductivos como de salud reproductiva.

Los países aún tienen un camino por recorrer para entender el alcance total de los derechos que afectan a la salud reproductiva, y cómo éstos pueden ser utilizados para fortalecer la prestación de información y servicios relevantes en el campo de la salud. En sus respuestas al cuestionario de la Encuesta Global, la mayoría de los países se concentraron en la CEDAW y en la Convención sobre los Derechos del Niño, dejando de lado los aspectos de derechos reproductivos de otros tratados legalmente vinculantes tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En algunos países, incluyendo Ecuador, Etiopía, Ghana, Kenya y Liberia, algunas ONGs, tales como organizaciones de mujeres abogadas, promueven y dan seguimiento a la implementación de los derechos reproductivos. Una serie de países, incluyendo a Afganistán, Bután, Chad, Eritrea, Fiji, Papua Nueva Guinea, Somalia y Timor-Leste, no dan seguimiento a los derechos reproductivos con frecuencia porque carecen de la capacidad para hacerlo. Para muchos países la tarea de reunir y desagregar información constituye un severo problema.

4.4 INTEGRACION DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El PdA de la CIPD reconoce la importancia del acceso a una serie de servicios integrados y de información en salud reproductiva. Las *Acciones Clave* reafirmaron la necesidad de mejorar las instalaciones, el equipo, el personal y sus habilidades, para proporcionar recursos con este propósito y asegurar el compromiso tanto de quienes diseñan las políticas como de los gerentes de programa.

La experiencia adquirida en la última década y las respuestas a la Encuesta revelan resultados mixtos. Por una parte, los servicios son más extensos y el uso de anticonceptivos está creciendo. Por otro lado, la habilidad para proporcionar servicios de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, tiene un retraso en relación con la demanda, guiada tanto por el crecimiento poblacional como por una aceptación también creciente. La demanda insatisfecha de planificación familiar continúa siendo alta entre los países y gente más pobres. La mortalidad y morbilidad maternas permanecen obstinadamente altas, aunque se perciben algunas señales esperanzadoras. La incidencia de infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH/SIDA, está creciendo rápidamente en muchas regiones, especialmente entre la gente joven. Los exámenes y referencias para tratar el cáncer de mama y cérvico-uterino son desconocidos en muchos lugares.

La integración de servicios de salud reproductiva en los sistemas de atención primaria de salud es esencial para lograr las metas de la CIPD. En ese contexto, la reforma del sector salud ha tenido un impacto importante en la habilidad de los países para proporcionar servicios e información en salud reproductiva. A pesar de los retos recurrentes que plantean las limitaciones presupuestarias, los diferentes entendimientos y enfoques respecto de la atención primaria a la salud, la integración de programas dedicados o verticales uno con el otro, y la integración de la salud reproductiva en el nivel de atención primaria de la salud, muchos países han hecho esfuerzos especiales para asegurar que la salud reproductiva reciba debida atención.

El PdA de la CIPD establece que “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”⁴.

La atención primaria de la salud debe incluir un paquete mínimo de planificación familiar, servicios de salud materna, y prevención y manejo de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, conforme a lo definido en el Programa de Acción. Además debería incluir la oportunidad de ser referida a niveles más altos de atención.

Ha habido un progreso considerable en la integración de la salud reproductiva a los servicios de atención primaria durante los últimos 10 años: de los 136 países que reportaron dichas medidas, el 8 por ciento indicó que comenzaron a raíz de la CIPD. Solamente tres países dijeron que no habían tomado medida alguna, y 93 países habían tomado múltiples medidas.

La Tabla 4.4 ilustra la gran variedad de respuestas de los países a esta pregunta. Todos los países del África Sub-Sahariana han integrado un paquete mínimo de servicios de salud reproductiva a los servicios de atención primaria. En Sudáfrica, el concepto de hacer que todos los servicios estén disponibles y accesibles a través de uno de los “centros de servicio en una parada” llevó a la inclusión de servicios de salud reproductiva en dichos centros. Eritrea, que aún se encuentra en el proceso de establecer servicios de salud primarios, reconoce la importancia de incluir la salud reproductiva. Costa de Marfil y Zimbabwe han incluido el cuidado obstétrico básico en los servicios de salud primarios, y algunos países, como Liberia, Mozambique y Zimbabwe, incluyeron la prevención de ITS y VIH/SIDA.

Algunos países de Asia y el Pacífico, con programas de planificación familiar bien establecidos, ya habían incluido éstos programas como parte de los cuidados primarios de salud antes de la CIPD y, desde entonces, los han extendido para cubrir un espectro más amplio de servicios de salud reproductiva. En Malasia, por ejemplo, los componentes centrales del servicio de salud reproductiva, incluyendo cuidado obstétrico específico, ya habían sido integrados en el sistema de salud primaria antes de la CIPD; desde entonces, otros componentes de la salud reproductiva, tales como el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, el tratamiento de la infertilidad y la prueba para cáncer cérvico-uterino, han sido añadidas.

El sesenta y cinco por ciento de los países en América Latina han comenzado a integrar algunos componentes de la salud reproductiva en sus sistemas de atención primaria de salud. Argentina, Ecuador y Panamá han producido manuales y guías para los trabajadores y estudiantes de la salud. Bolivia ha comenzado programas de capacitación y creación de conciencia para el personal del área de la salud. La capacitación a personal de servicios de salud reproductiva es una prioridad en Honduras, como parte de los esfuerzos por reducir la mortalidad materna. Brasil ha adoptado un enfoque descentralizado. Los servicios, incluyendo aquellos para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, se engloban ahora en el nivel primario de atención de la salud en Ecuador. México, además de proporcionar servicios de planificación familiar y cuidado de la salud materna como parte del nivel primario de atención a la salud, también

incluye servicios de diagnóstico de cáncer de mama y cérvico-uterino, así como para mujeres menopáusicas y post-menopáusicas. Todos los países del Caribe incluyen algunos componentes de salud reproductiva como parte de los servicios de atención primaria a la salud. Los servicios ofrecidos en algunos países incluyen consejería gratuita, exámenes de cáncer de mama y cérvico-uterino y de ITS, y servicios de referencia con especialistas.

Aún antes de la CIPD, varios componentes de la salud reproductiva habían sido integrados en los sistemas de atención primaria a la salud en algunos países de la CEI, de Europa del Este y Central, por ejemplo, Bielorrusia, Estonia y Lituania. En otros, la integración se llevó a cabo inmediatamente después de 1994, cuando los médicos de familia y generales comenzaron a ofrecer una amplia gama de servicios de salud reproductiva, incluyendo chequeos regulares de salud reproductiva para las mujeres. La capacitación, el desarrollo profesional continuo y el re-entrenamiento de

Tabla 4.4 Medidas específicas tomadas por los países para integrar la salud reproductiva a los servicios de atención primaria a la salud

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Ampliación de los servicios de atención primaria para incluir planificación familiar	62	46
Planes/programas/estrategias nacionales para la integración de la salud reproductiva	48	35
Integración de información sobre prevención de ITS y/o VIH/SIDA	43	32
Integración de información para adolescentes y jóvenes	31	23
Integración mediante proveedores de servicios de salud reproductiva	27	20
Integración mediante cambios institucionales en salud reproductiva	25	18
Campañas de promoción y defensa/ IEC sobre la integración de la salud reproductiva	14	10
Políticas nacionales para integrar la salud reproductiva	14	10
Planes/programas/estrategias locales para integrar la salud reproductiva	12	9
Integración de información sobre tratamientos para la infertilidad	10	7
Total	136	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

profesionales de la salud y de otro personal de servicio en el área de la salud pueden, con frecuencia, llevar a la inclusión de la salud reproductiva en la atención primaria. La Federación Rusa ha creado 500 centros para la salud reproductiva dentro del servicio de salud pública. Se establecieron servicios de ambulancia con personal entrenado en salud reproductiva que proporcionan asistencia a mujeres en áreas rurales remotas.

Todos los países en la región Árabe le otorgan gran importancia a los cuidados de salud primaria. Países tales como Bahrein, Turquía y Marruecos han tomado medidas para asegurar que la salud reproductiva sea incluida en los cuidados primarios de salud. En otros países, los programas de salud materno-infantil que funcionaban antes de la CIPD, reubicaron los servicios de atención primaria a la salud junto a los programas para la prevención y el tratamiento de las ITS, incluyendo el VIH.

4.5 SALUD REPRODUCTIVA Y REFORMA DEL SECTOR SALUD

Durante la última década, muchos países se han abocado a la reforma del sector salud para mejorar la eficiencia, la calidad, y la respuesta de los usuarios a los servicios de salud, así como para hacerlos más asequibles. La reforma implica cambios estructurales tales como la integración y la descentralización, lo que plantea retos para sistemas de salud sub-financiados que han crecido poco a poco. La integración de programas de salud reproductiva verticales en un proceso de reforma más amplio necesita de un compromiso y movilización de apoyos más fuerte, lo que a veces ha faltado. Las iniciativas para la maternidad segura necesitan de estrategias multi-sectoriales.

También ha habido cambios de largo alcance en cuanto a arreglos financieros desde 1994. La mayoría de los países ahora depende de una combinación de proveedores de salud públicos y privados, y de una variedad de enfoques sobre el financiamiento incluyendo arreglos de riesgo compartido o esquemas de seguros. Algunos países, como Bolivia, han

incluido componentes de salud reproductiva en su esquema básico de seguro de salud. Esto también ha generado un impacto en los programas de salud reproductiva.

A pesar de las dificultades, los países han incluido a la salud reproductiva en los procesos de reforma, y reportan cierto nivel de éxito. De los 120 países que llevan a cabo la reforma del sector salud, 106 reportaron incluir aspectos de salud reproductiva como parte del paquete. Algunos países reportaron que su paquete reconoce las necesidades de una clientela específica, por ejemplo adolescentes y jóvenes (73 países); mujeres, particularmente las embarazadas (58 países); o mujeres, hombres y jóvenes (44 países). Una serie de países (20), reportó que el paquete incluía información, educación y comunicación en derechos reproductivos y salud reproductiva, mientras que dos países dijeron que la inclusión de la salud reproductiva en el paquete les permitía aumentar las asignaciones presupuestarias para los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Solamente 12 países reportaron no haber tomado medidas para incorporar la salud reproductiva en su paquete de reforma del sector salud.

Más de dos tercios de los países africanos han incluido a la salud reproductiva como parte del paquete de reforma del sector salud. En algunos países, como Botswana, las medidas incluyen revisar la estructura institucional de los servicios de salud reproductiva para fortalecer su implementación. Mauricio ha establecido metas para mejorar los indicadores en salud reproductiva. La integración de las necesidades en salud reproductiva de los y las adolescentes es asunto de importancia en Cabo Verde, la República Democrática del Congo, Ghana y también Angola, en donde, a pesar del hecho de que el proceso de reforma del sector salud todavía no termina, los servicios de consejería para adolescentes y jóvenes ya se encuentran integrados a la atención que se brinda en las instalaciones de salud a nivel de comunidades. Una serie de países, incluyendo a Etiopía, Ghana y Tanzania, también han introducido los programas de salud reproductiva como parte del enfoque integral del sector, establecido como un medio de implementación de la reforma del sector salud.

La reforma del sector salud es un componente importante para mejorar la salud reproductiva en casi todos los países de Asia y la región del Pacífico. Filipinas ha incluido tal reforma como un componente fundamental del programa de salud y desarrollo de las mujeres, una prioridad para el sector salud. En Camboya, el plan estratégico del sector salud reconoce la importancia de las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes. Los ministerios de salud y población de Pakistán han desarrollado conjuntamente un paquete de salud reproductiva.

RECUADRO 4.1 ENFOQUE SECTORIAL EN MOZAMBIQUE

Un plan estratégico para el sector salud en **Mozambique** establece cinco principios: eficiencia y equidad; flexibilidad y diversificación; asociación y participación comunitaria; transparencia y responsabilidad; e integración y coordinación mediante un abordaje sectorial. Además, el Ministerio de Salud incluye las diferencias de género a nivel de las políticas, de planeación y programático, con la intención de atender las necesidades de salud de hombres y mujeres.

Más de la mitad de los países de América Latina reconoce específicamente las necesidades de salud de mujeres, hombres y jóvenes como prioridades en sus paquetes de reforma del sector salud. La atención obstétrica de emergencia se incluye en el paquete de reforma de casi todos los países de la región. En Chile, el paquete incluye programas de exámenes para detectar cáncer de mama y cérvico-uterino, así como las necesidades de las mujeres post-menopáusicas. La salud de los y las adolescentes es reconocida en países como El Salvador, Honduras, México y Panamá, donde las estrategias incluyen proporcionar servicios de fácil uso y sensibles a las necesidades de los y las adolescentes.

La mayoría de los países del Caribe incluyen las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes como componentes prioritarios de sus paquetes de reforma del sector salud. Bahamas, por ejemplo,

incluye la salud de adolescentes, planificación familiar e iniciativas para los hombres en el trabajo de la Unidad de Salud Materno-Infantil de su Departamento de Salud Pública. Guyana ofrece servicios de salud reproductiva en todos sus centros de salud y hospitales de distrito; éstos se encuentran plenamente integrados en clínicas, hospitales públicos y centros de salud. El paquete en Trinidad y Tobago incluye servicios para algunos grupos poblacionales que no eran considerados como prioritarios anteriormente: hombres, jóvenes y parejas infértiles. Se está llevando a cabo la descentralización de los servicios con la cooperación de autoridades de salud regionales, y a través de alianzas con ONGs.

No todos los países de la CEI, Europa Central y del Este han implementado la reforma del sector salud y, aquellos que lo han hecho, no necesariamente han incluido elementos de salud reproductiva. Otros, tales como Albania y Lituania, han fijado como objetivo la salud reproductiva como prioridad o están trabajando para integrarla, incluyendo la salud materna y la prevención y manejo de ITS/VIH/SIDA, a los servicios de salud primarios, como por ejemplo en Azerbaiyán, que ha incluido a la salud reproductiva como parte de la reforma del sector salud.

Los Estados Árabes adoptaron ampliamente la reforma del sector salud, y una serie de países, incluyendo a Djibouti, Jordania, Líbano, Omán, Palestina y Somalia, han incluido la salud reproductiva en el paquete. El énfasis principal ha sido la prestación de servicios de salud materna-infantil, aunque Argelia ha incluido también servicios de salud para adolescentes, y Yemen y Omán han incluido prevención del VIH/SIDA.

Tabla 4.5 Medidas clave tomadas por los países para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Aumento del número de personal y de programas de capacitación	77	54
Aumento en el número de sitios de provisión de servicios	48	34
Introducción de patrones de calidad para la provisión de servicios de salud	45	31
Asignación de mayores recursos, incluyendo equipos para salud reproductiva	36	25
Mejora administrativa y logística en la salud reproductiva	36	25
Alianzas con ONGs, organizaciones internacionales y el sector privado	33	23
Servicios gratuitos de salud reproductiva en todas las instalaciones de salud pública	25	17
Sistema descentralizado de atención a la salud y provisión de servicios	24	17
Servicios de salud reproductiva accesibles en todas las instalaciones públicas de salud	21	15
Provisión de servicios de fácil uso para jóvenes	18	13
Total	143	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

4.6 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA DE ALTA CALIDAD

La Encuesta Global 2003 preguntó cuáles fueron las principales medidas adoptadas por los gobiernos para aumentar el acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva. De los 151 países encuestados, 149 respondieron a la pregunta, y 143 indicaron las medidas principales que tomaron para aumentar el acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo 115 países que reportaron medidas clave. Solamente seis países reportaron no haber tomado medida alguna para aumentar el acceso a los servicios de calidad en salud reproductiva. Los datos de las Encuestas Globales de 1998 y 2003 no son exactamente comparables, pero es claro que el avance durante los últimos cinco años ha sido significativo tanto en el número de países que han tomado medidas como en la variedad de las mismas. La Tabla 4.5 muestra la variedad de medidas reportadas por los países.

Los países enfatizaron la necesidad de abordar la escasez de personal capacitado, particularmente en partería y

atención obstétrica básica. Ghana, por ejemplo, ha incrementado la provisión de la atención prenatal, peri-natal y post-natal a todos los niveles, incluyendo la capacitación de parteras y otros proveedores de servicios. En Benin y Guinea, el énfasis ha estado en reclutar personal adicional, y Sudáfrica está poniendo a disposición una cantidad mayor de recursos tanto para la capacitación de proveedores de salud como para contar con un despliegue mayor de empleados. Bangladesh ha introducido una mayor variedad de programas de capacitación, incluyendo a las parteras y la atención obstétrica básica.

El fortalecimiento de las capacidades en Asia y el Pacífico incluye la capacitación en calidad de servicios para todos los componentes de los programas de salud reproductiva (como en Indonesia), y la introducción de programas de actualización de conocimientos y habilidades de los proveedores de servicio a diferentes niveles (como en Irán). La Escuela de Medicina de Fiji proporciona un programa de capacitación regional a las Islas del Pacífico, y Kiribati abrió una Escuela de Parteras. Palau ha introducido educación continua y permanente para médicos locales jóvenes. En algunos países, tales como Bután, la capacitación para proveedores de servicios de salud se ha enfocado en mejorar el servicio para la gente en áreas de difícil alcance.

Los programas de capacitación en América Latina incluyen a Honduras, donde las enfermeras auxiliares se están licenciando para proporcionar ciertos servicios, incluyendo la inserción de dispositivos anticonceptivos intra-uterinos, la aplicación de anticonceptivos inyectables y exámenes cervicales.

Una serie de países ha introducido protocolos para estandarizar la provisión de servicios de calidad. En Bangladesh, la República Popular Democrática de Corea, y Mongolia, por ejemplo, existen protocolos para proporcionar una amplia variedad de servicios de salud reproductiva, tales como anticonceptivos; cuidado materno-infantil; prevención y tratamiento de ITS y prevención del VIH/SIDA; y el control de calidad de servicios de salud reproductiva. Indonesia se encuentra actualizando los protocolos existentes. En Jamaica se están estableciendo indicadores para evaluar y dar seguimiento a la calidad de los servicios de salud reproductiva.

Muchos países se han esforzado para modernizar sus instalaciones de salud reproductiva. En Botswana, el 90 por ciento de la población vive ahora a menos de 15 kilómetros de un puesto de salud. Las medidas en este sentido incluyen: certificación o acreditación de las instalaciones (Mozambique); fortalecimiento de la infraestructura y garantía de la disponibilidad de un seguimiento especializado (Brasil); unidades de salud móviles (El Salvador,

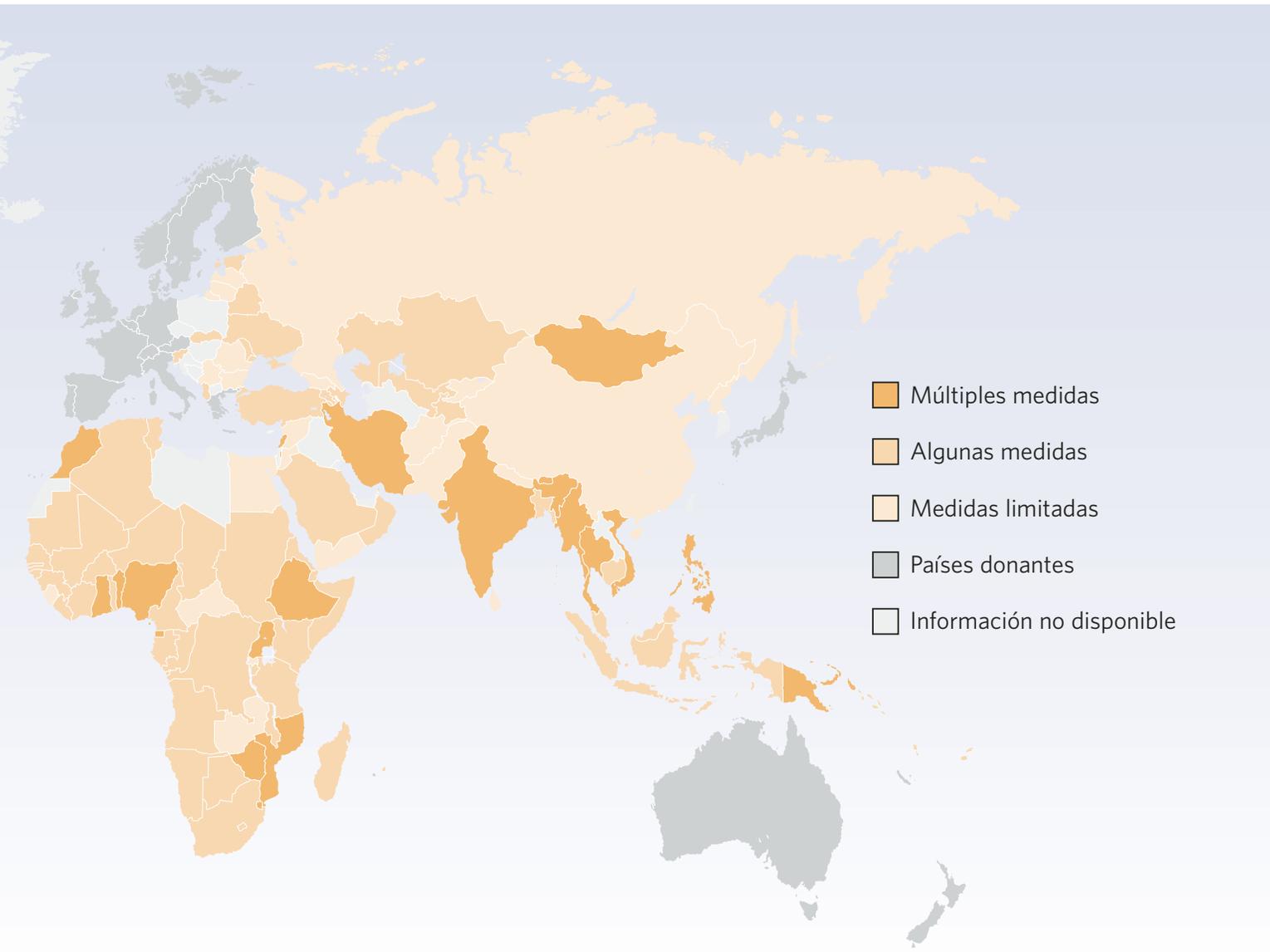
MAPA 1 Medidas tomadas por los países para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad



Armenia); y servicios a bajo costo o gratuitos para los barrios pobres y asentamientos urbanos irregulares (148 países).

4.7 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El acceso a una gama completa de métodos de planificación familiar modernos, adecuados de acuerdo con la edad, el género y las circunstancias particulares, es esencial para toda persona sexualmente activa. El acceso a dichos métodos debe ser puramente voluntario. La abstinencia (o, para la gente joven, la postergación del inicio de la actividad sexual) siempre debe ser una opción. Sin embargo, la experiencia y la investigación durante la última década



muestran que alentar la abstinencia y proporcionar información sobre planificación familiar no son mutuamente excluyentes: de hecho, mientras más saben las y los jóvenes, hay mayores probabilidades de que sus actitudes y comportamientos sean más responsables. Muchas mujeres casadas no tienen la opción de rehusarse al contacto sexual con sus esposos, y necesitan tener acceso a métodos que estén bajo su propio control.

La mayoría de los países en desarrollo con datos disponibles sobre las tendencias de los últimos 10 años, muestran un aumento substancial en el uso de anticonceptivos⁵. En 20 países en los que se aplicaron dos encuestas entre los inicios

y hasta mediados de los 90, el uso de anticonceptivos aumentó en cada lapso, de un promedio inicial de 28 por ciento a 35 por ciento. El aumento promedio fue de 1.39 por ciento al año, un aumento proporcional del 46 por ciento. La proporción de métodos modernos utilizados también aumentó en 19 de estos países. Los grupos más pobres con frecuencia mostraron los aumentos más grandes, especialmente cuando la frecuencia de uso aumentó a partir de niveles relativamente bajos. El apoyo gubernamental ha sido un importante factor, determinante en el uso de anticonceptivos⁶.

Más de 600 millones de mujeres casadas alrededor del mundo usan anticonceptivos –cerca de 500 millones en

Tabla 4.6 Medidas clave tomadas por los países para ampliar la opción anticonceptiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Disponibilidad de anticoncepción de emergencia	68	54
Disponibilidad de condón femenino	65	52
Mejora en la logística para la disponibilidad de anticonceptivos	43	34
Anticonceptivos y/o servicios gratuitos o subsidiados	27	21
Venta de anticonceptivos en farmacias/otros sitios no convencionales	19	15
Capacitación a proveedores en el manejo de anticonceptivos	19	15
Campañas de mercadeo social	15	12
Total	126	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

países en desarrollo. Cinco métodos anticonceptivos modernos –esterilización femenina, anticoncepción oral, inyectables, DIUs y condones– son los métodos más ampliamente utilizados. Se ha estimado que para el año 2000, unos 123 millones de mujeres no tenían acceso inmediato a medios efectivos y seguros de anticoncepción. El porcentaje de mujeres casadas actualmente que necesita planificación familiar pero que no están utilizando un método anticonceptivo es, en promedio, de 24 por ciento en el África Sub-Sahariana y de alrededor del 18 por ciento en África del Norte, Asia, América Latina y el Caribe. En el África Sub-Sahariana, muchas mujeres simplemente no conocen ninguna forma moderna de anticoncepción⁷.

Conforme creció el uso de anticonceptivos modernos, las tasas de fecundidad cayeron en la mayoría de los países en desarrollo durante la última década, aunque la velocidad y la escala variaron por región y por país. Los hallazgos de más de 100 encuestas aplicadas desde 1990 sugieren que más y más gente quiere familias más reducidas, y más personas están teniendo éxito en tener el tamaño de familia que desean. Esto es atribuible al avance alcanzado desde la CIPD en términos de la información proporcionada sobre una variedad más amplia de métodos anticonceptivos, así como del mejor acceso a ellos.

La Encuesta incluyó una pregunta sobre medidas clave tomadas para ampliar la elección de anticonceptivos. De los 151 países encuestados, 143 respondieron a esta pregunta: 126

indicaron haber tomado medidas clave, incluyendo 88 que tomaron múltiples medidas, y 17 países que reportaron no haber tomado medida alguna. El avance desde 1994 y desde la CIPD+5 es significativo, tanto en el número de países que tomaron medidas importantes como en la variedad de medidas tomadas para aumentar la información sobre anticoncepción, así como en el acceso a anticonceptivos, y en un aumento en la gama disponible de éstos (Tabla 4.6).

Dos nuevos métodos anticonceptivos se han vuelto ampliamente disponibles durante la década transcurrida desde la CIPD: la anticoncepción de emergencia (o píldora de la “mañana siguiente”) y el condón femenino, que es el único método controlado por la mujer disponible actualmente para prevenir la infección por VIH. Un aumento en los recursos ha traído un nuevo ímpetu a la investigación en microbicidas contra la infección del VIH.

Los países han utilizado una variedad de métodos para popularizar el condón femenino. Azerbaiyán comenzó con un proyecto piloto del gobierno; en algunos países del Caribe, las asociaciones de planificación familiar tomaron el liderazgo. El condón femenino está disponible en cerca de dos tercios de los países del África Sub-Sahariana, aunque una serie de países reportaron que no se utiliza con frecuencia, tanto por razones financieras como por razones culturales. Una serie de países en Asia y el Pacífico reportó un uso limitado de condones femeninos. En Bután se introducen para ayudar a prevenir las ITS y el VIH/SIDA en áreas de alto riesgo. Papua Nueva Guinea y Mongolia los han introducido recientemente como parte del programa de prevención del VIH/SIDA. Los condones femeninos están disponibles tanto a través de mercadeo social como del sistema de salud pública en Bolivia. Chile planea llevar a cabo estudios sobre su aceptabilidad.

La anticoncepción de emergencia es un complemento útil a los servicios de planificación familiar. Actualmente se encuentra disponible en muchos países del África Sub-Sahariana, aunque no ampliamente, sobre todo en áreas rurales. En Mozambique se incluye en el plan de estudios de programas formales de capacitación, y las unidades de salud cortan los paquetes de píldoras anticonceptivas para evitar el elevado costo del producto dedicado.

En Asia y el Pacífico es más probable que la anticoncepción de emergencia esté disponible alrededor de las grandes ciudades y en áreas urbanas, a veces todavía en forma de iniciativa piloto, y en algunos países a través del sector privado y/o el sistema de salud pública. La anticoncepción de emergencia se encuentra disponible, por ejemplo, en Camboya, China, India, Irán, Indonesia, Mongolia, Nepal y Tailandia.

En algunos países de la CEI, así como en algunos de Europa Central y del Este, la anticoncepción de emergencia

Tabla 4.7 Medidas clave tomadas para lograr la seguridad en el abastecimiento e inventarios de los insumos de salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Sistemas de manejo logístico o planes de adquisición	70	59
Ayuda de agencias internacionales para asegurar/surtir anticonceptivos	39	33
Instalaciones compartidas/planes de coordinación inter-agencias para asegurar insumos	33	28
Asociaciones del gobierno con ONGs, sector privado y grupos religiosos para la provisión de servicios de salud reproductiva	22	18
Capacitación en la gerencia, administración y personal en manejo logístico	13	11
Total	119	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

está disponible a escala limitada. En Letonia, por ejemplo, se vende en las farmacias como un medicamento sin receta. En Moldova, los médicos de planificación familiar y los farmacéutas han sido entrenados en su uso.

4.8 HACIA EL LOGRO DE SEGURIDAD EN EL ABASTECIMIENTO DE INSUMOS EN SALUD REPRODUCTIVA

El Programa de Acción y las *Acciones Clave* recalcaron la necesidad de hacer los servicios de calidad más asequibles, aceptables y accesibles a todos los que los quieren y los necesitan, incluyendo una oferta confiable y adecuada de métodos anticonceptivos y otros insumos de salud reproductiva. La demanda creciente como resultado del crecimiento de la población y el uso más amplio de los servicios, ha sobrepasado la habilidad de los países para hacer frente a dicha demanda.

La seguridad en el abastecimiento de los insumos depende de tener un inventario adecuado de insumos en salud reproductiva, incluyendo condones para la prevención del VIH, y de ser capaz de predecir y responder a la demanda conforme esta surge. Los países necesitan tener la capacidad de recolectar, analizar y reportar datos y de asegurar, almacenar y distribuir suministros.

Las respuestas a la Encuesta Global 2003 revelaron una mejora significativa con respecto a 1994, con 119 países indi-

cando una o más acciones para mejorar la seguridad de contar con insumos de salud reproductiva. Solamente 18 países reportaron no haber tomado medida alguna (Tabla 4.7).

En el África Sub-Sahariana, cerca del 70 por ciento de los países han establecido sistemas de gerencia logística o planes para las adquisiciones. La mayoría han recibido asistencia técnica externa para asegurar o para abastecer anticonceptivos. En algunos países, como en Bostwana, el gobierno asume la responsabilidad de proveer todos los insumos de salud reproductiva.

Una serie de países en Asia y el Pacífico, incluyendo algunos países de las Islas del Pacífico y Bangladesh, han introducido medidas para resolver problemas de transporte. Otra medida importante es la asignación de una partida presupuestal específica en varios países.

Los países de América Latina también han dado pasos en este sentido, incluyendo sistemas de gerencia logística o planes de adquisiciones como en Paraguay y Nicaragua, que utilizan un sistema computarizado. En el Caribe, Jamaica ha desarrollado tablas anuales de adquisiciones de anticonceptivos, con distribución directa de insumos anticonceptivos, sobre una base trimestral. México montó sistemas para evaluar las necesidades de los usuarios y mantener una variedad amplia de métodos modernos, reversibles.

El Ministerio de Salud de la India tiene una división dedicada a la seguridad de insumos en salud reproductiva, y ha nombrado dos agencias nacionales para las adquisiciones. Los fabricantes de la India producen y abastecen su demanda interna de insumos de salud reproductiva, al tiempo que los exportan. Irán también abastece muchas de sus propias necesidades de anticonceptivos, promueve las importaciones para cubrir posibles brechas, y está adoptando un modelo para el control de calidad de los anticonceptivos.

Albania tiene ahora una comisión nacional para la seguridad de anticonceptivos, y Armenia ha establecido un sistema piloto de manejo de información logística.

RECUADRO 4.2 COMPROMISO DEL PACÍFICO CON LA SEGURIDAD DE INSUMOS

Las **Islas Cook, Fiji, Samoa, Salomón, Tonga y Tuvalu** desarrollaron el Plan de Acción del Pacífico para la Seguridad de Insumos, en respuesta a la resolución aprobada en la Reunión de Ministros de Salud para el Bienestar 2002. Poniendo énfasis en la necesidad de liderazgos políticos, el plan provee una línea de presupuesto independiente para garantizar la seguridad de insumos. El plan hace un llamado al establecimiento de un almacén regional, con sistemas coordinados y efectivos de almacenamiento y distribución, así como a crear mecanismos apropiados de recuperación de costos y sostenimiento.

RECUADRO 4.3 HACIA LA SUSTENTABILIDAD DE LA SEGURIDAD DE INSUMOS

Uganda es un ejemplo de los cambios que en tiempos recientes se han llevado a cabo para mejorar la seguridad de insumos. La nación cuenta con un Comité de Coordinación de Anticonceptivos que se reúne regularmente para prever las necesidades de anticonceptivos. Un comité inter-agencial de salud reproductiva se reúne trimestralmente para asegurar la disponibilidad de recursos para insumos en salud reproductiva. Ahora el paquete nacional de adquisición de medicamentos incluye anticonceptivos. El gobierno central incluye los insumos de salud reproductiva en el presupuesto y se ha movido de un sistema de "tira" y "encoge," basándose en la demanda para dictar los esquemas de distribución.

4.9 REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNAS

La CIPD reconoció las complicaciones relativas al embarazo y el parto entre las causas principales de mortalidad para las mujeres en edad reproductiva en muchas partes del mundo en desarrollo. Tales complicaciones dan por resultado la muerte de aproximadamente 529,000 mujeres cada año, 99 por ciento de ellas en países en desarrollo. Por lo menos veinte veces más sufren de heridas debilitantes y complicaciones, incluyendo entre 50,000 y 100,000 de fístula obstétrica. Muchas de estas muertes e incapacidades podrían ser evitadas si todas las mujeres tuvieran acceso a cuidados prenatales, a una persona capacitada en atención de partos, y a un cuidado médico de emergencia en caso de que surjan complicaciones. Una proporción de mujeres desarrollarán complicaciones durante el parto, pero es difícil predecir o examinar efectivamente las complicaciones durante el cuidado prenatal. El cuidado obstétrico de emergencia resulta entonces esencial.

En 1999 las *Acciones Clave* refinaron y fortalecieron la meta de la CIPD de reducir en 75 por ciento la incidencia de la mortalidad materna. Donde la mortalidad materna es elevada, personas capacitadas para la atención de partos deberían atender por lo menos el 40 por ciento de los nacimientos para el año 2005; 80 por ciento para el 2010; y 90 por ciento para el 2015. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducir la mortalidad materna.

De las 529,000 muertes estimadas para el 2000, 95 por ciento sucedieron en el África Sub-Sahariana y en Asia, cuatro por ciento (22,000) en América Latina y el Caribe, y menos del uno por ciento (2,500) en las regiones más desarrolladas del mundo. La proporción de la mortalidad materna se estimó en 400 por 100,000 nacidos vivos globalmente en el año 2000. La mortalidad materna más alta por región se registró en el África Sub-sahariana (830); seguida de Asia, excluyendo al Japón (330); el Pacífico, excluyendo a Australia y Nueva Zelanda (240), América Latina y el Caribe (190) y los países desarrollados (20). En escenarios de alta fecundidad, las mujeres enfrentan este riesgo varias veces a lo largo de sus vidas, y el riesgo acumulado de muerte materna puede ser tan elevado como uno en 16, comparado con uno en 2800 en los países desarrollados⁸.

Cinco causas médicas representan el 75 por ciento de la mortalidad materna. Algunas condiciones como la eclampsia o la hemorragia, que sumadas representan más de un tercio de las muertes maternas, pueden crecer muy repentinamente, lo que requiere de un énfasis mayor en la detección oportuna y referencia de casos. En el África Sub-Sahariana, la proporción de partos atendidos por una persona capacitada aumentó del 33 por ciento al 41 por ciento entre 1985 y el

Azerbaiyán ha incluido el acceso a anticonceptivos de calidad y a medicamentos en su programa para la reducción de la pobreza y el crecimiento económico para el periodo 2000-2005, y ha traducido su manual de capacitación en aseguramiento de insumos anticonceptivos al idioma azeri. Sin embargo, existen todavía algunos países de la CEI, de Europa Central y del Este, que no tienen políticas o estrategia de seguridad de insumos en salud reproductiva.

Cerca del 70 por ciento de los países Árabes ha tomado medidas para mejorar la compra, el almacenamiento y la distribución de los insumos. Países como Siria y el Líbano financian o están haciendo lo posible para financiar, sus propias adquisiciones. En Palestina, los insumos en salud reproductiva se incluyen ahora en la lista principal de adquisiciones del Ministerio de Salud.

Muchos países dependen de la ayuda externa para financiar los insumos en salud reproductiva. Doce países del África Sub-Sahariana han reportado que reciben ayuda de socios para el desarrollo para la compra de insumos anticonceptivos, con el 100 por ciento de financiamiento de donantes en algunos casos. Se pueden encontrar ejemplos en todas las regiones. Varios países, incluyendo Bután, Guatemala, Guyana, Honduras, Indonesia y Perú, trabajan hacia la auto-suficiencia y han introducido disposiciones presupuestarias para garantizar los inventarios de insumos en salud reproductiva o esquemas de recuperación de costos.

En muchos países en todas las regiones, los insumos en salud reproductiva son proporcionados en alianza con las ONGs, tales como asociaciones de planificación familiar, o con el sector privado, y muchos de estos han desarrollado comités de coordinación inter-agenciales para asegurar la disponibilidad de insumos de calidad, a precios asequibles.

año 2000. Aproximadamente el 65 por ciento de las mujeres en países en desarrollo tienen algún cuidado durante el embarazo; 40 por ciento de los partos se llevan a cabo en instalaciones de salud y más de la mitad de los partos son atendidos por personal calificado⁹.

Las estrategias para reducir la mortalidad materna también necesitan el apoyo de esfuerzos más amplios para abordar los problemas de salud de la mujer. Se incluyen una mejor nutrición para la mujer y las niñas para crear resistencias y evitar la anemia; combatir enfermedades infecciosas como la malaria y condiciones no contagiosas como la enfermedad cardíaca reumática; y prevenir la violencia. Las intervenciones en salud reproductiva promueven la salud y la supervivencia de niños y niñas, y representan un enlace importante entre las diversas metas para la salud materno-infantil.

La Encuesta pidió a los países que reportaran sobre las medidas clave que han adoptado para reducir la mortalidad y morbilidad maternas; 146 países de los 151 encuestados respondieron, y 144 reportaron medidas específicas entre los que un gran número (113 países) reportaron múltiples medidas (Tabla 4.8).

Países como Malasia y Sri Lanka han mantenido un ambiente de políticas de apoyo, y han sostenido el compromiso político. Además de haber profesionalizado a las parteras y asegurado que los partos reciban atención calificada, han fortalecido los sistemas de salud, introduciendo el registro civil, y mejor acceso a los servicios, así como calidad de atención a través de parteras rurales que cuentan con el apoyo cercano de servicios obstétricos de emergencia. Estos países han tratado de encontrar la combinación apropiada de gasto privado y público.

La mortalidad materna puede ser reducida significativamente en una década, como lo han demostrado Bolivia, China, Egipto, Honduras, Indonesia, Jamaica, Mongolia y Zimbabwe. Estos países han demostrado que las políticas energéticas en cuanto a maternidad segura pueden tener un impacto. El factor común es la presencia de personal calificado para atender el parto, o la disponibilidad de un sistema de referencias aceptable y competente.

Los costos de los servicios de maternidad segura pueden ser sustanciales y constituir un factor disuasivo en su utilización. El programa de seguros de Bolivia ha aumentado el uso de servicios de maternidad, pero muchas personas pobres continúan excluidas del sistema. En Indonesia, por otra parte, un pequeño estudio reveló que la red de seguridad social empleada para reducir los costos de los servicios para la población pobre no aumentó el uso de las instalaciones de salud.

Una serie de países en el África Sub-Sahariana han introducido capacitación en la atención obstétrica básica,

Tabla 4.8 Medidas tomadas por los países para reducir la morbilidad y mortalidad maternas

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Capacitación a proveedores de servicios de salud	76	53
Planes/programas/estrategias sobre mortalidad materna	68	47
Mejora en los servicios prenatales y postnatales	66	46
Mejora en la recolección de datos y mantenimiento de archivos para el seguimiento	45	31
Promoción y defensa/IEC para reducir la mortalidad materna	40	28
Creación de redes de clínicas de salud reproductiva/planificación familiar	21	15
Provisión de servicios de salud materna para grupos vulnerables/ áreas remotas	19	13
Asociación con agencias de la ONU/ONGs para los servicios de salud materna	17	12
Transporte para la atención de urgencias obstétricas	12	8
Todos los partos se atienden en un hospital	10	7
Total	144	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

incluyendo Angola, Benin, Burundi, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Mozambique, Nigeria, Namibia, Senegal, Swazilandia y Zambia. Muchos países en otras regiones han reportado haber capacitado a parteras. En Irán, por ejemplo, las parteras rurales reciben tanto capacitación teórica como práctica durante seis meses, y se les pide que hayan manejado por lo menos 20 partos antes de ser calificadas como parteras. En Panamá, la capacitación para las parteras que trabajan en áreas rurales y con poblaciones indígenas es una prioridad. El Líbano ha dejado de usar paulatinamente la atención tradicional a los partos –sin capacitación–, y el Líbano y Omán han fortalecido sus servicios de referencia para la atención obstétrica de emergencia.

Algunos países, incluyendo a Fiji, alientan a las madres a dar a luz en instalaciones de salud o con la ayuda de profesionales calificados. Bután está tomando algunas medidas para asegurar que por lo menos la mitad de todos los partos

RECUADRO 4.4 CUBRIENDO ÁREAS REMOTAS

El estado de Rajasthan, en la **India**, renovó 79 instalaciones para el cuidado obstétrico, capacitó al equipo de urgencias obstétricas de hospitales de distritos y llegó hasta las comunidades. El proyecto, financiado por el UNFPA, duplicó el número de instalaciones útiles, y el número de mujeres atendidas ascendió un 50 por ciento.

Armenia ha iniciado proyectos que se enfocan en la detección temprana, manejo y referencia de complicaciones del embarazo. Tales proyectos incluyen capacitación para doctoras, doctores y parteras y el suministro de equipos médicos modernos e insumos de salud reproductiva. Varios distritos cuentan también con equipos móviles que brindan atención obstétrica básica, servicios de salud materna y planificación familiar para comunidades rurales lejanas y de difícil acceso.

Con la asistencia de donantes, **Azerbaiyán** inició un proyecto de maternidad sin riesgos y atención a recién nacidos, que incluye capacitación profesional del equipo de salud, creación de conciencia entre mujeres adultas y adolescentes sobre estilos de vida saludables, promoción de ambientes amigables para la madre y el/la bebé en las unidades de maternidad, y atención especial a población vulnerable.

de malaria; y la provisión de suplementos de vitamina A. En América Latina, desde la CIPD, 73 por ciento de los países de la región ha desarrollado estrategias y programas para reducir la mortalidad materna.

Ha habido una disminución significativa en la mortalidad materna e infantil en Egipto, donde la salud general de las mujeres y niñas adolescentes ha mejorado, y se han proporcionado servicios para cuidado prenatal, perinatal y postnatal.

Muchos países han adoptado medidas para mejorar la recolección de datos y el almacenamiento de registros para efectos de seguimiento, por ejemplo, Angola, Argentina, Bolivia, Camboya, Cuba, Namibia, Sri Lanka, Filipinas y Zimbabwe. Las medidas incluyen auditorías a la mortalidad materna.

Los países con mortalidad materna elevada necesitan urgentemente una atención obstétrica de emergencia asequible y accesible, así como comunicaciones y transporte. Algunos países están otorgando servicios de ambulancia y transfusión de sangre a nivel rural. Mongolia, con sus grandes distancias y clima inhóspito, tiene 316 casas de descanso materno, en las que las mujeres pastoras pueden permanecer y recibir cuidado prenatal básico durante las semanas anteriores al parto. En Siria el número de centros de maternidad ha aumentado, y se proporciona servicio de ambulancia particularmente a las áreas más desatendidas.

Aunque algunos países, incluyendo los más pobres, han sido exitosos en reducir la mortalidad materna, el progreso en este tema aún es lento en muchos países. La mortalidad y morbilidad maternas permanecen a niveles inaceptablemente altos en muchos países.

4.10 PREVENCIÓN Y MANEJO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La investigación, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las acciones relacionadas con la salud reproductiva delineadas en el PdA de la CIPD. La Encuesta incluyó preguntas por separado sobre el VIH/SIDA, analizadas en el Capítulo 6.

Existen unos 340 millones de nuevos casos de infecciones transmitidas sexualmente curables cada año, según la Organización Mundial de la Salud¹⁰. Una elevada proporción de estas infecciones se da entre gente joven, siendo especialmente vulnerables las mujeres. Las ITS por sí mismas representan una proporción importante de la carga de enfermedad a nivel mundial; también aumentan el riesgo de infección por VIH, lo que incrementa considerablemente su impacto en las vidas y en la salud.

Las ITS pueden ser asintomáticas, especialmente en las mujeres, volviendo más difícil su detección y tratamiento, y

normales sean atendidos por personal calificado. Argentina ha reorganizado sus servicios de salud para poder dar cuidado obstétrico básico. Chile ha reducido los riesgos de los partos a través del uso de lineamientos para el cuidado perinatal. El Salvador ha desarrollado modelos de servicios obstétricos de calidad en hospitales y unidades de salud. Paraguay ha mejorado el cuidado obstétrico de emergencia y neonatal. Uruguay tiene una mortalidad materna relativamente baja como resultado de la difusión del cuidado prenatal y atención de partos atendidos por personal altamente calificado.

Los gobiernos en el Caribe han establecido comités de salud materno-infantil y grupos de asesoría, incluyendo a médicos, enfermeras y trabajadores y trabajadoras sociales. Otras medidas incluyen análisis mejorado de datos, atención obstétrica de emergencia y la amplia disponibilidad de cuidados pre y post natales, proporcionados por parteras. En Jamaica, el acceso a la atención obstétrica de emergencia incluye, en cada distrito, servicio de transporte y referencia a niveles más altos de atención. También existen clínicas especializadas en alto riesgo prenatal que proporcionan educación sobre señales de alerta en el embarazo y las acciones correspondientes adecuadas. San Vicente y las Granadinas organiza una conferencia anual sobre morbilidad y mortalidad perinatal para analizar datos nacionales.

Muchos países del África Sub-Sahariana han tomado medidas para mejorar el cuidado prenatal y postnatal y para asegurar una mejor nutrición; el tratamiento oportuno

Tabla 4.9 Medidas clave tomadas por los países para reducir y manejar las ITS

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Planes/programas/estrategias nacionales	114	77
Prevención de ITS, tratamiento y prestación de servicios	99	66
Campañas de promoción y defensa/ IEC sobre prevención y tratamiento	80	54
Comisión nacional/agencia/ ministerio-secretaría/oficina establecida por el gobierno	49	33
Asociación con ONGs y ONU, y otras organizaciones internacionales	43	29
Seguimiento a sistemas de vigilancia	35	23
Iniciativas educativas dirigidas a poblaciones vulnerables	27	18
Mercadeo social de condones y medicamentos para ITS	22	15
Asociaciones de agencias intra-gubernamentales para la provisión de servicios	13	9
Leyes/ reglamentos sobre prevención de VIH/SIDA/ITS	10	7
Total	149	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

pueden llevar a problemas de largo plazo como dolor crónico, infertilidad, embarazo ectópico, resultados adversos del embarazo, y cáncer genital. Si se confía en la observación de condiciones asociadas y de síntomas (el “enfoque sindrómico”), se puede llegar al sobre-diagnóstico y al sobre-tratamiento, pero las herramientas de diagnóstico efectivas todavía no están ampliamente disponibles.

La dificultad relativa del diagnóstico y tratamiento, así como las serias consecuencias de las ITS, especialmente para la salud de la mujer, hace que la prevención efectiva sea de importancia aún más vital, especialmente entre la gente joven, casados o no. Los programas de información, educación y comunicación pueden ayudar a la gente joven a entender la necesidad de tener un comportamiento sexual responsable y llevarlo a la práctica, incluyendo la abstinencia cuando sea apropiado; pero los servicios, incluyendo condones femeninos y masculinos, también son esenciales.

La totalidad de países, con excepción de dos de los 149 que respondieron a esta pregunta, dijeron que habían

tomado medidas para prevenir y manejar infecciones de transmisión sexual, y 135 reportaron múltiples medidas. La Tabla 4.9 muestra la variedad de medidas clave tomadas por los países.

Sesenta por ciento de los países del África Sub-Sahariana ha implementado medidas clave para la prevención de las ITS, en muchos casos como parte de los programas de prevención del VIH/SIDA. Más del 51 por ciento de los países está dando servicios para la prevención de las ITS, su tratamiento y manejo. Mientras que sólo siete países tienen políticas nacionales para la prevención y el control de las ITS, más de la mitad de los países de la región están realizando actividades de información y movilización de apoyos. Dada la gran incidencia del VIH en la región, es crítico que los países estén atentos al seguimiento y supervisión de las ITS; sin embargo, solamente nueve países reportaron tener dichos sistemas.

Una serie de países de la región están utilizando el enfoque sindrómico para el tratamiento de las ITS en sus programas de control de ITS y VIH/SIDA, incluyendo a Burundi, Costa de Marfil, Eritrea, Ghana, Guinea, Liberia, Namibia, Nigeria, Swazilandia y Zimbabwe. Chad y Guinea reportan una promoción extensa del uso del condón. Botswana tiene programas de análisis diagnósticos para el público en general. Otras medidas incluyen la promoción de los análisis para las trabajadoras del sexo; consejería voluntaria y centros de análisis, y monitoreo de la pareja. Sin embargo, muchos países todavía no tienen estos servicios funcionando.

Más de una quinta parte de los países del África Sub-Sahariana ha aumentado su personal en salud reproductiva capacitado en el manejo de ITS y VIH/SIDA y para que trabajen en alianza con ONGs.

Una serie de países de Asia y el Pacífico tienen políticas nacionales en torno a las ITS, incluyendo a Afganistán, Bangladesh y Mongolia, donde las infecciones del tracto reproductivo, así como las ITS, se incluyen en los servicios de salud reproductiva. Nepal ha desarrollado una estrategia nacional sobre VIH/SIDA, que es también vista como un mapa con el camino a seguir en la prevención y reducción de las ITS.

Filipinas, como parte de su programa de prevención y control del SIDA e ITS, está integrando el enfoque sindrómico en los establecimientos del sector público; colaborando con clínicas privadas en el diagnóstico de las ITS, su tratamiento y seguimiento; promoviendo 100 por ciento el uso del condón; proporcionando medicamentos para las ITS a través de mercadeo social; y colaborando con las ONGs en educación entre pares para la promoción del condón y la prevención de las ITS. Un Laboratorio de Referencia Nacional en ITS y

SIDA ha sido igualmente establecido con oficinas en lugares estratégicos del país. En la India, la prevención, detección oportuna y manejo efectivo de las infecciones del tracto reproductivo/ITS, está incluida como un componente importante del cuidado de la salud reproductiva a través de la estructura existente para la atención básica de la salud; la nación está fortaleciendo las clínicas de ITS en hospitales de distrito y hospitales en las facultades médicas, y está mejorando los servicios de referencia para el tratamiento de las ITS.

Dieciséis países en América Latina y el Caribe han reportado planes, programas y estrategias para el manejo de las ITS. En Brasil, más de 1,300 centros de salud proporcionan tratamiento y prevención tanto para las ITS como para el VIH. Chile tiene programas de prevención tanto para las ITS como para el VIH, con 203 proyectos que involucran a 435 organizaciones. Las actividades pueden incluir tratamiento de las ITS para mujeres embarazadas, como en Bolivia. Perú ha decidido que los programas de educación deben incluir ITS y VIH/SIDA, violencia sexual y asuntos relativos al género.

La elevada incidencia de ITS e infección por VIH en el Caribe es un asunto de gran preocupación para todos los países de la región, y se están llevando a cabo programas de prevención y tratamiento. En Antigua y Barbuda, un país relativamente pequeño, el centro de atención primaria de salud en la capital, está diseñado como un centro para el tratamiento de las ITS. Jamaica está mejorando el manejo de casos, tanto en el sector público como en el privado; reforzando el programa de investigación de contactos y la infraestructura de laboratorios para ITS y recolección de sangre y transfusiones; y llevando a cabo investigación que propicie el desarrollo de políticas.

A través de la región, los países están llevando a cabo actividades de información y educación en ITS y VIH para el público en general y grupos de alto riesgo. En Bahamas, por ejemplo, se ha proporcionado educación sobre el VIH y las ITS a través de una campaña de medios masivos de comunicación. Los gobiernos trabajan estrechamente con las ONGs, particularmente con las asociaciones de planificación familiar, en la lucha para prevenir las ITS y el VIH/SIDA.

En los países de la CEI, Europa Central y del Este, la elevada y creciente incidencia de la infección por VIH ha llevado a los países a aumentar las estrategias de prevención y se está alentando la toma de medidas para la prevención de otras ITS. Rumania, por ejemplo, tiene servicios especializados para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y está expandiendo servicios dentro de la atención a la salud primaria. El tratamiento para la sífilis es gratuito. Los gobiernos han introducido medidas orientadas a prevenir la expansión del VIH/SIDA y de otras ITS, como por ejemplo

la consejería y las pruebas voluntarias. La Federación Rusa ha adoptado un programa federal de "Prevención y control de las enfermedades de dependencia social", que incluye subprogramas de prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Estonia ha introducido programas para gente joven y grupos de alto riesgo. Otros programas orientados a la gente joven se encuentran en Armenia (con mercadeo social de condones) y Bielorrusia. En Kazajstán, donde los niveles del VIH son bajos pero las ITS son todavía una causa de preocupación, se ha comenzado un programa por decreto gubernamental para la prevención y el control de las ITS. Algunos países han desarrollado materiales de información y campañas en medios de comunicación como parte de sus actividades de prevención. Otros países, como Polonia, han establecido líneas telefónicas confidenciales y sitios en la Internet.

Sesenta por ciento de los países de la región Árabe han tomado medidas para la prevención, tratamiento y manejo de las ITS; estos países han introducido campañas de IEC y de promoción y defensa; y han establecido sistemas de seguimiento y supervisión.

4.11 MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO INSEGURO

El PdA de la CIPD alentó a los países a prestar particular atención al impacto del aborto inseguro sobre la salud como un importante problema de salud pública, incluyendo el manejo de sus complicaciones. Se estima que 46 millones de embarazos acaban en abortos inducidos todos los años, cerca de 20 millones bajo condiciones inseguras. Cerca del 13 por ciento de las muertes relativas al embarazo han sido atribuidas a complicaciones, alrededor de 67,000 muertes cada año. Las complicaciones del aborto inseguro acarrearán serias consecuencias tales como la infertilidad y el dolor crónico.

De los 151 países que respondieron a la Encuesta, 117 han tomado medidas clave para prevenir y manejar las complicaciones del aborto inseguro (Tabla 4.10). Algunos países indicaron que fortalecer sus servicios de planificación familiar es una medida clave para prevenir los abortos inseguros. Otros reportaron medidas (capacitación, instalaciones, lineamientos) para mejorar el acceso a los servicios post-aborto, tanto para manejar complicaciones como para prevenir la repetición del aborto inseguro. Por ejemplo, 40 por ciento de los Estados Árabes proveen servicios post-aborto. En Nepal, donde cerca de la mitad de las muertes maternas son el resultado de un aborto inseguro, se han desarrollado programas y políticas para prevenir abortos inseguros y manejar sus complicaciones.

Muchos países reportaron haber asignado recursos e instalaciones para prevenir y manejar las complicaciones del aborto inseguro. En Filipinas, un informe de avance hacia

Tabla 4.10 Medidas clave tomadas por los países para prevenir y manejar las complicaciones de los abortos inseguros

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Provisión de servicios post-aborto	62	53
Disponibilidad de servicios de planificación familiar y anticonceptivos como medida preventiva	38	32
Capacitación de proveedores de servicios de salud para brindar atención post-aborto	24	21
Establecimiento de instalaciones para la prevención y manejo de las complicaciones del aborto	15	13
Desarrollo de lineamientos para la atención post-aborto en ausencia de políticas o programas formales	14	12
Total	117	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se refería a la prevención y el manejo de las complicaciones del aborto inseguro: el mandato del Departamento de Salud incluye “la prestación de un servicio humano y de calidad para el cuidado post aborto por proveedores competentes, sensibles, objetivos y libres de prejuicios, en una institución bien equipada, complementada por un ambiente de apoyo para las mujeres involucradas”.

Los profesionales de la salud en la mayoría de los países del África Sub-Sahariana están capacitados para manejar las consecuencias del aborto inseguro. Vietnam y Laos han expedido lineamientos y estándares nacionales para el manejo de las complicaciones por aborto inseguro. En Bolivia, casi todas las maternidades tienen programas post-aborto. Etiopía ha introducido lineamientos nacionales para el cuidado post-aborto. En Nigeria se han establecido sitios específicos que integran servicios de planificación familiar. Botswana incluye planificación familiar en la consejería post-aborto.

4.12 PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA A TRAVÉS DE ALIANZAS

El Programa de Acción y las Acciones Clave adoptaron la meta de asegurar que los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual, sean de acceso universal para el 2015, y que sean seguros, asequibles, confidenciales, que traten a los clientes con respeto y que

consideren sus diferentes necesidades de forma sensible al género así como a aspectos culturales. El fortalecimiento de la voz de los clientes, especialmente de las mujeres, y la ayuda en el establecimiento de alianzas más fuertes entre beneficiarios, proveedores y funcionarios locales, son cuestiones centrales dentro de la agenda de la CIPD.

En respuesta a la pregunta de la Encuesta sobre las medidas clave para involucrar a los beneficiarios de servicios de salud reproductiva, 124 de los 137 países que respondieron indicaron que habían tomado medidas clave para involucrar a los beneficiarios, y 48 reportaron múltiples medidas.

Algunos países han tomado medidas para evaluar las necesidades y opiniones de la población a través de foros públicos o encuestas al consumidor, o a través de la incorporación de la comunidad y la sociedad civil en la formulación de políticas y/o programas. Los países también han establecido grupos de acción a nivel local; algunos países han reportado haber entrenado a trabajadores de la salud reproductiva comunitarios para involucrar a los beneficiarios y cubrir sus necesidades. Finalmente, algunos países han reportado actividades de información y de promoción y defensa orientadas a informar e involucrar a los beneficiarios (Tabla 4.11).

Más del 40 por ciento de los países del África Sub-Sahariana ha tomado medidas para involucrar a los beneficiarios de los servicios en salud reproductiva. Países como Ghana y Mauricio han creado grupos comunitarios o de acción local, reconociendo que la salud reproductiva es una parte del cuidado básico de la salud. Otros países han

Tabla 4.11 Medidas clave tomadas por los países para involucrar a los beneficiarios en la salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Consulta/inclusión de representantes comunitarios/ONGs/organizaciones comunitarias de base en el desarrollo de políticas/programas	71	57
Creación de grupos comunitarios/ locales de acción	30	24
Campañas de promoción y defensa/ IEC sobre salud reproductiva	27	22
Encuestas para obtener la opinión de los/las usuarias	17	14
Asesoría de pares	12	10
Total	124	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

apostado a involucrar a los beneficiarios a nivel de distritos y a niveles más elevados. Algunos países también han involucrado a adolescentes en la provisión de información sobre salud reproductiva para gente joven. Otros países también han involucrado a grupos especiales: por ejemplo, Eritrea ha involucrado a trabajadores/as del sexo en educación entre pares y en el manejo de programas orientados a sus colegas trabajadores y trabajadoras del sexo; Kenya ha incluido a jefes de aldea y curanderos tradicionales por tratarse de personas a quienes se acude en la comunidad.

A lo largo de Asia y el Pacífico, los gobiernos han comenzado a desarrollar fuertes enlaces y a involucrar a una amplia gama de beneficiarios en la provisión de servicios de salud reproductiva. Estos incluyen a grupos de mujeres, grupos de la sociedad civil y ONGs. Algunos gobiernos reconocen la necesidad de llevar a cabo acciones concertadas para involucrar a los beneficiarios. Éstos se involucran en las evaluaciones de necesidades a nivel comunitario cuando los planes son descentralizar los servicios. El enfoque de Malasia es llevar a cabo diálogos con proveedores de servicios sobre los intereses de los beneficiarios, y luego organizar reuniones con los propios beneficiarios.

En América Latina los países involucran a organizaciones basadas en la comunidad y a ONGs en el desarrollo de programas y evaluación. Brasil ha establecido consejos de salud a nivel nacional, regional, municipal que involucran a pacientes, proveedores de servicios, grupos de promoción y defensa y otros grupos. Algunos grupos de mujeres están involucrados en el seguimiento y evaluación del programa nacional de Argentina. En Honduras, todos los sistemas, desde las clínicas materno-infantiles hasta las asociaciones nacionales para gente que vive con VIH y SIDA utilizan cuestionarios, grupos focales y entrevistas a profundidad para suscitar la retroalimentación. En Ecuador, la ley para la protección del consumidor otorga el derecho a reclamar y recibir compensación por daños en casos de servicios de baja calidad o mal administrados.

En Bahamas se llevaron a cabo tanto discusiones en grupos focales como entrevistas, con la participación de adolescentes, padres, madres y maestros, para el desarrollo de materiales. Jamaica y Surinam también involucran a los adolescentes en el desarrollo de programas.

Los Gobiernos de la CEI y Europa Central y del Este trabajan con ONGs, tales como asociaciones de planificación familiar, en el diseño e implementación de actividades de salud reproductiva. Las ONGs están particularmente comprometidas a llegar a poblaciones en áreas rurales. Muchos países involucran a organizaciones de jóvenes, asociaciones de estudiantes de medicina y escuelas en su esfuerzo por proveer servicios de salud sensibles a las necesidades de los

y las jóvenes. En Rumania, el Gobierno ha consultado a la coalición de las ONGs activas en salud reproductiva para ayudar a decidir cuáles servicios de salud reproductiva deberían estar incluidos en el paquete a ser financiado por el sistema de seguros de salud. Letonia tiene un “Departamento para los Derechos de los Pacientes” que realiza encuestas regularmente para garantizar la satisfacción del paciente en los cuidados de salud, incluyendo la atención en salud reproductiva. En Moldova, los puntos de vista de los consumidores sobre sus necesidades se incluyen en discusiones en la radio; también se han realizado encuestas para considerar las brechas existentes en el sistema de salud reproductiva, y el programa Orientado al Cliente-Proveedor Eficiente (COPE, en inglés) es utilizado para evaluar la satisfacción de los y las usuarias con los servicios de planificación familiar.

Cerca del 80 por ciento de los Estados Árabes ha tomado medidas para involucrar a los y las usuarias, tales como organizaciones de base comunal, ONGs y organizaciones de mujeres. En el Líbano las encuestas han sido utilizadas para evaluar los servicios de salud reproductiva y a los programas en torno a la creación de conciencia, también a través de ONGs.

4.13 PRINCIPALES RESTRICCIONES EN LA IMPLEMENTACION DEL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA

Los retos que implica integrar los servicios de salud reproductiva a los sistemas de atención primaria de salud especialmente en el contexto de la reforma del sector salud, no deben ser subestimados. Los programas verticales tienen sus propios fundamentos, historia, cultura y personal dedicado, que se resiste a la integración, frecuentemente con cierta razón: muchos países han encontrado dificultades en mantener la calidad y la extensión de la cobertura de los servicios al mismo tiempo que reducen costos y efectúan sinergias mediante la integración. Los programas de prevención, tales como los de planificación familiar, pueden carecer de alguien que abogue por ellos dentro del sistema integrado, situándolos en desventaja en la competencia por los recursos.

Problemas similares han retrasado la integración o la suma de componentes a los programas de salud reproductiva, especialmente porque el VIH/SIDA se ha vuelto una prioridad. Los servicios de planificación familiar están bien establecidos y son ampliamente utilizados, pero añadir la prevención de ITS y el tratamiento ha sido más bien un problema, especialmente en ausencia de buenas herramientas para el diagnóstico de las ITS. Los programas han prestado insuficiente atención en llegar a los hombres y la gente joven, en parte debido a falta de recursos, y también porque la

prevención se ha vuelto menos prioritaria en los servicios orientados al cuidado curativo.

Por otra parte, es claro que los países se han sobrepuesto a las limitaciones y han logrado integrar con éxito la salud reproductiva a los sistemas de atención primaria de salud, así como los diferentes componentes de la salud reproductiva en un sistema único para la prestación de información y servicios.

Dentro de las limitaciones comunes a todas las regiones se incluyen financiamiento insuficiente y falta de sustentabilidad (64 países); falta de proveedores de servicios de salud capacitados (38 países); ausencia de equipos y facilidades (33 países); dificultades en el acceso a los servicios, particularmente para áreas remotas, debido frecuentemente a una descentralización insuficiente (22 países); y vías de comunicación inadecuadas (19 países). Los países también mencionaron las desigualdades de género, y problemas para prestar servicios a hombres y a adolescentes.

De los 62 países que mencionaron falta de recursos financieros, 26 están en el África Sub-Sahariana. En Kenya, por ejemplo, no existe una línea de presupuesto identificable para los servicios de salud reproductiva y, en Benin, los fondos son inadecuados para asegurar el equipo necesario y los insumos para la provisión de servicios integrales de salud reproductiva. Los problemas financieros y económicos de los países de América Latina han retrasado el avance en salud reproductiva.

La falta de recursos humanos es un problema considerable en el África Sub-Sahariana. La participación proactiva de los profesionales de la salud ha planteado retos significativos en algunos países de América Latina; Argentina, Guatemala y Honduras han ofrecido talleres para su personal, programas de entrenamiento y campañas de promoción y defensa para hacer frente a este problema. En muchos países el descontento civil provoca una rotación elevada de personal médico en las áreas rurales. La escasez de experticia técnica detiene la provisión de servicios de salud reproductiva en algunos países del Caribe, pero las incertidumbres a nivel profesional inhiben a gente calificada de solicitar trabajo. En muchos países la falta de experticia técnica se ve agravada por la falta de datos o indicadores para el análisis, la planeación, la gerencia y el seguimiento.

Algunos países citan la “demanda insatisfecha” en anticoncepción como una restricción, mientras que otros señalan la sub-utilización de servicios de salud reproductiva. Uno de los mayores obstáculos es la dificultad para alcanzar y contactar a los más pobres de entre los pobres, especialmente en áreas rurales. Existen muchas dificultades para llegar a islas distantes o áreas montañosas remotas, o para mantener servicios en ausencia de vías para ser transitadas en cualquier clima.

Varios países han tomado medidas para asegurar que la información sobre salud reproductiva esté disponible para los pobres y las personas analfabetas. Muchos países, como Sudáfrica, han traducido materiales de información a idiomas locales.

Dentro de las medidas innovadoras para superar los obstáculos se incluye el programa de salud reproductiva de Azerbaiyán para la Academia de Policía del Ministerio del Interior; el programa está orientado a personal uniformado y a atender las dificultades de acceso a los desplazados internos.

4.14 CONCLUSION

La Encuesta Global 2003 muestra que, a pesar de las limitaciones, los países avanzan sobre la base del Programa de Acción y de las *Acciones Clave* adoptadas en 1999. A pesar del impacto del VIH/SIDA, los países siguen ampliando y mejorando la calidad de los servicios de salud reproductiva, así como el acceso a éstos. El avance es notorio en:

- La aceptación y el uso de planificación familiar moderna se sigue extendiendo;
- Los países están enfrentando la amenaza de las infecciones de transmisión sexual;
- La maternidad segura está ganando espacio en la agenda política, con más énfasis en partos atendidos y referencias para las emergencias;
- Los chequeos para el cáncer de mama y cérvico-uterino están haciendo su aparición;
- Los países están tomando medidas para garantizar un flujo seguro y estable de insumos de salud reproductiva para aquellos que los necesitan;
- Las contrapartes de la comunidad y la sociedad civil, especialmente los grupos de mujeres, se están convirtiendo en parte del aparato de definición de políticas.

Todavía más importante, los países han acogido a la CIPD como una agenda de políticas propia. Reconocen que el cuidado en salud reproductiva es algo que cada mujer y hombre tiene derecho a exigir, y actúan en el sentido de convertir la agenda en una realidad.

Los países han adoptado una amplia variedad de medidas a nivel de políticas. Como un asunto de orden práctico se ha incluido la salud reproductiva en la reforma del sector salud e integrado la salud reproductiva al nivel primario de atención. La mayoría de los países han mejorado la capacitación e incrementado el número de profesionales de la salud y de otros proveedores de servicio. Han mejorado las instalaciones

y el acceso para quienes necesitan los servicios, particularmente aquellos que viven en áreas remotas e inaccesibles.

No obstante, aún falta mucho por hacer, y el mejoramiento del acceso y la asequibilidad, especialmente para los hogares pobres, será un asunto de mayor importancia para la próxima década. Los países pobres y la gente pobre de todos los países todavía cargan con una cantidad desproporcionadamente alta de las enfermedades reproductivas, pero carecen de acceso y de medios para poder pagar los servicios necesarios así como la información. Mientras que se ha logrado algún avance en cuanto a llegar hasta los pobres, especialmente en el área de la planificación familiar, las diferencias entre pobres y ricos continúan siendo inauditas. En países del África Sub-Sahariana, por ejemplo, las mujeres en el quintil más rico de la población tienen cinco veces más posibilidades de tener acceso a la anticoncepción que las mujeres en el quintil más pobre. En el Sur de Asia, una mujer en el quintil más rico tiene más de nueve veces mayor probabilidad de recibir atención calificada en el parto que una mujer en el quintil más pobre¹¹.

Las estrategias que han mostrado ser efectivas para hacer los servicios más accesibles a los pobres y que merecen más investigación, incluyen la descentralización de los servicios al nivel comunitario, los esquemas alternativos de financiamiento como los seguros de salud social, y el aumento de la conciencia de la gente de sus derechos como consumidores. Mejorar la motivación de los proveedores de servicio, un factor clave para mejorar la calidad de la atención, es otra área importante que necesita ser explorada y abordada. La violencia basada en el género, un fenómeno trágico que afecta la vida de millones de mujeres (especialmente de mujeres pobres), necesita ser abordada en los programas de salud reproductiva.

Los servicios para hombres en particular continúan siendo inadecuados; mucha gente joven, aún los casados,

todavía no encuentran información y servicios apropiados para proteger su salud reproductiva. El desequilibrio de género en la provisión de información y servicios, y la desigualdad de género subyacente, constituyen todavía una amenaza para alcanzar las metas de la CIPD; los números persistentemente elevados de mortalidad materna en algunos países en desarrollo hablan por sí mismos.

Desde la CIPD, muchos esfuerzos se han enfocado al desarrollo de servicios centrados en las personas usuarias, incluyendo materiales educativos, consejería mejorada, y la incorporación de las perspectivas de los usuarios para mejorar la prestación de servicios. Reconociendo la importancia del lado de la demanda, se han adoptado nuevos enfoques dirigidos a aumentar, principalmente, la capacidad de grupos e individuos para obtener atención de calidad, a través de la creación de conciencia sobre sus necesidades y derechos en salud reproductiva, y el mejoramiento de las interacciones entre personas usuarias y proveedores.

El enfoque de derechos humanos debería continuar orientando las políticas, el diseño de los programas y la prestación de servicios. Al situar a la salud reproductiva en un contexto más amplio y enfatizar los valores fundamentales, principalmente el respeto por los y las usuarias y sus decisiones reproductivas, el enfoque basado en derechos puede proporcionar herramientas para analizar las causas subyacentes de los problemas de salud y las inequidades en la prestación del servicio, y dar forma a programas y políticas de salud humanas y efectivas.

Extender el cuidado en salud reproductiva a todos para el año 2015 sigue siendo una meta alcanzable, sin embargo, ello requerirá de un compromiso sincero por parte de todos los miembros de la comunidad internacional.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149, párrafo 7.3.
- 2 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 7.3.
- 3 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 52. b.
- 4 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 7.6.
- 5 Naciones Unidas, *Informe del Secretario General: Revisión y evaluación de los avances logrados hacia la consecución de las metas y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, (Nueva York, Naciones Unidas 2004) E/CN.9/2004/3, párrafo 42, p. 16.
- 6 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 43, p. 17.
- 7 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 43, p. 18.
- 8 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Mortalidad materna en 2000: estimaciones Desarrolladas por la OMS, UNICEF y UNFPA*, p.3.
- 9 Naciones Unidas, op.cit., párrafo 62, p. 22.
- 10 Organización Mundial de la Salud, *Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Infections including HIV/AIDS*. OMS y ONUSIDA Notas informativas (Ginebra, OMS y ONUSIDA, 2001).
- 11 Tom Merrick, *Maternal-Newborn Health and Poverty*, borrador. (Washington, D.C., Banco Mundial, 2004).

5 Salud reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes

5.1 INTRODUCCIÓN

Casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, la generación de jóvenes más grande de la historia.

Aproximadamente 20 por ciento de ellos, una cantidad asombrosa de 1.200 millones, tiene entre 10 y 19 años¹. De éstos, 87 por ciento vive en países en desarrollo. Asegurar que inicien la edad adulta con buena salud depende en parte de proporcionarles las herramientas para negociar de manera eficaz con otros a fin de adquirir un estilo de vida saludable, lo cual incluye un comportamiento reproductivo como el que plantea el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La CIPD hizo una importante contribución en el reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes a la salud, incluyendo el acceso a información, educación y servicios relacionados con la reproducción apropiados para su edad. Las *Acciones Clave* de la CIPD+5 subsecuentemente reafirmaron el derecho de los y las adolescentes a obtener altos estándares de salud. Este documento enfatizó la necesidad de proporcionar servicios apropiados, específicos, confidenciales, fáciles de usar y accesibles para cubrir las necesidades de salud reproductiva de los y las jóvenes.

Desde 1994, los países han advertido la necesidad de asegurar que las políticas relacionadas con el derecho a la salud y las necesidades relacionadas con la salud reproductiva de los y las adolescentes estén bien establecidas; de introducir educación en salud, incluyendo habilidades para la vida para jóvenes, tanto en la educación formal como no formal; y de proporcionar acceso a información, educación y servicios de salud reproductiva. Subsecuentemente, los países han empezado a reconocer que invertir en la gente joven es determinante para facilitar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la mayoría de los cuales se relacionan estrechamente con satisfacer las necesidades de los y las jóvenes.

Los países reconocen cada vez más que la salud reproductiva de las personas adolescentes (SRA) debe ser considerada en el contexto de otros aspectos de la vida de los y las jóvenes, incluyendo la adquisición de habilidades para la vida y el apoyo necesario en cuanto a sus fuentes de ingreso futuras, particularmente a través de capacitación profesional y oportunidades laborales. Además, el contexto cultural en el que los y las adolescentes viven, crecen y se desarrollan puede ayudar o restringir su crecimiento y bienestar en un futuro.

Ha aumentado la conciencia en relación con la diversi-

dad de poblaciones adolescentes y jóvenes. Se deben tener en cuenta las necesidades de adolescentes mayores y menores, niños y niñas, personas adolescentes casadas y solteras y que viven en zonas urbanas y rurales.

Los países están empezando a entender la necesidad de desarrollar programas sensibles a los asuntos de género, que protejan a las niñas y faciliten su empoderamiento para que las normas sociales no las expongan a riesgos de salud reproductiva. Al mismo tiempo, reconocen la necesidad de desarrollar estrategias para trabajar con niños y hombres jóvenes a fin de promover la igualdad de género, así como los derechos reproductivos y la salud reproductiva.

Los países se han dado cuenta de que los programas de salud sexual y reproductiva contribuyen a que los jóvenes se conviertan en agentes del cambio y del desarrollo a través de su plena participación y liderazgo en relación con asuntos que afecten sus vidas y a sus comunidades. Esto puede ayudar a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Por tanto, se consideró apropiado incluir preguntas acerca de salud reproductiva y derechos reproductivos de los y las adolescentes en la Encuesta Global para facilitar la posibilidad de observar el progreso obtenido en estas áreas desde que en 1994 se adoptó el Programa de Acción de la CIPD. Este capítulo describe los principales cambios que han ocurrido a lo largo de la implementación del Programa de Acción de la CIPD. Las áreas principales cubiertas incluyen medidas tomadas por los países para: asegurar los derechos de los y las adolescentes a contar con información y servicios de salud reproductiva; proporcionar educación sobre salud, dentro o fuera de la escuela, incluyendo habilidades para la vida; promover entre adolescentes y jóvenes oportunidades para generar ingresos; promover la participación de personas jóvenes en el desarrollo de políticas y programas; y dar a conocer los factores culturales que facilitan o restringen la promoción de la SRA. Algunos ejemplos de colaboración entre el gobierno y la sociedad civil para abordar asuntos de salud y derechos reproductivos de los y las adolescentes se presentan en el Capítulo 8.

5.2 DERECHOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES A OBTENER INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Aunque representan una fuerza grande y potente para el cambio positivo, los y las adolescentes y jóvenes de hoy

enfrentan múltiples retos. Para muchos, un futuro brillante está limitado por la pobreza, la falta de oportunidades, el abandono de los estudios, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados o tempranos, y el abuso y la explotación. El Programa de Acción de la CIPD y las Acciones Clave reconocen que proteger y promover los derechos de la gente joven es fundamental para darles la habilidad de enfrentar esos retos de manera eficaz, y es determinante común de los países. Sin ser ya niños y sin ser aún adultos, los y las adolescentes tienen capacidades evolutivas para tomar decisiones, pensar de manera crítica acerca de sus acciones de vida y asumir responsabilidades.

Para proteger el derecho de las y los adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Programa de Acción de la CIPD y la Acciones Clave recomendaron la provisión de servicios sensibles a las cuestiones de género, adecuados a las diferentes edades, específicos, accesibles y fáciles de usar. Los mismos deben enfrentar con efectividad las necesidades de las y los adolescentes en cuestiones de salud reproductiva. Deben asegurarse que los y las adolescentes que se encuentran ya sea dentro o fuera de la escuela reciban la información necesaria, incluyendo aquella sobre prevención, educación, consejería y servicios de salud, para darles las herramientas necesarias para que puedan tomar decisiones responsables e informadas respecto de su salud reproductiva. Una de las metas es la de reducir el número de embarazos adolescentes.

La Encuesta Global puso de manifiesto que muchos países han emprendido acciones para atender la salud reproductiva de los y las adolescentes así como sus derechos reproductivos. De 151 países, 139 (92 por ciento) indicaron que habían tomado al menos una medida en relación con este tema. Setenta y nueve por ciento había tomado cuando menos dos medidas, lo que reflejó el abordaje amplio de estas cuestiones. Las medidas podrían dividirse ampliamente en dos grupos: (a) acciones de política, legales y de reglamentos; y (b) acciones programáticas y estratégicas.

Políticas y medidas legales y legislativas

Las políticas y las medidas legales y legislativas incluyeron: (a) implementación de políticas sensibles a este tema (34 por ciento); (b) desarrollo e implementación de leyes y/o reglamentos sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes (27 por ciento); y (c) ratificación e implementación de las convenciones de las Naciones Unidas (9 por ciento). Ver la Tabla 5.1 para mayor información.

Poco más de una cuarta parte de los países ha promulgado leyes y puesto en marcha legislación, incluyendo tratados y convenciones internacionales. La Convención sobre los

Derechos del Niño, que trata sobre los derechos de niños y niñas, incluyendo a las y los adolescentes menores de 18 años, es el instrumento de derechos humanos que cuenta con el mayor número de ratificaciones. Muchos países han introducido y llevado a cabo acciones legislativas para asegurar que se implementen los derechos que se han comprometido a respetar, proteger y hacer valer al ratificar esta Convención. Esto es especialmente importante para asegurar que las personas jóvenes reciban información así como servicios, particularmente aquéllos relacionados con su salud reproductiva. Asimismo, los países han aprendido por experiencia propia que antes de adoptar una ley es necesario efectuar una amplia consulta con quienes se vean afectados por la misma, incluyendo a gente joven y maestros.

Algunos países han derogado leyes y políticas que restringían el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a la información y servicios de salud reproductiva, mientras que otros están realizando debates públicos sobre la mejor forma de asegurar el derecho de los y las adolescentes a la salud reproductiva.

Medidas programáticas y estratégicas

La mayoría de los países enfrentan retos en relación con la institucionalización de una programación basada en un enfoque de derechos. Con base en el reconocimiento de esas necesidades, un marco de derechos se funda en el concepto de que las personas tienen derechos que deben gozar y ejercer. Se trata de un concepto nuevo que muchos países están empezando a poner en práctica y es desde esta perspectiva que han llevado a cabo diversas acciones programáticas y estratégicas. (Ver Tabla 5.2).

Tabla 5.1 Medidas específicas tomadas por los países para atender los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Políticas sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes, desarrolladas e implementadas	47	34
Leyes/reglamentos sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes desarrolladas e implementadas	38	27
Ratificación de convenciones de Naciones Unidas	13	9
Total	139	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Tabla 5.2 Medidas programáticas y estratégicas específicas tomadas por los países para atender los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Planes/programas/estrategias sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes	86	62
Campañas de IEC/promoción y defensa sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes, desarrolladas e implementadas	46	33
Educación sobre salud reproductiva integrada a los programas de estudios escolares	36	26
Establecimiento de una Comisión Nacional de la Juventud	31	22
Alianzas con ONGs nacionales e internacionales sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes	28	20
Provisión de financiamiento gubernamental a servicios para jóvenes	28	20
Programa nacional de atención a la salud que incluye SRA	26	19
Provisión de consejería para adolescentes	25	18
Capacitación para quienes trabajan con adolescentes sobre derechos reproductivos y necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes	14	10
Total	139	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Las acciones en esta área incluyeron: (a) formulación de planes y programas nacionales (en 62 por ciento de los países que tomaron al menos una medida) incluyendo los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes; (b) desarrollo de campañas de información, educación y comunicación (IEC) y de promoción y defensa sobre temas de adolescentes (33 por ciento); (c) integración de educación sobre salud reproductiva en los programas de estudio (26 por ciento); y d) establecimiento de comisiones nacionales de juventud (22 por ciento). La Tabla 5.2 demuestra que otras medidas han sido tomadas,

aunque por un menor número de países, tales como la creación de alianzas con ONGs nacionales e internacionales en torno a los derechos reproductivos y las necesidades de salud reproductiva de las y los adolescentes; el otorgamiento de financiamiento gubernamental para servicios de salud reproductiva; la provisión de consejería para adolescentes; la formulación de programas nacionales de atención, incluyendo SRA; investigación sobre adolescentes; y mercadeo social.

Los países han ido reconociendo que los y las adolescentes y jóvenes tienen una participación desproporcionada en los problemas de salud reproductiva, siendo las consecuencias más adversas en ellos. El VIH/SIDA ha tenido un impacto muy fuerte y desproporcionado en la gente joven. Alrededor de 13 millones de niños menores de 15 años han perdido a uno o ambos padres. Cada 14 segundos una persona joven es infectada por el VIH. Las adolescentes se encuentran entre los grupos más vulnerables a la infección, con un estimado de 7.3 millones que viven con la infección por VIH, en comparación con 4.5 millones de varones en edades comparables. Otros problemas de salud reproductiva que afectan en especial a las y los adolescentes incluyen embarazos y nacimientos no deseados, que son causas principales de muerte, e infecciones de transmisión sexual, que pueden elevar tanto el riesgo de la infección por VIH como la infertilidad entre las adolescentes. La gente joven también está sujeta a un elevado riesgo de suicidio, problemas de salud mental, violencia, incluyendo violencia contra las mujeres y las niñas, y tráfico sexual.

El análisis de la información de la Encuesta Global mostró la existencia de variaciones a nivel regional en las cuatro medidas más importantes que tomaron los países para abordar el tema de los derechos de los y las adolescentes y su salud reproductiva. (Ver el Cuadro 5.1).

En comparación con la Encuesta Global de 1998, ha habido un importante incremento en el número de países que protegen los derechos reproductivos y las necesidades de los y las adolescentes por medio de programas nacionales². De hecho, el número de países que informó haber tomado por lo menos una medida aumentó de 55 (48 por ciento) en 1999 a 139 (92 por ciento) en 2003. Cincuenta y cinco por ciento de los países tomó por lo menos dos medidas en el mismo periodo. El incremento fue más significativo para los países que tomaron cuando menos dos medidas. Por ejemplo, en Asia y África Sub-Sahariana hubo cambios importantes, de 54 y 38 por ciento respectivamente en 1999, a 78 y 80 por ciento en 2003. Esto puede haberse debido a la urgencia requerida para hacer frente a las diversas necesidades de las grandes poblaciones de jóvenes y adolescentes, en particular en lo que se refiere a asuntos de salud urgentes y emergentes,

Cuadro 5.1 Medidas importantes sobre salud reproductiva de los y las adolescentes tomadas en las regiones y subregiones

Regiones/Subregiones	1. Formulación de planes, programas nacionales	2. Desarrollo e implementación de políticas	3. Uso de campañas de IEC y de promoción y defensa	4. Desarrollo e implementación de legislación
África, el Caribe y el Pacífico	Sí	Sí	Sí	
Asia y Estados Árabes	Sí			
América Latina	Sí			Sí
Repúblicas de Asia Central		Sí		Sí
La CEI, Europa Oriental y Central y Turquía	Sí			Sí

tales como la epidemia de VIH/SIDA. (Para el año 2000, el VIH/SIDA se había convertido en un mal de la gente joven, que afecta en forma desproporcionada a las adolescentes.) El porcentaje de países que han tomado por lo menos dos medidas constituye un indicador de la amplitud de las acciones que se han estado emprendiendo para hacer efectivos los derechos reproductivos de los y las adolescentes y para dar respuesta a sus necesidades de salud reproductiva.

Si relacionamos los países que han tomado por lo menos dos medidas sobre derechos reproductivos y salud reproductiva de los y las adolescentes, con indicadores sobre la matrícula de niñas en secundaria y de fecundidad de las adolescentes, se encuentran resultados interesantes. Setenta y cuatro por ciento de los países que presentan tasas de matrícula femenina de menos del 50 por ciento tomó medidas amplias, en contraste con el 70 por ciento de aquellos con tasas de matrícula femenina del 50 por ciento o mayores. Ochenta y seis por ciento de los países con tasas de fecundidad adolescente de 100 por mil o más desarrolló medidas amplias, mientras que sólo lo hizo el 73 por ciento de los países con tasas de fecundidad adolescente inferiores a 100 por mil. Esto apoya la idea de que los países en donde los y las adolescentes y jóvenes enfrentan múltiples problemas, tales como bajas tasas de matrícula de niñas y altas tasas de fecundidad adolescente, hacen esfuerzos más concertados para dar solución a las demandas en las áreas de derechos reproductivos y salud reproductiva de los y las adolescentes.

El progreso que se ha observado puede atribuirse en parte a que, desde 1994, los programas que han adoptado un enfoque amplio sobre las necesidades de la gente joven parecen haber sido más exitosos en lograr el mejoramiento de su salud reproductiva. Sin embargo, en muchos países los pro-

gramas de salud reproductiva para adolescentes son todavía predominantemente pequeños y requieren ser ampliados. Este es uno de los retos que habrán de enfrentar los países en los próximos diez años de implementación de la CIPD.

Además, cada vez más países reconocen que la incorporación de la perspectiva de género es un aspecto crítico, aunque desatendido, de la programación. La discriminación y los roles de género son factores medulares en la salud reproductiva y las vidas de la gente joven, lo que a menudo limita severamente sus opciones y elecciones. No obstante, los programas han tendido a abordar a la gente joven como si fuera un grupo homogéneo. Otro reto que se presentará es el diseño de estrategias de programa específicas para el perfil de los beneficiarios a que se dirijan.

5.3 PROVISIÓN DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD, INCLUYENDO HABILIDADES PARA LA VIDA, EN LA ESCUELA O FUERA DE ELLA

Para implementar el Programa de Acción de la CIPD en términos de promover el bienestar de los y las adolescentes, enfatizando la igualdad y la equidad de género, e impulsando un comportamiento sexual responsable, cada vez se está poniendo mayor atención en proporcionar educación formal y no-formal sobre población y asuntos de salud. En el área de la salud reproductiva, estos temas incluyen la protección de adolescentes y jóvenes ante embarazos tempranos y no deseados, infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA), y abuso sexual, incesto y violencia.

Una de las acciones más importantes propuestas por el Programa de Acción de la CIPD fue la creación de programas educativos sobre salud sexual y reproductiva, basados en el concepto de igualdad de género, amplios, sensibles a las

cuestiones de género y apropiados para edades específicas. Los programas educativos diseñados para adolescentes, tanto dentro como fuera del sistema escolar, requieren de un enfoque de habilidades para la vida que ayude a la gente joven a desarrollar su autoestima y un sentido de su propia identidad. Más aun, los programas deben fortalecer las relaciones personales entre pares y adultos que les sirven de guía, de modo tal que las y los jóvenes puedan tomar decisiones responsables sobre su salud, incluyendo la salud reproductiva; promover la igualdad de género en las relaciones interpersonales; mejorar sus fuentes de ingreso y tener una mayor participación en el trabajo del hogar y en los procesos familiares (incluyendo embarazos y partos); y promover el respeto y el amor mutuos en las relaciones, que deben rechazar todas las formas de violencia de género y prácticas tradicionales perjudiciales.

La Encuesta indicó que 140 (93 por ciento) de los 151 países han llevado a cabo por lo menos una medida para introducir la educación sobre salud, incluyendo las habilidades para la vida, en los programas de estudios escolares y en los programas para jóvenes fuera del sistema escolar. En la Tabla 5.3, las cuatro medidas que más se han aplicado fueron: (a) provisión de programas de estudio que incluyen salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida (89 por ciento); (b) programas y clínicas fuera de las escuelas (39 por ciento); (c) capacitación sobre salud reproductiva para maestros/as y otro personal escolar (26 por ciento); y (d) programas de educación entre pares (19 por ciento). Otras medidas incluyen: IEC/promoción y defensa; actividades extracurriculares sobre salud reproductiva y habilidades para la vida; educación para estudiantes de primaria en salud reproductiva y habilidades para la vida; uso de medios de comunicación, tales como televisión, radio, Internet y líneas de auxilio para difundir información sobre salud reproductiva y habilidades para la vida; provisión de manuales de capacitación y guías para maestros sobre salud reproductiva y habilidades para la vida; inicio de proyectos piloto sobre salud reproductiva y habilidades para la vida; y expansión de la educación sobre salud reproductiva y habilidades para la vida en más escuelas y grados.

Las acciones tomadas por los países para proporcionar educación sobre salud y habilidades para la vida varían de acuerdo con el contexto cultural, los recursos disponibles, la influencia de la religión, y otros factores. Las medidas se implementan primeramente en los niveles de educación secundario o terciario. La información sobre salud reproductiva se incluye en los programas de estudio escolares y en programas de educación fuera del sistema escolar formal en diversos niveles de profundidad. En la actualidad, casi todos los países impulsan la enseñanza de habilidades para la vida

a jóvenes y adolescentes, y con frecuencia la misma incluye educación sobre salud reproductiva, a veces lograda con base en conceptos de educación sobre la vida familiar.

Mientras que todas las regiones enfatizan la provisión de planes de educación escolar que incluyan salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida (100 por ciento para Asia; 98 para el África Sub-Sahariana; 88 para el Caribe y la CEI, Europa Oriental y Central; 85 para los Estados Árabes; 73 en América Latina; 58 en el Pacífico; y 50 en las Repúblicas de Asia Central), las otras medidas son utilizadas en diferentes magnitudes. La segunda medida en importancia para el África Sub-Sahariana, Asia y el Pacífico, y las Repúblicas de Asia Central fue la provisión de programas y clínicas para jóvenes fuera de la escuela, mientras que para el Caribe y América Latina lo fue la capacitación para maestros y otro personal escolar. Los Estados Árabes aplicaron ambas medidas. Asia y el Caribe informaron haber utilizado algunos proyectos piloto innovadores, mientras que el África Sub-Sahariana, Asia y América Latina reconocieron la IEC/promoción y defensa como una herramienta importante.

Tabla 5.3 Medidas específicas tomadas por los países para introducir educación en salud reproductiva tanto fuera como dentro de las escuelas

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Programa escolar de estudios incluye salud reproductiva y/o habilidades para la vida	124	89
Programas y/o clínicas para jóvenes fuera de la escuela	55	39
Capacitación en salud reproductiva para maestros y/o personal escolar	36	26
Programas de educación entre pares	27	19
IEC/promoción y defensa	26	19
Actividades extracurriculares sobre salud reproductiva y/o habilidades para la vida	24	17
Educación para alumnos y alumnas de primaria en salud reproductiva/habilidades para la vida	22	16
Uso de medios, incluyendo TV, radio, Internet, líneas telefónicas de auxilio	10	7
Elaboración de manuales de capacitación y/o de guías para la enseñanza	10	7
Total	140	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Veintidós países dieron a conocer la introducción de educación en salud y habilidades para la vida en las escuelas primarias. Más de 36 países a nivel mundial, y casi un tercio de los países de América Latina y el Caribe, están proporcionando capacitación a maestros sobre cómo llegar a la juventud en lo referente a salud reproductiva y construcción de habilidades para la vida, y proporcionando los materiales educativos necesarios para ello. Algunos países mencionaron que a pesar de que las y los maestros habían recibido capacitación, no eran competentes o no se sentían cómodos para enseñar la materia a sus alumnos o al tratar estos temas con los padres y madres y con la comunidad y líderes religiosos.

Los países aún enfrentan los importantes retos de proporcionar una educación sobre salud y habilidades para la vida integral y sensible a cuestiones de género y de capacitar a las y los maestros para hablar abierta y cómodamente con sus alumnos y alumnas. Los países han notado también que, a menudo, la educación sobre habilidades para la vida no se ofrece en las escuelas antes de los niveles de educación secundario o terciario, y que no siempre se ofrece en todas las escuelas a pesar de que se reconoce su alta popularidad entre los estudiantes.

Los líderes religiosos y los padres y madres a veces creen equivocadamente que la introducción a la educación sobre salud sexual conducirá al aumento de la actividad sexual y de la promiscuidad. Esto crea resistencia a su introducción. Algunos gobiernos están tomando acciones proactivas para trabajar con líderes religiosos y para involucrar a padres y madres en el desarrollo de los programas escolares de estudio. Algunos países enfrentan problemas derivados de la falta de consenso sobre la importancia de incluir educación sobre habilidades para la vida en los programas escolares de estudio. Adicionalmente, en 55 países (39 por ciento) también se han introducido programas para jóvenes fuera de las escuelas. Es más difícil llegar a estos jóvenes debido a la insuficiencia de recursos humanos y financieros, así como a transporte inadecuado para trabajadores que cubran áreas rurales. No obstante, se han desarrollado muchos programas innovadores para dar respuesta a necesidades específicas de este grupo meta, en particular con apoyo de ONGs. La educación en habilidades para la vida y salud, incluyendo componentes sobre salud reproductiva, se proporciona a gente joven fuera de las escuelas, por medio de programas específicos en clubes, talleres y seminarios conducidos por ONGs, particularmente en áreas rurales. En algunos países también se utilizan los medios de comunicación masiva, incluyendo radio, televisión y periódicos. En 27 países (19 por ciento) se están implementando programas de educación entre pares para llegar a jóvenes tanto en las escuelas como fuera de ellas.

5.4 ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES

En la pasada década ha habido un enorme cambio en la forma en que se proporciona información a los y las adolescentes y jóvenes. Además de su inclusión en el programa escolar de estudios, históricamente el énfasis se ha puesto en la producción y distribución de materiales escritos (historietas, carteles y publicaciones dirigidos a la gente joven); teatro callejero; obras de teatro y canciones populares.

En la actualidad, los países reconocen que la difusión de información a través de los medios de comunicación masiva no sólo es rentable, sino que también le resulta atractiva a la gente joven. Cuando se adapta a los gustos y lenguaje de las personas jóvenes, los medios, incluyendo la televisión, la radio, las revistas populares, los conciertos, y el Internet, han demostrado ser capaces de capturar grandes audiencias. Los medios de comunicación masiva son muy rentables en cuanto a costo por persona alcanzada. Por tanto, los programas de gobierno y los apoyados por ONGs están experimentando con este enfoque a mayor escala. En el Capítulo 7 se presentan ejemplos de acciones en esta área.

Tabla 5.4 Medidas específicas tomadas por los países para proporcionar acceso a información sobre salud reproductiva, incluyendo habilidades para la vida

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
IEC/promoción y defensa	72	54
Plan/programa/estrategia nacional de educación para el acceso de los y las adolescentes a información sobre salud reproductiva	46	35
Provisión de programas de educación entre pares	38	29
Establecimiento de servicios amigables para la gente joven	38	29
Uso de medios de comunicación, incluyendo televisión y radio	37	28
Provisión de consejería para adolescentes y jóvenes	32	24
Establecimiento de una asociación/ organización de juventud	27	20
Promoción de ONGs enfocadas al trabajo con jóvenes	26	20
Provisión de una línea telefónica de auxilio	15	11
Total	133	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Los medios de comunicación masiva también contribuyen a exponer tabúes y asuntos poco tratados, al impulsar una discusión más abierta y pública. Este puede ser el primer paso en la movilización de la conciencia pública y política sobre asuntos críticos en la vida de la gente joven. Las líneas telefónicas de emergencia, los sitios en la red o los programas de radio con llamadas del público, entre otros medios, constituyen fuentes de información y/o de consulta valiosas y populares para la gente joven. Ellas ofrecen acceso a información importante en forma anónima, salvando las barreras y preocupaciones comunes que representa para ellos el tener que acudir a los adultos (maestros, proveedores de servicios, padres, entre otros) para lograr el acceso. También proporcionan información importante sobre dónde acceder a los servicios.

De los 151 países que respondieron la Encuesta Global, 133 (88 por ciento) informaron haber llevado a cabo acciones para proporcionar acceso a información sobre salud reproductiva a las y los adolescentes. En la Tabla 5.4 se muestran las medidas que han tomado los países para proporcionar información. Las mismas incluyen: (a) programas de IEC/promoción y defensa (54 por ciento); (b) formulación e implementación de planes, programas y estrategias nacionales de educación que consideran el acceso de las y los adolescentes a información sobre salud reproductiva (35 por ciento); (c) establecimiento de programas de educación entre pares (29 por ciento); y (d) establecimiento de servicios amigables para la gente joven (29 por ciento). Otras medidas incluyeron: el uso de medios como la televisión y la radio para transmitir información sobre salud reproductiva; la provisión de consejería sobre salud reproductiva para adolescentes y jóvenes; la creación de asociaciones/organizaciones de jóvenes; la promoción de ONGs centradas en la juventud; y la provisión de líneas telefónicas de auxilio.

Las acciones más sobresalientes que se usaron en cada región fueron, en el África Sub-Sahariana: IEC/promoción y defensa, medios de comunicación, educación entre pares, servicios amigables para jóvenes. Asia: IEC/promoción y defensa, planes y programas, medios de comunicación. América Latina y el Caribe: IEC/promoción y defensa, planes y programas, servicios amigables para jóvenes. La CEI, Europa Oriental y Central: IEC/promoción y defensa. Las Repúblicas de Asia Central y el Pacífico: IEC/promoción y defensa, medios de comunicación. Los Estados Árabes: IEC/promoción y defensa, educación entre pares.

Se informó sobre la aplicación de medidas innovadoras tales como el uso de líneas telefónicas de auxilio en: África Sub-Sahariana (tres países), Asia (cuatro), América Latina (dos) y la CEI, Europa Oriental y Central (dos). Las asociaciones de jóvenes fueron mencionadas por el África Sub-Sahariana

y Asia; la provisión de servicios de consejería por África, Asia, América Latina y la CEI, Europa Oriental y Central; y la promoción de ONGs dedicadas al trabajo con jóvenes por el África Sub-Sahariana, el Caribe, América Latina y los Estados Árabes.

Muchos países han producido promociones de video y de audio y programas para medios de comunicación dirigidos a adolescentes. Muchos otros están utilizando sitios en la red y materiales audiovisuales. Las y los jóvenes pueden usar líneas telefónicas de auxilio en muchos países, aunque principalmente en ambientes urbanos, y pueden también remitirse a columnas en los periódicos especialmente diseñadas para dar solución a sus necesidades. Por ejemplo, en Bahamas existe un suplemento de periódico titulado “La Esquina de Onda Juvenil” (The Vibe and Youth Corner). Más recientemente las personas jóvenes han podido ingresar a sitios de la red y al correo electrónico para encontrar lo que quieren o necesitan saber. Obviamente este tipo de información está limitada, ya que no puede llegar a los y las adolescentes de áreas rurales remotas. Por tanto, se ha estado implementando un enfoque que combina métodos tradicionales y modernos.

Para muchas personas jóvenes es importante ser capaces de solicitar información “cara a cara”, por lo que 32 países han respondido a esta necesidad con acciones para proporcionar lugares donde las y los adolescentes se puedan reunir y recibir información y consejería. Asimismo, en 27 países se han creado asociaciones u organizaciones de jóvenes. En Trinidad y Tobago, grupos de jóvenes y grupos de promotores trabajan con personas jóvenes, tal como lo hace “Rapport”, la rama juvenil del Programa Nacional del SIDA. Treinta y ocho países han establecido servicios amigables para crear ambientes en los cuales los jóvenes puedan tener acceso a información. En muchos países también se llevan a cabo festivales para la juventud. En muchos casos, se ha reconocido como importante el desarrollo de apoyo a padres y madres, así como el uso de la consejería entre pares. Los gobiernos reconocen el importante papel que pueden desempeñar las ONGs y la sociedad civil en hacer asequible la información a las personas jóvenes. Por ello, apoyan la provisión de información por parte de las ONGs en servicios disponibles para la gente joven, y trabajan con proveedores de servicios para asegurarse de que den un tratamiento respetuoso a las y los adolescentes cuando los mismos busquen información y servicios.

Los principales retos a que se enfrentan los gobiernos cuando valoran estrategias de medios de comunicación son los relativos a la sustentabilidad y continuidad de los mensajes de motivación para conseguir el cambio de actitudes, y para fomentar los cambios que se están produciendo en las

normas sociales que rigen los asuntos sexuales y reproductivos y de género. En algunos países, los Ministerios de la Juventud y Deportes colaboran con asociaciones de jóvenes, las personas mayores de la comunidad, clubes deportivos y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas de juventud. En algunos países, se han establecido equipos de entrenamiento en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Al mismo tiempo, los planes estratégicos nacionales para combatir el VIH/SIDA, enfocados particularmente en personas jóvenes, incluyen actividades en educación de pares.

Otras de las dificultades encontradas incluyen la falta de recursos para proporcionar materiales apropiados, y problemas en el entrenamiento de educadores de pares en aquellos lugares donde el énfasis está predominantemente en el entrenamiento de adultos. En algunos países, la provisión de información a adolescentes y jóvenes solteros aún causa problemas, ya que se requiere de un enfoque que sea social y culturalmente aceptable. En donde existe un alto porcentaje de adolescentes solteros, se están desarrollando programas especiales para hacer frente a sus necesidades. Otros obstáculos identificados son la falta de recursos y la provisión de información a adolescentes difíciles de alcanzar.

5.5 PROVISIÓN DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El Programa de Acción de la CIPD recomendó claramente a los países la provisión de acceso a servicios de salud reproductiva asequibles, confidenciales, sensibles a las cuestiones de género, receptivos y de fácil uso a los y las adolescentes. Esto fue también subrayado en otras conferencias internacionales, incluyendo la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la Sesión Especial sobre VIH/SIDA y la Cumbre de la Infancia. La urgencia de proporcionar servicios a adolescentes se basa en el hecho de que los beneficios de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes son de largo alcance³. Además, la mitad de todos aquéllos que viven con VIH se han infectado antes de cumplir 25 años. El hecho de que las adolescentes se estén infectando a una tasa cinco o seis veces más elevada que sus contrapartes varones, sugiere que las prácticas discriminatorias por cuestiones de género dejan a las adolescentes con menos habilidades para su auto-protección. Factores biológicos, sociales y económicos inciden en que las mujeres jóvenes sean especialmente vulnerables al VIH, y ocasionalmente conducen a que las mujeres contraigan la infección poco después de haber iniciado la actividad sexual.

Desde la CIPD y en particular a partir de la CIPD+5, ha habido un mayor avance en la provisión de servicios de salud reproductiva para adolescentes, así como en la

confianza con que los y las adolescentes y jóvenes hacen uso de estos servicios. Se están diseñando servicios de salud amigables para la gente joven, para propiciar que las y los adolescentes se sientan cómodos al utilizarlos. Se está buscando que tales servicios sean accesibles porque las y los jóvenes no querrían o no podrían recorrer grandes distancias para llegar a ellos. Las y los adolescentes también atribuyen importancia a la confidencialidad y privacidad, ya que no quieren que sus padres u otras personas de su comunidad se enteren de que están haciendo uso de los servicios. La capacitación de las y los proveedores de servicios para que otorguen consejería y atención a adolescentes se reconoce como algo importante. Cada vez más se reconoce que las necesidades de las y los adolescentes, ya sean casados o solteros, son únicas para su grupo de edad.

De los 151 países que respondieron la Encuesta Global, 136 (90 por ciento) están desarrollando acciones para proporcionar a las y los adolescentes y jóvenes acceso a servicios de salud reproductiva. De ellos, 78 países (57 por ciento) informaron sobre el establecimiento de servicios amigables para jóvenes. Otras medidas importantes mencionadas en la Tabla 5.5 fueron: planes y programas para proporcionar servicios de salud reproductiva a adolescentes (34 por ciento); provisión de consejería para adolescentes sobre salud repro-

Tabla 5.5 Medidas específicas tomadas por los países para proporcionar a las y los adolescentes acceso a los servicios de salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Establecimiento de servicios de salud reproductiva amigables para la gente joven	78	57
Plan/programa/estrategia para el acceso de las y los adolescentes a servicios de salud reproductiva	46	34
Provisión de consejería en salud reproductiva	37	27
IEC/promoción y defensa de servicios de salud reproductiva para adolescentes	37	27
Provisión de guías y normas sobre servicios de SRA	23	17
Políticas sobre la provisión de salud reproductiva para adolescentes	14	10
Leyes/reglamentos sobre servicios de SRA	10	7
Total	136	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

ductiva (27 por ciento); y estrategias de IEC/promoción y defensa sobre servicios de salud reproductiva para adolescentes (27 por ciento). Los países también utilizaron: la provisión de guías y normas sobre SRA; la adopción de políticas sobre la provisión de salud reproductiva para adolescentes; y leyes/ reglamentos sobre salud reproductiva para adolescentes.

Aunque cada región utilizó una combinación de medidas, las principales fueron: planes y programas para proporcionar servicios de salud a adolescentes, en las Repúblicas de Asia Central (80 por ciento); servicios de salud reproductiva amigables para jóvenes, en el África Sub-Sahariana (77 por ciento), América Latina (69 por ciento), la CEI, Europa Oriental y Central (75 por ciento); el Caribe (60 por ciento); y el Pacífico (42 por ciento); una combinación de provisión de consejería e IEC/promoción y defensa, en los Estados Árabes (40 y 40 por ciento respectivamente); y provisión de planes y programas de consejería, y de IEC/promoción y defensa, en Asia (39 por ciento para cada una de ellas).

Las acciones que llevaron a cabo los países varían significativamente de acuerdo con la región y el contexto cultural, pero es evidente que existen temas en común. Con frecuencia los países informaron que los servicios de atención en SRA se ofrecen a través del sistema general de atención a la salud, las unidades de planificación familiar, o las clínicas locales, y que cualquier persona independientemente de su edad tiene libre acceso a los servicios de salud reproductiva que ofrecen las clínicas y hospitales. Sin embargo, 78 de los

151 países reconocieron la importancia de contar con servicios amigables y dieron a conocer el establecimiento de por lo menos un centro de servicios receptivo a jóvenes y sus necesidades.

Algunos de los retos dados a conocer fueron los relativos a que las y los jóvenes solteros de áreas rurales, las adolescentes casadas y los hombres jóvenes constituyen grupos a los que se les ha prestado poca atención, y los proveedores de servicios encuentran difícil atraerlos. Los servicios aún llegan a relativamente pocos adolescentes. Dichos servicios son generalmente más utilizados por los jóvenes de mayor edad, en vez de por aquéllos que más los necesitan y para quienes fueron creados. También hay muy pocos programas amplios del sector público sobre SRA en los países en desarrollo. La mayoría de los servicios amigables para jóvenes han sido desarrollados en menor escala por las ONGs.

La disponibilidad de esos servicios no necesariamente significa que la gente joven los vaya a utilizar. También es fundamental contar con un ambiente comunitario que contribuya a que la gente joven se sienta segura y cómoda al utilizar los servicios. Los gobiernos dieron a conocer que las actitudes negativas de la comunidad y las barreras psicológicas pueden constituir un factor determinante en las razones por las que las personas jóvenes no busquen los servicios, aun cuando éstos sean amigables y estén adecuadamente localizados. Los servicios de las clínicas han sido más exitosos cuando han combinado la provisión de servicios amigables y la atracción a la gente joven por medio de la

RECUADRO 5.1 EXPERIENCIAS DE PAISES QUE ESTÁN TOMANDO MEDIDAS PARA MEJORAR EL ACCESO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A SERVICIOS AMIGABLES

En el África Sub-Sahariana, **Uganda** ha reconocido que es necesario atender las necesidades específicas de las niñas, particularmente en el contexto del VIH/SIDA. Ese país también está apoyándose en grupos de jóvenes para llegar a aquéllos que se encuentran fuera de la escuela. En **Costa de Marfil**, las y los jóvenes urbanos constituyeron la población meta de muchos programas de VIH/SIDA.

En Asia y el Pacífico los servicios están generalmente disponibles para adolescentes casados, pero no para los solteros. Por ejemplo, en **Bangladesh** existe un programa orientado específicamente a jóvenes trabajadores de la industria del vestido. En la **India**, se han atendido las necesidades de las y los adolescentes que viven en los suburbios. En **Indonesia** se han llevado a cabo acciones

para llegar a las y los adolescentes más jóvenes, en tanto que en **Malasia**, las ONGs han introducido programas para adolescentes de las áreas rurales y para jóvenes con discapacidades.

En América Latina y el Caribe, **El Salvador** ha establecido servicios para jóvenes y jóvenes mayores. En la **República Dominicana**, hay ONGs y organismos internacionales que están trabajando con jóvenes urbanos y rurales. En **Honduras**, existe un programa que se enfoca a jóvenes en áreas con población indígena. Algunos países como **San Kitts y Nevis**, **San Vicente y las Granadinas** y **Surinam** ofrecen servicios para adolescentes en las áreas rurales y urbanas. Algunos países, entre ellos **Jamaica** y **Trinidad y Tobago**, han desarrollado programas separados para adolescentes jóvenes y adolescentes mayo-

res. Los primeros enfatizan la abstinencia, en tanto que los segundos se centran en la abstinencia y la práctica del sexo seguro.

En la CEI, Europa Oriental y Central, los Estados Árabes y las Repúblicas de Asia Central, se han llevado a cabo múltiples actividades, que incluyen programas específicos para niños/ hombres y jóvenes en áreas rurales en **Estonia**. En **Rumania** hay programas que se orientan a jóvenes del pueblo Roma, particularmente para aquellos que han desertado de la escuela. En **Jordania** se proporcionan servicios médicos prematrimoniales, y **Palestina** ha desarrollado programas para dar respuesta a las necesidades de las y los usuarios de drogas intravenosas y a víctimas de abuso sexual.

sensibilización a la comunidad. Las acciones de sensibilización permiten eliminar el estigma que se tiene de los servicios y hacerlos más aceptables, al salvar las principales barreras al acceso de la gente joven.

Los establecimientos no-clínicos y los lugares de servicios múltiples han sido de utilidad en la provisión de servicios. Algunos gobiernos informan que esto parece aumentar el acceso a servicios por parte de la gente joven.

A pesar del progreso observado, persisten diversos obstáculos. Los países están trabajando para remontar tales trabas, con miras a incrementar el acceso en el futuro. Para solventar el costo de proporcionar servicios especiales para la gente joven, algunos países están programando servicios regulares con tiempos específicos para adolescentes, o están proporcionando estos servicios en clubes de jóvenes o en otras instancias donde suelen reunirse las y los adolescentes. Las enormes cargas de trabajo de las y los proveedores de servicios, combinadas con sus bajos salarios, crean resistencia a la introducción de compromisos adicionales, tales como los servicios amigables para la juventud.

Las y los adolescentes aún experimentan estigma y discriminación, y requieren de consentimiento para acceder a servicios cuando acuden a clínicas amigables para jóvenes. Por esta razón, si bien el conocimiento sobre anticonceptivos es alto, ello puede no reflejarse en el uso de anticonceptivos entre los y las jóvenes, aun cuando éstos tengan un alto número de parejas sexuales. Sin embargo, la amenaza del contagio del VIH/SIDA entre la gente joven les ha facilitado la obtención de condones. Otro asunto importante es el de la

confidencialidad, particularmente en países con poblaciones pequeñas.

Otros obstáculos encontrados incluyen la carencia de voluntad política; una asignación de recursos inadecuada; las actitudes de las y los proveedores de salud y falta de capacitación; falta de participación de la gente joven en la planeación, puesta en marcha, supervisión y evaluación de los programas y los costos reales para la propia gente joven. Además, la diversidad entre los y las adolescentes y jóvenes es muy amplia y puede ser difícil de considerar, ya que un importante número de países se encuentra dando los primeros pasos para dar solución a las necesidades de adolescentes y jóvenes. No obstante, se ha avanzado en lo referente a tomar acción para dar respuesta a las necesidades de las subcategorías de adolescentes (Recuadro 5.1).

5.6 SUBSISTENCIA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Los países también han aplicado estrategias específicas en el área de generación de ingresos para satisfacer y proteger los derechos de adolescentes y jóvenes en cuanto a la salud y el desarrollo. Aunque los esfuerzos en cuanto a políticas en la mayoría de los países se enfocan en el área de educación y salud, se está otorgando cada vez más atención a fortalecer las capacidades para la generación de ingresos. El sustento es una preocupación prioritaria para las y los adolescentes y sus padres. La capacitación en habilidades para la vida está relacionada con el ingreso económico, y puede aumentar el capital humano en el largo plazo. Se cree que el aumento en el capital humano y el potencial para obtener ingresos también puede tener un impacto en la salud reproductiva.

La Tabla 5.6 muestra que 130 (86 por ciento) de los 151 países están emprendiendo acciones para apoyar el desarrollo integral de la gente joven. Las medidas que se han tomado incluyen: (a) provisión de un sistema educativo relevante y educación sobre habilidades vocacionales y empresariales (61 por ciento de los países que tomaron por lo menos una medida); (b) provisión de educación vocacional y empresarial a jóvenes fuera de la escuela (55 por ciento); (c) provisión de empleos para jóvenes por parte del gobierno (33 por ciento); y (d) provisión de capacitación empresarial para jóvenes por parte de ONGs (18 por ciento).

En todas las regiones, los países proporcionaron un sistema educativo relevante y educación en habilidades vocacionales y empresariales, junto con educación vocacional y empresarial para jóvenes fuera de las escuelas.

Casi todos los países reconocen la importancia de apoyar a la gente joven en términos de habilidades para generar ingresos, incluyendo capacitación y empleo vocacional y la provisión de habilidades para la vida tales como contar con un pensamiento analítico y la capacidad para la toma de

Tabla 5.6 Medidas específicas tomadas por los países para contribuir al avance de las personas jóvenes en cuanto a la adquisición de habilidades para la vida y la subsistencia

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Provisión de un sistema de educación relevante y de educación sobre habilidades vocacionales y empresariales	79	61
Provisión de educación vocacional/empresarial para jóvenes fuera de la escuela	71	55
Provisión de empleos para jóvenes por parte del gobierno	43	33
Provisión de capacitación empresarial para jóvenes por parte de ONGs	24	18
Total	130	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

RECUADRO 5.2 MEDIDAS PARA FORTALECER LAS HABILIDADES DE SUBSISTENCIA DE LOS Y LAS JÓVENES

Un elevado porcentaje de la población mundial tiene menos de 25 años. En consecuencia, hay una urgente necesidad de desarrollar programas para mejorar las habilidades de la gente joven y asegurar su sustento en el futuro. Las acciones de los países, que frecuentemente se dirigen a involucrar a las y los jóvenes en el desarrollo de negocios propios, incluyen programas de capacitación y créditos. También se proporcionan cursos de capacitación sobre formación profesional técnica.

En **Malasia** existen muchos programas para el desarrollo de las y los jóvenes. El más grande de ellos es el Rakan Muda, o Amigos Jóvenes, que depende del Ministerio de la Juventud y Deportes. También hay muchos programas de ONGs relacionados con la

juventud, que promueven las habilidades para el sustento, la gerencia y la vida social.

En **Guyana** se proporciona formación profesional para adolescentes. El Ministerio de Agricultura puso en marcha un Programa de Internado para Jóvenes en el que participan unos 200 agricultores jóvenes en educación terciaria, además de aquellos que cuentan con experiencia práctica en labores agrícolas.

En **Chile**, el gobierno instaló una red de centros de jóvenes en 23 sitios del país. Estos centros ofrecen acceso exento de costo a computadoras, Internet, cursos, talleres y servicios de imprenta, y sirven también como sedes para actividades culturales.

En **Pakistán**, el desempleo se reconoce como uno de los principales problemas que

enfrenta la gente joven. El gobierno está atendiendo cuatro de las áreas más relevantes; entre ellas, empresas pequeñas y medianas e información tecnológica. Se están extendiendo créditos blandos a jóvenes para empresas pequeñas y medianas, con el propósito de promover el autoempleo, y se están tomando medidas para proporcionar un mayor acceso a las mujeres a microcréditos a través del Banco de las Mujeres y del Banco de Desarrollo Agrícola.

En **Ghana**, el gobierno incluyó intervenciones especiales para jóvenes en su Estrategia de Reducción de la Pobreza, tales como capacitación de más de 6,000 desempleados en el desarrollo de habilidades para la formación profesional y técnica, y acceso a créditos y otros servicios de apoyo al autoempleo.

decisiones. Setenta y tres países han implementado una gama de programas para capacitar en diferentes habilidades (Recuadro 5.2). Las ONGs hicieron una contribución significativa a esta capacitación, informaron 24 países. Los países también dieron a conocer que habían dado apoyo a la gente joven al proporcionar educación terciaria, donde el pensamiento analítico y la habilidad para resolver problemas se enfatizaron.

Varios países informaron que, mientras sus gobiernos reconocen la importancia de proporcionar capacitación y empleo vocacional para la gente joven, están obteniendo grados variables de éxito. Algunos países tienen un número desproporcionado de gente joven desempleada, que pudiera llegar a representar el 75 por ciento del total de la población desempleada. No obstante, los países están confiriendo una alta prioridad a la capacitación vocacional con incentivos financieros. Un importante factor de éxito para que la gente joven encuentre empleo, es su voluntad y capacidad para cambiar de una especialidad a otra y para desarrollar nuevas habilidades. En tanto que las personas jóvenes se van volviendo más calificadas, pueden tener una percepción equivocada de las verdaderas necesidades del mercado laboral cuando escogen su área de estudio, lo que plantea un reto para asegurarles empleo tras haberse graduado.

5.7 PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS

La participación de las personas jóvenes en el desarrollo de políticas y programas ha sido impulsada desde la Conferencia del Cairo. El Programa de Acción de la CIPD recomendó que las y los jóvenes se involucraran activamente

en la planeación, puesta en marcha y evaluación de actividades de desarrollo que tengan un impacto directo en sus vidas cotidianas, en particular en actividades relativas a la salud reproductiva, tales como la prevención de embarazos tempranos, educación sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual. Las *Acciones Clave* reafirmaron el derecho de las y los adolescentes a participar.

Los países han ido comprendiendo que involucrar a las personas jóvenes puede conducir a un avance significativo.

Tabla 5.7 Medidas específicas tomadas por los países para promover la participación de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas y programas

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Participación de adolescentes y jóvenes en la formulación y puesta en marcha de programas piloto	75	64
Participación de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas	56	47
Realización de foros para que las y los jóvenes accedan a información	33	28
Promoción de organizaciones de jóvenes para que canalicen su participación a nivel local	22	19
Total	118	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptible d'être supérieurs à 100.



D. Hirrichsen/UNFPA

a tal efecto incluyeron: (a) participación de adolescentes y jóvenes en la formulación y puesta en marcha de proyectos piloto (64 por ciento de los países que tomaron por lo menos una medida); (b) participación de adolescentes y jóvenes en políticas de desarrollo (47 por ciento); (c) realización de foros para que las personas jóvenes accedan a información (28 por ciento); y (d) promoción de organizaciones y asociaciones de jóvenes como medio para su participación en el nivel local (19 por ciento). A nivel regional, todas las regiones enfatizaron las dos primeras medidas.

Algunos países se encuentran institucionalizando la participación de las personas jóvenes. Por ejemplo, en algunos países existen representantes de los jóvenes en los niveles de toma de decisiones, tanto en el ámbito legislativo como en el ejecutivo y, en otros, están participando en la planeación industrial y en el desarrollo humano agrícola.

También se advierte el surgimiento de una estrategia para asegurar la participación de jóvenes a través de fomentar el desarrollo de redes de jóvenes. La capacitación a sus miembros en cuanto a habilidades de liderazgo, tales como en la promoción y defensa y la administración, hace que su participación sea más efectiva y constituya un ejemplo a seguir.

Mientras que en muchos países se apoya la participación de la gente joven generalmente a través de sus organizaciones o grupos, este apoyo tiende a ser fragmentado y de acuerdo con situaciones específicas. Mas aún, las personas jóvenes participan con frecuencia en el desarrollo de políticas y programas para jóvenes, sin embargo, generalmente no se les consulta sobre otros asuntos. Por tanto, es mucho lo que falta por hacer si se quieren alcanzar las metas del Programa de Acción de la CIPD en los próximos diez años.

5.8 LA CULTURA COMO FACTOR FACILITANTE Y COMO OBSTÁCULO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Todas las sociedades cuentan con normas aplicables a los comportamientos humanos que se basan en la edad, etapa de la vida, género y clase social. Estas normas conforman un contexto cultural que influye, entre otras cosas, sobre la promoción de la salud reproductiva de las y los adolescentes. Al mismo tiempo, las personas jóvenes están creciendo en un contexto sociocultural, o “cultura de los jóvenes”, que puede estar a menudo en conflicto con sus padres o comunidades. Esto es particularmente cierto en términos de roles de género y sexualidad, incluyendo el inicio sexual temprano. En relación con las normas de género, las opciones de salud, de educación y de vida de las jóvenes se ven con frecuencia coartadas abruptamente por la discriminación de género, la

Este progreso puede incluir el mejoramiento de la información y el conocimiento, una creciente toma de conciencia y el uso de servicios disponibles. Además, se reconoce que la participación de adolescentes y jóvenes en los programas de salud reproductiva tiende a fortalecer sus habilidades para participar en aspectos más amplios de la vida social, económica y política de sus sociedades. La importancia y los resultados de los programas mejoran al proporcionar apoyo para fortalecer las capacidades de las organizaciones y redes de jóvenes, por medio de iniciativas para crear habilidades y liderazgos para la promoción política, las discusiones políticas y legislativas, acceso a los medios, derechos humanos y trabajo con la comunidad. La provisión de servicios a lo largo del ciclo programático mejora la relevancia programática y los resultados. Se debe comenzar por preguntar a las y los jóvenes acerca del tipo de apoyo que requieren y en dónde les gustaría recibirlo. Enseguida hay que empoderarlos para asegurar que los programas diseñados por adultos lleguen a ellos en forma adecuada.

De los 151 países que respondieron la Encuesta Global, 118 (78 por ciento) estaban emprendiendo acciones para asegurar la participación de las y los jóvenes en el desarrollo de políticas y programas (ver Tabla 5.7). Las medidas tomadas

violencia, el embarazo no deseado, el matrimonio temprano y la crianza precoz de hijos.

Por tanto, al analizar el progreso en la implementación del Programa de Acción de la CIPD, la Encuesta Global solicitó a los países que informaran sobre la forma en que la cultura contribuye u obstaculiza la promoción de la SRA.

La profundidad de las respuestas varió enormemente, aun cuando hubo algunos temas en común. Algunos países informaron de influencias tanto facilitadoras como restrictivas de la cultura, mientras que otros informaron sobre unas u otras. Por ello, se optó por analizar la cuestión como dos asuntos separados, uno concerniente a las contribuciones culturales a la SRA y el otro relativo a los obstáculos culturales para la SRA.

Contribución Cultural

Setenta países (46 por ciento) de los 151 encuestados dieron respuesta a la pregunta sobre la forma como había contribuido el contexto cultural en la promoción de la salud reproductiva de las y los adolescentes. Algunos dijeron que las y los jóvenes son valorados como el futuro de la sociedad; se les percibe como una inversión en apoyo a la conservación y promoción de la cultura. En unos cuantos países se reconoce más ampliamente la actividad sexual entre las personas jóvenes, y los valores culturales asocian el sexo con el enamoramiento y constituir una pareja en una unión estable. Es probable que las y los jóvenes en estos países utilicen la anticoncepción y prevengan las ITSs. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades no se promueve la actividad sexual entre jóvenes y adolescentes solteros. Pero como resultado de la discriminación de género, las jóvenes son frecuentemente víctimas de abuso sexual, violencia y tráfico sexual. Debido a las normas culturales, a muchas adolescentes se les casa contra su voluntad, con lo que se les fuerza a ejercer su sexualidad con esposos que pueden ser muchos años mayores.

La amenaza de la pandemia del VIH/SIDA y del uso creciente de drogas ha contribuido a que los padres, los directores de escuelas y los líderes religiosos den mayor apoyo a los programas para adolescentes. En los países donde mejoró la condición de las mujeres en la década pasada, también hubo una mejoría en las actitudes con respecto a poner la información y los servicios a la disposición de la gente joven.

La religión fue señalada como uno de los factores que contribuyen a la promoción de la SRA en algunos países. En algunas religiones se proporciona información sobre salud reproductiva como parte de la enseñanza religiosa. Algunos países de la CEI, Europa Oriental y Central y en las Repúblicas de Asia Central, respondieron que en ellos existe

poca o ninguna oposición religiosa a la provisión de servicios de SRA y que existe un alto nivel de conciencia entre la gente joven, lo que contribuye a la SRA.

Obstáculos Culturales

De los 151 países encuestados, 120 (79 por ciento) respondieron a la pregunta sobre la forma en que el contexto cultural había obstaculizado la promoción de la salud reproductiva de las y los adolescentes (Tabla 5.8). Muchos países destacaron como un obstáculo importante la falta de información disponible para jóvenes sobre asuntos relacionados con la salud reproductiva. También informaron que la discusión abierta sobre el comportamiento sexual y la salud reproductiva es considerada culturalmente inapropiada (43 por ciento). Además, se dio a conocer que la cultura puede actuar como barrera para las y los jóvenes que buscan servicios de salud reproductiva (41 por ciento); ciertas prácticas tradicionales inhiben a los jóvenes de buscar servicios de salud reproductiva (32 por ciento); y las y los adolescentes y jóvenes se encuentran con oposición religiosa en su búsqueda de servicios de salud reproductiva (23 por ciento). Los países también mencionaron que los proveedores, los padres y los líderes religiosos carecen de habilidades para tratar

Tabla 5.8 Obstáculos culturales en la atención de la salud reproductiva de las y los adolescentes

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
La discusión abierta sobre temas de salud sexual y reproductiva se considera culturalmente inapropiada	51	43
La cultura actúa como barrera a la búsqueda por parte de las y los jóvenes de servicios de salud reproductiva	49	41
Las prácticas tradicionales restringen la búsqueda por parte de las y los jóvenes de servicios de salud reproductiva	38	32
Las y los adolescentes y jóvenes enfrentan oposición religiosa en la búsqueda de servicios de salud reproductiva	28	23
Falta de habilidades de los proveedores, los padres y los líderes religiosos para discutir temas de salud sexual y reproductiva con los y las adolescentes y jóvenes	22	18
Total	120	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

con las y los adolescentes y jóvenes los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva (18 por ciento). Dichos factores tienen implicaciones importantes en la habilidad y confianza de las y los adolescentes para acercarse a la información y los servicios.

Otros obstáculos a la promoción de la SRA incluyen costumbres tales como el matrimonio temprano, lo cual al asociarse con la crianza de hijos también a temprana edad, puede actuar en detrimento de la salud de las y los adolescentes; las tradiciones que fomentan las familias grandes; y prácticas dañinas como el corte genital femenino y algunos rituales de iniciación sexual. En algunas sociedades la etapa adolescente de la vida no se reconoce, dado que las personas en el grupo de edad de 10-24 se consideran ya sea niños o adultos, y esto les impide recibir información oportuna sobre asuntos de salud reproductiva durante los años críticos del desarrollo físico, mental y emocional. En algunos casos, los padres limitan la independencia de sus hijos, lo que contribuye también a limitar la toma de decisiones independientes. Más aún, las expectativas socioculturales conducen a estigma y discriminación de las madres adolescentes, al tiempo que promueven el machismo y la dominación masculina entre los muchachos.

5.9 CONCLUSIÓN

A raíz de la CIPD, y particularmente de la CIPD+5, los países han alcanzado un considerable progreso en lo tocante a los derechos y las necesidades de los y las adolescentes en relación con la salud reproductiva. Esto sugiere que el enfoque basado en el contexto sociocultural, que utilizan la mayoría de los países al implementar el Programa de Acción de la CIPD, ha sido exitoso. Mientras que muchos países apenas están empezando a implementar programas para adolescentes y jóvenes, otros han tenido un gran avance en este rubro. Los países han mostrado una comprensión cada vez

más amplia de las estrategias que se requieren para mejorar la salud reproductiva de la gente joven. Algunos han desarrollado programas basados en un enfoque de derechos, sensibles a las cuestiones de género, que reconocen la diversidad de las y los adolescentes y dan respuesta a sus necesidades de desarrollo y derechos. Cada vez son más los países que se dan cuenta de la importancia de una educación basada en habilidades para la vida que apoye a las y los adolescentes en su transición hacia la vida adulta y les proporcione los conocimientos que necesitan para proteger su salud reproductiva.

La participación de las y los jóvenes frecuentemente se reconoce como la clave del éxito de los programas. Más aún, se le considera un medio de promover el derecho de adolescentes y jóvenes a comprometerse en sus sociedades como fuerzas dinámicas del cambio. También se está reconociendo la necesidad de que las ONGs y la sociedad civil participen en programas dirigidos a jóvenes.

El gran reto durante la próxima década consistirá en emprender nuevos proyectos o desarrollarlos a mayor escala, e institucionalizar los proyectos para adolescentes basados en derechos y sensibles a cuestiones de género, que existen en la actualidad. Algunos países han empezado ya esta tendencia, reconociendo que éste es el único modo de mejorar la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, especialmente de las mujeres. También es la única forma de empoderarlos para negociar en relación con su comportamiento sexual y de reducir las crecientes tasas de infección del VIH/SIDA entre jóvenes. Muchos países reconocen ahora que las y los adolescentes y jóvenes tienen derechos reproductivos legítimos, y necesidades de salud reproductiva que sólo pueden ser atendidas con un compromiso nacional fortalecido. Este reconocimiento es un sustrato alentador para el avance futuro.

Referencias

- 1 Fondo de Población de las Naciones Unidas, *El estado de la población mundial 2003: valorizar a 1,000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos* (Nueva York, UNFPA, 2003), p.1.
- 2 Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Report of the 1998 Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*, (Nueva York, UNFPA, 1999), p. 34.
- 3 Singh, et al., *Adding it up: the Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, (Nueva York, Instituto Alan Guttmacher y UNFPA, 2004), p. 29.

6 VIH/SIDA

6.1 INTRODUCCIÓN

Para el momento en que se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en 1994, el VIH/SIDA no era un tema prioritario en la agenda política. En el Programa de Acción de la CIPD (PdeA de la CIPD), se hizo referencia al VIH/SIDA principalmente en el contexto de la prevención de infecciones de transmisión sexual. Fue en 1999, durante la revisión de cinco años realizada para conocer el progreso que se había alcanzado al implementar el PdeA de la CIPD, que se establecieron metas relacionadas con el VIH/SIDA. Los párrafos 67 a 72 de las *Acciones Clave* proporcionan elementos para una respuesta multisectorial al VIH/SIDA, al tiempo que hacen hincapié en que el VIH/SIDA debe ser un componente integral de los programas de salud sexual y reproductiva. De acuerdo con las metas que aparecen en el párrafo 70, “Los gobiernos deben utilizar como indicador de referencia las tasas de infección por VIH en las personas de 15 a 24 años de edad con objeto de garantizar que para 2005 se reduzca la prevalencia en ese grupo de edades en el mundo entero y en un 25 por ciento en los países más afectados, y que para 2010 la prevalencia en ese grupo de edades se haya reducido en todo el mundo en un 25 por ciento”. “Para 2005,” declara el párrafo “por lo menos el 90 por ciento de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010 por lo menos el 95 por ciento de dichos jóvenes, [debe tener] acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efectos de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH.” Hoy en día, el VIH/SIDA es parte de la agenda mundial, según se evidencia en documentos e instrumentos de consenso internacional como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la “Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA”, emitida en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS); y el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Las estadísticas acumuladas del VIH/SIDA emiten un mensaje muy claro: ningún país es inmune, a medida que la epidemia continúa superando los esfuerzos para detenerla. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que solamente en el año 2003, murieron de SIDA tres millones de personas; en el mismo año, el número de huérfanos por el SIDA ascendió a 14

millones, 11 millones de los cuales viven en el África Sub-Sahariana. Los indicadores muestran que el nivel de infecciones por VIH no está descendiendo. El número de personas que viven con VIH y SIDA continúa incrementándose, más marcadamente en el África Sub-Sahariana, pero también forma parte de las epidemias que se están extendiendo en Asia, el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central. En el 2003, más de cinco millones de personas contrajeron la infección – la mitad de ellas son jóvenes entre los 15 y 24 años – y ahora forman parte de los 40 millones de individuos viviendo con VIH/SIDA en el mundo. Como parte de una tendencia en alarmante crecimiento, cada vez más mujeres contraen la infección. En 1997, las mujeres entre los 15 y 49 años de edad constituían el 41 por ciento de los adultos viviendo con VIH/SIDA, porcentaje que se incrementó al 50 por ciento para el año 2003. La tendencia es todavía más pronunciada en el África Sub-Sahariana, donde el 60 por ciento de los adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres. Esta “feminización” de la epidemia se hace aún más severa por la carga que representa para ellas ser las principales responsables de atender el hogar y brindar cuidados a sus miembros, y por las inequidades legales y sociales que sufren frecuentemente en cuanto a la educación, el cuidado de la salud, las oportunidades para subsistir, la protección legal y la toma de decisiones.

El impacto del VIH/SIDA va más allá de las estadísticas en términos económicos y sociales. Con frecuencia, las infraestructuras trabajan más allá de sus capacidades, los logros obtenidos en el pasado se derrumban rápidamente y las familias y las comunidades se desestabilizan. El VIH/SIDA es sin duda uno de los mayores retos que enfrenta hoy día la comunidad global. En este marco, el reciente informe de progreso anual sobre la implementación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA del Secretario General menciona que “a pesar del incremento en el compromiso político y en los recursos destinados al VIH/SIDA, se estima que:

- a) Menos de una de cada cuatro personas en riesgo de contraer la enfermedad puede obtener información básica relacionada con el VIH/SIDA;
- b) Sólo uno de cada nueve individuos que desean conocer su estatus serológico tiene acceso a consejería voluntaria y a análisis clínicos;

RECUADRO 6.1 TAILANDIA: ¿DETRÁS DEL ÉXITO ALCANZADO EN EL PASADO SE OCULTA UN POSIBLE RESURGIMIENTO DEL VIH/SIDA?

Un liderazgo oportuno y del más alto nivel que propició un ambiente político de apoyo; la movilización de instancias fuera del sector público de salud y la apertura hacia el SIDA, el sexo seguro y los condones, fueron los elementos esenciales del extraordinario éxito obtenido en Tailandia que logró revertir la propagación del VIH/SIDA. Los resultados siguen siendo irrefutables, pues el porcentaje anual de nuevas infecciones disminuyó en un 85 por ciento: bajó de 143,000 en 1991, cuando la epidemia llegó a su punto máximo, a 21,000 en el 2003.

Sin embargo, en un mundo con VIH/SIDA, el éxito para frenar la epidemia debe ser sostenible. El exceso de confianza en el éxito alcanzado permite a las epidemias revertir su tendencia a la baja. En los últimos años, las campañas de sensibilización en Tailandia casi han desaparecido y la movilización de las instancias vacila, por la ausencia de respuestas por parte del sector público de salud. Hoy, los ministerios que no pertenecen al sector salud no están adecuadamente involucrados, y el

gasto destinado al VIH/SIDA ha bajado considerablemente. Los factores importantes de movilización no están recibiendo la atención adecuada. Por ejemplo, la evidencia indica que los jóvenes están iniciando su actividad sexual a una edad más temprana y sólo entre el 20 y 30 por ciento utilizan condones y menos del 5 por ciento reciben servicios de prevención. La alta prevalencia del VIH dentro de otros grupos vulnerables, tales como las poblaciones móviles y los usuarios y usuarias de drogas inyectables, deberían estar dando señales de alerta. Se estima que la prevalencia del VIH ha alcanzado el 17 por ciento en el grupo de hombres jóvenes que tienen relaciones con hombres (más del 4 por ciento en 1991), el 50 por ciento entre los usuarios y usuarias de drogas inyectables (más del 35 por ciento en 1996) y el 6 por ciento entre las y los trabajadores temporales en algunas comunidades industrializadas.

Sobre la base de su éxito anterior, logrado a través de la sinergia entre el liderazgo, la participación multisectorial y los recursos,

Tailandia podría ir un paso adelante en el campo de las acciones para la prevención, cuidado y tratamiento, para evitar un resurgimiento de la epidemia. Los programas de prevención que han tenido éxito en los burdeles deben mantenerse y, al mismo tiempo, urge hacer llegar la prevención del VIH a las y los jóvenes y a otras poblaciones vulnerables. Una oportunidad para llegar a la gente joven sería la movilización del sector educativo; introducir en forma sistemática temas de salud sexual, habilidades para la vida y programas de educación entre pares en el programa académico de las escuelas. Otra oportunidad sería incrementar en gran medida el acceso al tratamiento antiretroviral para aquellos que lo necesiten, a través del bien organizado sistema de salud del país, y de la capacidad para producir medicamentos genéricos para el tratamiento antiretroviral a un costo menor de 300 dólares por paciente al año.

- c) Menos de una de cada 20 mujeres embarazadas que se presentan para recibir atención prenatal tiene acceso a servicios para evitar la transmisión del virus de madre a hijo(a);
- d) Menos del 5 por ciento de aquellos que podrían beneficiarse del tratamiento antiretroviral tienen acceso a ese tratamiento actualmente;
- e) En la mayoría de los países en donde la principal forma de transmisión del VIH es el uso compartido de jeringas entre los usuarios y usuarias de drogas inyectadas, la cobertura de los programas de prevención y tratamiento para usuarios y usuarias de drogas es de menos del 5 por ciento”¹

Como el VIH/SIDA es un componente clave de la salud reproductiva y un factor crítico que influye en el logro de las metas de la CIPD, a través de la Encuesta Global 2003 se intentó obtener información sobre las medidas y acciones emprendidas por los países para enfrentar la epidemia. Se ha hablado sobre la dimensión relevante de la pandemia en otros capítulos de este documento, principalmente en el Capítulo 4 que aborda el tema del VIH/SIDA en el contexto de las enfermedades de transmisión sexual; en el Capítulo 5 sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes;

en el Capítulo 7 sobre la comunicación para lograr cambios en la conducta; en el Capítulo 8 sobre las alianzas y en el Capítulo 9 sobre los países donantes. Este capítulo hace referencia a tres aspectos importantes de la epidemia que se examinaron con algún detalle dentro de la Encuesta: primero, un análisis de las principales estrategias que se están llevando a cabo en varias regiones del mundo, relativas a los índices actuales de incidencia de la infección; en segundo lugar, una presentación de los grupos vulnerables y de alto riesgo expuestos a la infección y los tipos de intervenciones adoptadas para llegar a esos grupos y, finalmente, un análisis de la influencia de los factores culturales. Dado el rol esencial de la prevención, que es detener y disminuir la epidemia, el análisis se enfoca principalmente en las medidas de prevención adoptadas por los países.

6.2 LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y LAS ESTRATEGIAS PARA ATACARLA

Panorama global

La revisión global de la epidemia, de la cual se presentan algunos aspectos en la introducción, presenta una imagen colectiva de actividad e inactividad. A principios del 2004,

el número estimado de personas que vivían con VIH en el mundo era de 40 millones — alrededor de 50 por ciento más que la cifra pronosticada hace una década. Mientras que se ha logrado progresar en muchos frentes, todavía es necesario hacer mucho en la lucha contra el VIH/SIDA. Existen tecnologías y estrategias efectivas de prevención; cada vez hay mayor voluntad política y liderazgo, empieza a haber más recursos disponibles —los engranajes están empezando a trabajar. Lo que se necesita urgentemente es una movilización sin precedentes de todos los sectores para aumentar la prevención, el tratamiento y la atención a las personas con VIH/SIDA, para que sean equivalentes a la magnitud de la amenaza que representa la epidemia.

Sin embargo, para lograr el máximo impacto en la crisis, las acciones deben basarse en la movilización de factores más específicos, enfocados hacia epidemias individuales, regionales, en países y comunidades. Mientras es ampliamente conocido que la mayoría de las personas infectadas con VIH/SIDA viven en el África Sub-Sahariana, es importante que este conocimiento no ensombrezca el hecho de que el VIH/SIDA también se está extendiendo y teniendo un impacto en otras regiones del mundo. Esta situación requiere de acciones efectivas y decididas.

La Encuesta Global 2003 solicitaba a los países que describieran estrategias exitosas que se estuvieran usando actualmente; que confirmaran la utilización de algunos planteamientos seleccionados; y que describieran abordajes usados para llegar a poblaciones difíciles de alcanzar. Los resultados condensados en la Tabla 6.1 se clasificaron a su vez en tres grupos distintos: a) formulación de planes, políticas o estrategias; b) adopción de enfoques para la prevención; y c) actividades de apoyo. Como se señala en la tabla, de los países que respondieron, el 74 por ciento informó sobre la adopción de una estrategia nacional para el VIH/SIDA; el 36 por ciento mencionó tener estrategias específicas dirigidas a grupos de alto riesgo; el 18 por ciento indicó haber adoptado una política específica para el VIH/SIDA; y 16 por ciento señaló haber aprobado leyes o reglamentos que apoyaran los esfuerzos por enfrentar el VIH/SIDA.

Durante la década pasada, muchos países en desarrollo establecieron comisiones nacionales de SIDA y desarrollaron políticas y programas para enfrentar el impacto de la epidemia. Así mismo, existen muchos ejemplos de países en desarrollo en donde los Jefes de Estado están dirigiendo personalmente la lucha contra el VIH/SIDA. Los resultados de la Encuesta Global indican también que un número cada vez mayor de países está utilizando un enfoque multisectorial, en el cual se involucran una amplia gama de ministerios, y sus esfuerzos se complementan con la creciente participación de ONGs.

Este es un avance muy positivo que difiere de la aproximación inicial, ya que en un principio se consideraba al VIH/SIDA principalmente como un tema de salud que debía ser enfrentado únicamente por los Ministerios de Salud.

Panorama regional

Las estadísticas mundiales muestran únicamente una fracción de la historia del VIH/SIDA. La dinámica de la epidemia puede variar significativamente entre las regiones y hasta dentro de una misma región o comunidad. Por lo tanto es esencial que la estrategia del VIH/SIDA y el desarrollo de programas tomen en cuenta los factores que impulsan a las acciones, así como los impedimentos a los que se enfrentan para la implementación efectiva, la prevención, la atención y el tratamiento. En la siguiente tabla se muestra

Tabla 6.1 Estrategias adoptadas por los países para enfrentar al VIH/SIDA

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Planes/políticas/estrategias		
Estrategia nacional sobre VIH/SIDA	109	74
Estrategia nacional dirigida a grupos de riesgo	53	36
Política sobre VIH/SIDA	26	18
Leyes/reglamentos sobre VIH/SIDA	23	16
B. Enfoques de prevención		
IEC/promoción y defensa	98	66
Prevención de transmisión de madre a hijo(a)	70	47
Consejería profesional y análisis de laboratorio voluntarios	69	47
Análisis de sangre	46	31
Mercadeo social	27	18
C. Actividades de apoyo		
Creación de un ambiente de apoyo	46	31
Coordinación entre agencias (dentro del gobierno)	40	27
Sistema de información gerencial	23	16
Capacitación a las y los proveedores de servicios médicos	22	15
Movilización de recursos	15	10
Total	148	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

la dinámica regional del VIH/SIDA, seguida de ejemplos que ilustran las acciones emprendidas. Existe cierta similitud entre los planteamientos adoptados en las diferentes regiones; sin embargo, hay también diferencias considerables.

África Sub-Sahariana

El África Sub-Sahariana, la región más duramente golpeada por el VIH/SIDA, era, a finales del año 2003, el lugar donde vivían 26.5 millones de personas infectadas con el virus. Dentro de la región, las mujeres son aproximadamente 1.2 veces más propensas a adquirir la infección que los hombres. Entre la población joven de 15 a 24 años de edad, las mujeres son 2.5 veces más propensas a contraer el virus que los hombres².

Mientras que los datos de incidencia varían, tres países del sur de África muestran indicadores para los adultos que alcanzan o exceden el 30 por ciento: Botswana (39 por ciento), Swazilandia (39 por ciento) y Lesotho (30 por ciento). En países tales como Sudáfrica, Nigeria y Etiopía, la combinación de una extensa población con la rápida expansión de las infecciones, se ha convertido en una receta para la explosión de epidemias.

Las cifras por sí solas, sin embargo, no reflejan el devastador impacto que el VIH/SIDA ha tenido en el desarrollo de África. Desde la década pasada la esperanza de vida ha disminuido drásticamente en los países más duramente atacados por la enfermedad. En Botswana, la esperanza de vida bajó de 65 años entre 1990 y 1995 a 56.3 años entre 1995 y 2000 y a 39.7 entre 2000 y 2005. Sin VIH/SIDA, la esperanza de vida hubiera alcanzado los 68.1 años para los hombres y 76.2 para las mujeres entre 2045 y 2050. En Zimbabwe la esperanza de vida para el periodo 2010 a 2015 es de 31.8 años. Sin VIH/SIDA se hubiera proyectado a 70.5 años. Para 2050 las cifras son 45.7 y 76.2 respectivamente. Las muertes relacionadas con el SIDA se pueden traducir en una pérdida estratégica de recursos humanos en todos los sectores de la sociedad; los sectores del gobierno ya debilitados, incluidos los de salud y educación, con frecuencia están aún más presionados. Sin embargo, el VIH/SIDA es un problema con solución. Uganda, por ejemplo, muestra que las acciones concertadas, como las campañas de sensibilización y las medidas de prevención, pueden tener éxito y ayudar a revertir la epidemia. Se ha visto un descenso en las cifras de incidencia en Addis Abeba, Etiopía, Uganda y, más recientemente, en Sudáfrica. Gracias a los esfuerzos realizados oportunamente en Senegal, los niveles de incidencia se han conservado bajos.

Una de las lecciones aprendidas en las dos décadas pasadas es que el compromiso de los líderes juega un papel preponderante. Las respuestas de la Encuesta Global 2003

indican que todos los gobiernos del África Sub-Sahariana han tomado medidas para controlar la pandemia del VIH/SIDA, para mitigar el impacto en sus poblaciones y en el desarrollo y seguridad de sus países. Diecinueve países africanos informan la creación de importantes comisiones o consejos nacionales dedicados al SIDA. En muchas ocasiones estos organismos están directamente bajo el liderazgo o dentro de la oficina del presidente o jefe del gobierno. Unos 40 países en la región destacan la formulación de planes nacionales estratégicos sobre VIH/SIDA, que cubren programas de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo; muchos señalan el empleo de enfoques multisectoriales. Sin embargo, es necesario hacer más para lograr que el 90 por ciento de los africanos que no han adquirido la infección, sigan sanos.

Asia y el Pacífico

A pesar de que en la actualidad la tasa de incidencia en Asia y en el Pacífico es relativamente baja, la posibilidad de que se presenten consecuencias catastróficas es enorme, dado que el 61 por ciento de la población mundial vive en esta región. Más de un millón de personas de la región contraerón VIH en el 2003, aumentando así el número total de personas que viven con VIH y SIDA a aproximadamente 7.4 millones. Mientras que la incidencia nacional en adultos se encuentra todavía por debajo del 1 por ciento en la mayoría de los países, estas cifras menores a veces oscurecen o enmascaran serias epidemias, especialmente en grupos con conductas de alto riesgo. El uso de drogas y el trabajo sexual están tan extendidos en algunas áreas, que aún los países con bajos niveles de infección podrían experimentar un incremento repentino. Las tasas más altas de incidencia en la región se encuentran en Myanmar (3.5 por ciento), Camboya (cerca del 3 por ciento), Tailandia (alrededor del 2 por ciento), la India (0.8 por ciento) y Papua Nueva Guinea (casi 1 por ciento). Sin embargo, en términos de números reales, la proyección es diferente. Por ejemplo, en la India, un país bastante poblado, entre 3.8 y 4.6 millones de habitantes viven con el virus, colocando a este país en el segundo lugar en el mundo después de Sudáfrica en términos de las cifras reales de infección. De manera similar, en China, había cerca de 840,000 personas viviendo con VIH/SIDA a mediados del año 2002³.

La mayoría de los países de Asia y el Pacífico han desarrollado estrategias nacionales contra el VIH/SIDA. El enfoque principal varía de país a país dependiendo del tamaño y del impacto de la epidemia de VIH/SIDA. Sin embargo, al analizar las respuestas de los gobiernos a la Encuesta Global 2003, se encontraron inconsistencias en las declaraciones. Por ejemplo, mientras que algunos países mencionaron la prevención de la transmisión del VIH/SIDA

de madre a hijo(a), muchos no hacen referencia a otros aspectos importantes de género relacionados con el VIH/SIDA, a pesar de considerar a las mujeres como uno de los grupos más vulnerables a la infección. Los esfuerzos para prevenir el VIH entre adolescentes y jóvenes se han enfocado predominantemente en los que asisten a la escuela, por lo que no existen esfuerzos dirigidos a la juventud que no asiste a la escuela. Es digno de reconocimiento que la mayoría de los países han empezado a utilizar enfoques multisectoriales después de que inicialmente utilizaban únicamente un abordaje médico basado en los Ministerios de Salud.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Hacia finales del 2003, entre 1.3 y 1.9 millones de adultos y niños en la región vivían con VIH/SIDA. Peor aún, la incidencia nacional ha alcanzado o excedido el 1 por ciento en 12 países del Caribe.

En la mayoría de los países de la región, todas las formas principales de infección por VIH coexisten con niveles significativos de conductas de riesgo, como el comienzo temprano de actividad sexual, el sexo sin protección con múltiples parejas y el uso compartido de jeringas por usuarios de drogas inyectables. El sexo entre hombres es un factor importante, que no es muy tomado en cuenta en la epidemia en América Latina. En Brasil se encuentra la mayoría de las personas y niños, que viven con VIH en la región, y países como Honduras, Guatemala y Panamá tienen tasas de alrededor del 1 por ciento. Es de hacer notar que de los 53 países más afectados por el VIH/SIDA alrededor del mundo, ocho pertenecen a América Latina y el Caribe (Bahamas, Belice, Brasil, la República Dominicana, Guyana, Haití, Honduras y Trinidad y Tobago)⁴. El estigma y la discriminación siguen siendo los principales obstáculos dentro de la región, especialmente cuando se realizan programas para alcanzar a grupos de alto riesgo, frecuentemente marginados. Estas actitudes alimentan la tendencia de las tasas de infección a incrementarse especialmente entre los grupos social y económicamente marginados de la región.

De acuerdo con la Encuesta Global 2003, casi todos los países de América Latina tienen planes y estrategias para evitar que el VIH se expanda aún más. Sin embargo, los enfoques y los métodos de implementación difieren entre los países, incluyendo el grado al cual éstos son multisectoriales. El plan estratégico de Brasil es notable ya que garantiza el acceso gratuito, público y universal a cualquier método que se use para prevención y/o tratamiento.

En casi la mitad de los países de la región se han promulgado leyes, incluyendo legislación contra la discriminación, y promueven el tratamiento equitativo para las personas infectadas con VIH. En Panamá, por ejemplo, en enero del

2000 se introdujo una ley que no sólo reconoce que el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan el interés nacional, (y que por tanto requieren una respuesta multisectorial), sino que también prohíbe la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA en el campo de la educación, la comunidad o el lugar de trabajo.

A pesar de los problemas económicos de la región durante la década pasada, los países de ingreso medio en América Latina han destinado una parte importante de sus recursos a la lucha contra el VIH/SIDA, incluido Brasil que aportó 750 millones de dólares en 2002 y Argentina que, en lucha simultánea con su propia crisis económica, dedicó al combate del VIH/SIDA cerca de 75 millones de dólares en el 2002⁵. Los países más pobres se han encontrado con más dificultades para financiar las actividades de prevención y tratamiento y muchos de ellos han presentado solicitudes de apoyo al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para las acciones que se realizan en éste ámbito. El recuadro 6.2 ilustra medidas preventivas tomadas por México.

El Caribe

Después del África Sub-Sahariana, el Caribe tiene la segunda tasa regional más alta de VIH en el mundo. Los gobiernos reconocen que la enfermedad tiene atrincherada a la región con 350,000 a 590,000 adultos y niños infectados. Las dos epidemias más serias se encuentran en Haití y la República Dominicana. Los índices de incidencia en Haití han estado entre el 5 y el 6 por ciento desde finales de los años 80. Dentro de la República Dominicana, los índices de incidencia en poblaciones selectas han fluctuado desde menos del

RECUADRO 6.2 MEXICO: ACCIONES PARA PREVENIR EL VIH/SIDA

México empezó a monitorear la incidencia del VIH en 1985. Ha tomado medidas desde 1986 para garantizar la disponibilidad de sangre segura a través de educación y filtración de donantes de alto riesgo, dando como resultado un descenso en el porcentaje de sangre contaminada hasta el 0.02 por ciento. La transmisión perinatal se ha mantenido con solamente 14 casos en 2000.

Por lo general, el virus se transmite por vía sexual (90 por ciento), lo que apunta a la vulnerabilidad de las mujeres y a la necesidad de incluirlas en los programas. El Grupo de Trabajo de Mujeres de América Latina y el Instituto Nacional de Salud Pública reúnen a 140 ONGs que trabajan con mujeres en la región, promoviendo políticas y programas dirigidos a grupos particulares de mujeres, como las trabajadoras sexuales; las niñas que están alcanzando la pubertad; las adolescentes y las mujeres jóvenes; los grupos marginados del campo y las ciudades; las trabajadoras o esposas de migrantes; las mujeres que viven con VIH; y las amas de casa involucradas en relaciones que pudieran ser de riesgo.

1 por ciento hasta el 12 por ciento. Además, los índices de incidencia nacional entre mujeres embarazadas son de más del 2 por ciento en las Bahamas, Belice, Guyana y Trinidad y Tobago.

De acuerdo con las respuestas de la Encuesta, algunos países caribeños utilizan un enfoque multisectorial, mientras que otros mantienen programas que se han desarrollado bajo el auspicio de los Departamentos de Salud. Por ejemplo, el Programa de Prevención y Control de Cuba se estableció en 1986, cuando el Grupo de Control y Lucha contra el SIDA se estableció bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. La Comunidad del Caribe (CARICOM) realiza también importantes iniciativas dentro de la subregión.

La Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Central y Asia Central

Europa Oriental y los países de la Comunidad de Estados Independientes es la región del mundo donde hoy en día la pandemia del VIH/SIDA se expande más rápidamente. A finales de 2003, ONUSIDA estimó que 1.5 millones de personas vivían con VIH y SIDA en los países de Europa Oriental y Asia Central. El país más afectado fue la Federación Rusa con un estimado de un millón de personas viviendo con la infección en el 2003. Enseguida están Ucrania, Bielorrusia y Kazajstán; en el 2001 Ucrania tenía 25,000 personas infectadas con el VIH, mientras que Bielorrusia tenía 15,000 y Kazajstán 6000⁶.

La epidemia en la región tiene su origen en conductas de alto riesgo sobre todo por el uso de drogas inyectables y, hasta cierto punto, por el sexo sin protección, especialmente entre la gente joven. La situación se ha hecho más severa por los cambios económicos y sociales. La infección por VIH es alta entre la gente joven de la región, ya que el 80 por ciento de las personas que viven con VIH/SIDA tienen menos de 30 años de edad. El número creciente de mujeres afectadas caracteriza a la región (el porcentaje de nuevos casos diagnosticados en el 2001 ascendió del 24 por ciento al 33 por ciento en el 2002). Los brotes más recientes de la epidemia se encuentran en Asia Central, donde las cinco repúblicas tienen el mayor número de rutas para el tráfico de drogas dentro de la Federación Rusa y Europa⁷.

De acuerdo con la Encuesta, el 61 por ciento de los países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central, y Asia Central ha adoptado estrategias para la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA. Se han establecido comisiones o comités nacionales contra el SIDA, y se han desarrollado programas para combatir el VIH/SIDA a lo largo de la región. En algunos casos las intervenciones son multisectoriales a nivel nacional y subnacional. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la responsabilidad principal sigue

recayendo en el Ministerio de Salud, aún cuando otros ministerios estén involucrados. La Encuesta Global sugiere que los países con incidencia baja tienen que tomar conciencia de los factores que podrían elevar las tasas de infección, tales como la existencia de una población joven y móvil, y la ausencia de conocimientos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Los Estados Árabes

En el Medio Oriente y en África del Norte, salvo algunas excepciones, la epidemia parece estar apenas surgiendo. ONUSIDA estima que, hacia finales del 2003, cerca de 600,000 personas de la región vivían con VIH/SIDA. La forma predominante de transmisión es la sexual, que representa al 82 por ciento de los casos totales. El uso de drogas inyectables suma un 4 por ciento adicional de infecciones. Sin embargo, la poca vigilancia en la región podría enmascarar serios brotes dentro de ciertos grupos poblacionales. En algunos países dentro de la región, las transfusiones de sangre siguen representando un riesgo de infección. Dentro de la región existe también un sentimiento de negación ampliamente difundido en torno al VIH/SIDA, el cual se combina con la ignorancia que predomina en muchos sectores de la población en lo referente a la prevención del VIH y la salud sexual. En Djibuti, el 11.7 por ciento por ciento de la población entre 15 y 49 años es seropositiva, lo cual coloca al país entre las 10 naciones más seriamente afectadas por el VIH/SIDA en el mundo. En Sudán, donde los índices de incidencia nacional están por arriba del 2 por ciento, el conflicto que se vive actualmente en la parte sur del país ha impedido que lleguen los servicios, que haya seguimiento a los casos de VIH y que se emprendan esfuerzos para responder a la infección.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta, algunos países en la región están promoviendo un enfoque multisectorial a la pandemia; y muchos han desarrollado planes estratégicos para combatir la enfermedad. Por ejemplo, el plan estratégico nacional en Djibuti incluye medidas para reducir el impacto socioeconómico del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las personas, sus familias y sus comunidades.

6.3 MEDIDAS PROGRAMÁTICAS PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS

La Encuesta Global 2003 solicitó a los países identificar las principales medidas programáticas que han adoptado para apoyar las estrategias previamente delineadas. Con base en las respuestas a la Encuesta, es evidente que una gran proporción de países vinculan la prevención con sus acciones para responder al VIH/SIDA.

Entre las medidas programáticas adoptadas se pueden mencionar la información, educación y comunicación; la disponibilidad de sangre segura; la consejería profesional voluntaria y los análisis de laboratorio; la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; la promoción del uso del condón; la vigilancia (epidemiológica y de la conducta); la reducción de daños; el cuidado, tratamiento y apoyo para los infectados y afectados; la creación de capacidades y el fortalecimiento de la infraestructura de salud; la eliminación del estigma y la discriminación; el incremento en la participación de las personas que viven con VIH/SIDA; la promoción y defensa y otras medidas de apoyo; y el seguimiento y evaluación. La Tabla 6.2 indica datos de acuerdo al tipo de las medidas de prevención y las intervenciones adoptadas por los países que participaron en la Encuesta.

La información específica que proporcionó cada país sobre las medidas programáticas que se implementan, fue en muchos casos, bastante extensa. A continuación se describen distintos tipos de intervenciones adoptadas por los países:

- **Promoción del uso del condón.** A pesar de que muchos países en todas las regiones promueven el uso del condón, la cantidad de intervenciones sigue siendo inadecuada. Por ejemplo, a pesar de que países como Camboya, Pakistán y Filipinas han promovido efectivamente el uso consistente y correcto del condón, sólo el 24 por ciento de las personas en Asia y el 28 por ciento de las personas en la región del Pacífico tiene acceso a este tipo de programas.
- **Consejería profesional y análisis de laboratorio voluntarios.** También son intervenciones utilizadas en muchos países y regiones. En Irán, los centros para análisis de

laboratorio voluntarios se han establecido como clínicas “triangulares” y se han integrado en el sistema principal de servicios de salud, para proveer análisis clínicos, educación, atención, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Dentro de las poblaciones principales a las que se dirigen estas medidas se encuentran sobre todo usuarios y usuarias de drogas inyectables y sus familias, entre ellos sus mujeres, niños y niñas.

- **Información, educación y comunicación.** La mayoría de los países del mundo tienen programas de IEC. La selección de la o el “mensajero” puede ser clave; las estrategias eficaces de IEC cuentan muchas veces con la participación de líderes muy respetados, celebridades y personas con la infección dentro de las poblaciones receptoras. En Jamaica, por ejemplo, personalidades reconocidas, entre quienes que figuran cantantes, comediantes, periodistas, locutores o locutoras y personalidades de negocios presentan mensajes educativos sobre VIH/SIDA. En Trinidad y Tobago, “Rapport” es un arma del Programa Nacional de SIDA dirigida a la juventud, que ha introducido varias intervenciones, entre ellas, programas para grupos juveniles de la iglesia, clubes rotarios, YWCA, YMCA y otras ONGs. Los mensajes son también importantes. En Egipto existen programas de información que enfatizan la importancia de acudir a una consulta médica a la primera sospecha de exposición a la infección del VIH. En otros programas figura la ayuda de líderes religiosos para promover un comportamiento sexual más seguro.
- **Sangre segura.** Muchos países, entre ellos, Somalia, Túnez y Turquía, examinan la sangre en establecimientos de salud como parte de sus programas para reducir la transmisión del VIH.
- **Prevención de la transmisión de madre a hijo(a).** Prevenir la transmisión del VIH a niños y niñas implica evitar que las mujeres embarazadas se infecten, y proporcionar terapia antiretroviral a las mujeres embarazadas que son VIH positivas. La “Política de introducción retroviral – principios para prevenir la transmisión madre a hijo(a)”, que está implementando el Servicio Nacional de Salud se ha agregado a la Gaceta del Gobierno de Mozambique. Sin embargo, existe una gran necesidad de incrementar estas iniciativas. Un caso de este tipo es el del África Sub-Sahariana, donde sólo cerca del 5 por ciento de las mujeres tiene acceso a los programas de prevención de transmisión de madre a hijo(a).

Tabla 6.2 Medidas adoptadas por los países para la prevención del VIH

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Disponibilidad de condones	109	83
Promoción del cambio de conductas	106	81
Consejería profesional voluntaria	103	79
Análisis voluntarios de laboratorio	102	78
Prevención en mujeres embarazadas	100	76
Fortalecimiento de la capacidad de las y los proveedores de servicios	96	73
Total	131	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

- **Eliminación del estigma y la discriminación.** El estigma y la discriminación siguen siendo serios problemas en todas las regiones. Mientras que países como Ghana, Sudáfrica y Uganda, han iniciado programas contra el estigma y la discriminación, aún es necesario realizar acciones más eficaces en todas las regiones. Con frecuencia, las ONGs en las que colaboran personas que viven con VIH/SIDA toman el liderazgo en la adopción de medidas para eliminar el estigma y la discriminación. Un ejemplo puede ser el de las Bahamas, donde el Decreto de Empleo 2002 prohíbe la discriminación contra las personas infectadas por el VIH en el lugar de trabajo. En Trinidad y Tobago se han llevado a cabo talleres sobre temas legales y éticos en torno al VIH/SIDA a través del Programa Nacional de SIDA.
- **Programas de apoyo para personas que viven con VIH/SIDA; cuidado en sus hogares y apoyo a grupos vulnerables.** Es importante mencionar que las personas que viven con VIH/SIDA pueden ser recursos valiosos para proveer de insumos al diseño e implementación de programas efectivos. En Sudáfrica se han desarrollado programas para personas que viven con VIH/SIDA, a través de los cuales se les proporciona apoyo económico y atención y cuidados a domicilio por parte de la comunidad. En Zambia, además de los programas para el cuidado a domicilio, se proveen servicios de cuidado y apoyo para huérfanos y niños vulnerables.
- **Reducción de daños.** La transmisión del VIH puede ocurrir a un ritmo extremadamente rápido entre usuarios y usuarias de drogas inyectables, principalmente al compartir jeringas y otros insumos relacionados, aunque también por medio del contacto sexual. La mayoría de las regiones tienen programas dirigidos a esta población de alto riesgo. En Asia, más del 55 por ciento de los países tienen programas de reducción de daños. En Vietnam los programas tienen como objetivo que los usuarios y usuarias de drogas inyectables no compartan las agujas y jeringas. Las estrategias para la reducción de daños, como los programas para intercambio de agujas, se están promoviendo en muchos países de Europa Oriental y Central, así como en Asia Central, incluidos Bulgaria, Estonia, Kazajistán y Kirguistán.
- **Llegando a los y las jóvenes.** Más de la mitad de todas las nuevas infecciones ocurren en gente joven entre los 15 y 24 años de edad. En Uganda, los programas de VIH/SIDA que se han desarrollado reconocen las necesidades específicas de las niñas y pretenden llegar a la juventud que

no asiste a la escuela. En Costa de Marfil se formularon algunos programas de VIH/SIDA dirigidos a la juventud urbana. A pesar de los esfuerzos, la incapacidad de los padres y madres, la comunidad y los líderes religiosos de reconocer los derechos de las y los jóvenes a tener acceso a servicios e información sobre salud reproductiva, obstruye la participación y el empoderamiento de la juventud en muchos países.

- **Vigilancia.** La vigilancia epidemiológica y conductual se está llevando a cabo en varios países. En la República Democrática Popular Lao, las actividades y los datos e información se han incrementado. En Filipinas, se lleva a cabo seguimiento periódico a través de análisis serológicos de VIH1 y VIH2, Hepatitis B y sífilis en los grupos con con-



Friedrich Stark / Still Pictures

ductas altamente riesgosas, como las y los trabajadores sexuales.

- **Capacitación a profesionales de la salud.** Las y los profesionales de servicios de la salud tienen frecuentemente las mismas creencias y tabúes que la comunidad en la cual trabajan, y requieren por lo tanto de una capacitación y sensibilización para que puedan proveer servicios a pacientes con VIH/SIDA de manera eficaz. No es raro que las y los proveedores descuiden o no atiendan pacientes con VIH/SIDA. En Trinidad y Tobago se llevan a cabo talleres para estudiantes de segundo y cuarto grado de medicina; esta acción constituye un buen ejemplo para hacer llegar la capacitación a las y los profesionales de la salud dentro de un programa nacional de SIDA. Algunos de los componentes de los talleres son: un enfoque médico para entender la enfermedad; consejería profesional y habilidades de comunicación; temas legales y éticos; y estigma y discriminación.

6.4 ENFOQUES PARA LLEGAR A LAS POBLACIONES DIFÍCILES DE ALCANZAR Y VULNERABLES

El PdA de la CIPD y las *Acciones Clave* no mencionan la necesidad de llegar específicamente a subgrupos de alto riesgo de infección por medio de intervenciones específicas. Reconocieron, sin embargo, la vulnerabilidad de ciertos grupos, tales como las mujeres y las niñas en peligro de involucrarse en el trabajo sexual y de las personas jóvenes en general. En países afectados por la epidemia que cuentan con recursos limitados, la estrategia más efectiva puede ser la implementación de intervenciones dirigidas a las personas con mayor riesgo de infección. Al mismo tiempo, no debe descuidarse la provisión de información y servicios a aquellos que no se encuentran en grupos de alto riesgo.

En la Encuesta Global 2003 se intentó obtener información sobre las estrategias nacionales dirigidas a la prevención en grupos vulnerables y/o de alto riesgo. Un total de 131 países mencionaron la realización de intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo, grupos vulnerables y otros grupos en riesgo o vulnerables a la infección. La tabla 6.3 proporciona información sobre el porcentaje de países que ha formulado estrategias dirigidas a grupos específicos. La información muestra que en la categoría de grupos de alto riesgo, la mayoría de los países realiza acciones dirigidas a los y las trabajadoras sexuales (73 por ciento), seguidas por acciones dirigidas a usuarios de drogas inyectables de ambos sexos (31 por ciento), a conductores de camiones que viajan largas distancias (24 por ciento) y a hombres que sostienen relaciones con hombres (24 por ciento).

En la categoría de grupos vulnerables, se informó que el porcentaje más alto de acciones realizadas es para el grupo de adolescentes y jóvenes (62 por ciento), seguido por el grupo de mujeres embarazadas y sus parejas (28 por ciento), mujeres (14 por ciento) y niños y niñas de la calle (5 por ciento). Entre otros grupos en riesgo y grupos vulnerables, el 18 por ciento de los países señaló a los soldados y al personal uniformado de vigilancia, y el 12 por ciento señaló a los trabajadores migrantes.

La Encuesta también intentó recabar información de los países en cuanto a los enfoques desarrollados para proporcionar información de salud reproductiva y servicios para poblaciones difíciles de alcanzar (como trabajadores y trabajadoras sexuales, trabajadores migrantes de ambos sexos, conductores de camiones, niños y niñas de la calle y usuarios de drogas). Las respuestas, como se señala en la Tabla 6.4, indican que al adoptar estrategias o planes, los países también han optado por tres enfoques principales: el uso de la promoción y defensa y la IEC (información, educación, comunicación) en los aspectos preventivos de la epidemia; el uso de la promoción y defensa para la distribución de condones y el fortalecimiento de centros de provisión de servicios;

Tabla 6.3 Grupos hacia los que se dirige la prevención del VIH/SIDA

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Grupos de alto riesgo		
Trabajadores/as sexuales	95	73
Usuarios/as de drogas intravenosas	40	31
Conductores de camiones que recorren largas distancias	32	24
Relaciones entre hombres	31	24
B. Grupos vulnerables		
Adolescentes y jóvenes	81	62
Mujeres embarazadas y sus parejas	37	28
Mujeres	18	14
Niños y niñas de la calle	6	5
C. Otros		
Soldados/personal uniformado de vigilancia	24	18
Trabajadores y trabajadoras migrantes	16	12
Total	131	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

Tabla 6.4 Prevención del VIH - Medidas adoptadas por los países para involucrar a los grupos de difícil acceso

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Adopción de estrategias generales		
Planes nacionales/programas/estrategias para subgrupos	36	27
B. IEC/promoción y defensa		
Promoción y defensa/IEC para llegar a subgrupos	88	67
Capacitación de pares patrocinadas por ONGs	39	30
C. Promoción y defensa para el uso de condones y servicios de fortalecimiento		
Promoción y defensa para el uso de condones y programas de distribución	53	40
Centros de salud/servicios destinados a subgrupos específicos	33	25
D. Consejería profesional voluntaria, análisis de laboratorio y otros		
Consejería profesional y servicios de análisis de laboratorio voluntarios	26	20
Desarrollo de programas de reducción de daños	26	20
Total	131	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de porcentajes puede ser mayor que 100.

y finalmente, la provisión de consejería profesional voluntaria, de análisis de laboratorio y el desarrollo de programas de prevención. Cabe señalar que, en este aspecto, las ONGs desempeñan un papel significativo en todas las regiones. A continuación se indican algunos ejemplos que ilustran las medidas adoptadas por los países para llegar a los diferentes subgrupos:

Trabajadores y trabajadoras sexuales

El riesgo de infección de las y los trabajadores sexuales y sus clientes los convierte en un blanco común para la infección en casi todas las regiones. Más de dos terceras partes de los países del África Sub-Sahariana informaron haber desarrollado estrategias e intervenciones dirigidas a las y los trabajadores sexuales en sus respectivos países; muchas de estas estrategias involucran a ONGs. Kenya ha implementado un proyecto dirigido a 15,000 trabajadores y trabajadoras sexuales y sus clientes. El proyecto ofrece educación y con-

sejería profesional sobre la conducta sexual responsable y promueve el uso del condón. Tiene también un componente de empoderamiento económico con el fin de proveer alternativas a las mujeres involucradas en sexo comercial. En Costa de Marfil, se ha establecido una *Clinique de Confiance* (Clínica de Confianza) para las y los trabajadores sexuales; entre las iniciativas figura la introducción de condones femeninos. En varios países, los condones están disponibles en lugares en donde operan las y los trabajadores sexuales. En Tanzania, se realizó un trabajo de investigación sobre mujeres en poblaciones llamadas “de tránsito”. Los resultados mostraron que la mayoría son mujeres pobres, jóvenes, solteras, tienen poca educación además de la primaria, y trabajan como vendedoras de bebidas, meseras de bar, sirvientas en casas de huéspedes o en otros trabajos para los que no se necesitan habilidades especiales.

En Vanuatu, “Wan Smol Bag” está realizando una encuesta sobre las y los trabajadores sexuales y sus clientes para reunir datos básicos e información sobre servicios para ellos. En Bangladesh, hay actualmente 29 sitios en donde diferentes organizaciones proveen servicios de salud sexual a trabajadores y trabajadoras sexuales. En Dhaka, se han creado programas dirigidos a trabajadores y trabajadoras sexuales que trabajan en hoteles y en sus casas. En los lugares en donde el trabajo sexual es ilegal, las y los trabajadores sexuales trabajan en secreto, lo cual dificulta hacerles llegar los programas de prevención y tratamiento. El Ministerio de Salud de Irán está preparando un protocolo de cuidado y tratamiento y las estrategias para llevarlo a cabo. En Bhután, el Departamento de Salud garantiza confidencialidad a las y los trabajadores sexuales que deseen hacerse la prueba del VIH y otros servicios relativos a las enfermedades de transmisión sexual.

Algunos países en América Latina y el Caribe solicitan revisiones médicas periódicas a las y los trabajadores sexuales para que puedan obtener permisos de trabajo y se llevan a cabo campañas para promover el uso del condón. El Salvador tiene un programa llamado “La pequeña higuera”, bajo el cual consejeros profesionales hablan con las y los trabajadores sexuales en sus lugares de trabajo. En Antigua y Barbuda los condones se distribuyen gratis a través de programas dirigidos a las y los trabajadores sexuales en las “casas para entretenimiento”. Los programas en Haití proveen a las y los trabajadores sexuales información sobre medidas de prevención del VIH, incluido el uso de condones.

En Argelia, las y los trabajadores sexuales reciben servicios en clínicas especializadas. En Djibuti se proveen también servicios a trabajadores y trabajadoras sexuales y sus clientes para aumentar la sensibilización con respecto al VIH/SIDA.

RECUADRO 6.3 INICIATIVAS QUE INVOLUCRAN A LAS FUERZAS ARMADAS Y LA POLICIA NACIONAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Los hombres y mujeres de las fuerzas armadas y las policías nacionales se consideran en alto riesgo de contraer la infección del VIH. El riesgo aumenta por una serie de factores entre los que figuran la movilización y separación de sus familias; su relativa juventud, el poco uso del condón y/o su uso incorrecto; la tendencia a tener múltiples parejas (incluidos trabajadores y trabajadoras sexuales); el uso de drogas; y la “cultura de riesgo” que prevalece. Su riesgo también se incrementa por el hecho de que las comunidades que los rodean pueden verlos como personas que tienen poder y privilegios. Al mismo tiempo, estos hombres y mujeres están en una posición en la que tienen un rol importante en la preven-

ción del VIH y en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la equidad de género y en la mayor participación de los hombres. Desde 1994 se han llevado a cabo iniciativas que los toman en cuenta en lugares como **Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.**

En 1995, se llevó a cabo en **Nicaragua** el programa educativo: “Población y Salud Sexual y Reproductiva” en el Centro Superior de Estudios Militares; en 1997 se introdujeron actividades para la integración de servicios de salud sexual y reproductiva incluido el VIH/SIDA en las fuerzas armadas. Entre 1998 y el 2001 se fortalecieron las actividades de

información, educación y comunicación (IEC) y los servicios que proveen las fuerzas armadas en las áreas de derechos de salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos, se introdujo en las fuerzas armadas y las policías nacionales en el 2003.

En **Perú**, en noviembre del 2003, se llevó a cabo un taller regional sobre salud sexual y reproductiva, prevención del VIH y equidad de género, en las fuerzas armadas y policía nacional, con el fin de promover el intercambio de experiencias desarrolladas a nivel nacional entre las fuerzas armadas y las policías nacionales en los países participantes.

Conductores de camiones

La separación de los conductores de camiones de sus parejas y familias hace más grande su vulnerabilidad e incrementa sus conductas de riesgo. Por esta razón, los conductores de camiones son un grupo comúnmente propenso a contraer la infección y las rutas de camiones un lugar común para llevar a cabo intervenciones. En Angola se han abierto clínicas móviles en los lugares donde se detienen los camiones y en los puntos en donde se revisa a los conductores para atenderlos a ellos y a trabajadores migrantes de ambos sexos. En Botswana se han introducido campañas de educación para conductores de camiones y hay condones masculinos y femeninos disponibles en puestos fronterizos y puntos de entrada. En África Occidental, se ha implementado un programa regional llamado “Corredor” en la carretera principal que va desde Abidjan, Costa de Marfil, a Lagos, Nigeria. En Senegal, los quioscos localizados en paradas de camiones en las principales carreteras ofrecen información y proveen servicios.

Algunos artistas populares en Bhután han grabado mensajes de IEC (información, educación, comunicación) en forma de canciones para ser distribuidas entre los conductores de camiones y de taxis. En Pakistán, en un esfuerzo por involucrar a los conductores de camiones en programas de VIH/SIDA, varias ONGs se han acercado a propietarios de camiones y visitan paradas de camiones y hoteles a lo largo de las carreteras. En varios países en las islas del Pacífico, los hombres que trabajan en el mar y en algunos casos sus esposas, son considerados como grupos de alto riesgo.

Usuarios y usuarias de drogas

La transmisión del VIH puede incrementarse en forma dramática especialmente entre los usuarios y usuarias de drogas inyectables; sin embargo, la marginalización social puede dificultar llegar a ellos. Aún así, muchos países tienen programas dirigidos a este grupo de alto riesgo. En Venezuela existe un programa de la Fundación José Félix Ribas dirigido a jóvenes adictos que han dejado la escuela. Como en otras regiones, la disponibilidad de información y servicios es mucho mayor en las ciudades que en las áreas rurales. En las Bahamas, se les ofrece educación sobre enfermedades de transmisión sexual, consejería profesional y análisis de laboratorio voluntarios (incluido el análisis de VIH) a todos los usuarios y usuarias de drogas que asisten a las clínicas del gobierno.

Europa Oriental y Central, y los países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) han introducido programas de prevención del VIH y de reducción de daños dirigidos a diferentes subgrupos. En Bielorrusia y Bulgaria las y los profesionales de la salud que trabajan con usuarios y usuarias de drogas reciben capacitación y se han establecido centros que ofrecen análisis de laboratorio y clínicas móviles para proporcionar información, condones, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA a usuarios y usuarias de drogas por inyección y a otros grupos vulnerables. La información de Letonia indica que entre 1997 y 2003, a través de sus programas de reducción de daños llegaron al 37 por ciento de usuarios y usuarias de drogas inyectables. En Arabia Saudita existen programas que proporcionan consejería profesional sobre VIH y análisis de

laboratorio para usuarios y usuarias de drogas inyectables a quienes se provee también de tratamiento de rehabilitación gratuito para dejar las drogas. La Fundación para el Desarrollo de Recursos Humanos, una ONG en Turquía, ha implementado algunos proyectos para usuarios y usuarias de drogas inyectables en los que ofrece la provisión de jeringas y la limpieza de agujas sin costo.

Migrantes

A pesar de la importancia de este grupo en la prevención del VIH, las acciones son todavía limitadas. Un buen ejemplo de actividad en esta área es México, en donde la Secretaría de Salud con el innovador programa “Vete sano, regresa sano”, lleva mensajes de educación sexual a las y los trabajadores migrantes. Además, un documento llamado Permiso del Viajero constituye una herramienta importante que ayuda a los servicios de salud a proveer a las y los migrantes y sus familias servicios relacionados con educación en salud y prevención, detección temprana y tratamiento del VIH/SIDA. Las y los trabajadores migrantes se encuentran en alto riesgo de infección y pueden arriesgar también a sus parejas cuando regresan a sus casas. La población migrante de Haití se considera un grupo de alto riesgo en las Bahamas, donde los proveedores de salud de habla Creole han recibido capacitación para proporcionar información y servicios a haitianos que no hablan inglés. Hay otras sub-poblaciones que están en alto riesgo, pero que son difíciles de alcanzar, como los mineros que se encuentran en áreas rurales remotas. La Misión Médica de Surinam, es una ONG que proporciona información y servicios a mineros. En Yemen hay programas dirigidos a refugiados de ambos sexos quienes también constituyen un grupo muy vulnerable a la infección.

Niños y niñas de la calle

Los niños y niñas de la calle están en alto riesgo de contraer la infección del VIH. En algunos países alrededor del mundo se han llevado a cabo actividades dirigidas a este grupo vulnerable. GOAL es una ONG internacional que trabaja en Nairobi, Kenia, en favor de los niños y niñas de la calle, y también de los niños o niñas que fueron de la calle en algún momento de su vida. Entre sus actividades principales está la distribución de información sobre VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, ofrecer educación de pares, promover y distribuir condones, y proporcionar servicios de salud, incluido el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el manejo de infecciones oportunistas. GOAL también ofrece capacitación en habilidades para la vida y remisión a servicios, como consejería profesional y análisis voluntarios de laboratorio en instituciones de salud, y proporciona las cuotas para pagar estos servicios.

En Asia, la Organización “Bangalore Oniyawara Seva Coota” ha iniciado intervenciones dirigidas a niños y niñas que trabajan y a quienes viven en la calle, con la ayuda de la Sociedad Estatal de Control del SIDA de Karnataka desde el inicio de enero del año 2000. A la fecha, se ha brindado consejería interpersonal a 1000 niños y niñas de la calle y, en todos los casos, se ha remitido a hospitales locales para tratamiento a quienes presentan una infección de transmisión sexual.

Fuerzas armadas

Los países de la región de América Latina han sido particularmente activos en la promoción de actividades dirigidas a este grupo crítico. En la Tabla 6.3 se resumen las iniciativas que llevan a cabo.

6.5 EL ROL DE LOS FACTORES CULTURALES EN LA LUCHA CONTRA LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA

Las prácticas y factores culturales pueden jugar un papel que facilite o dificulte la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA y deben ser tomados en consideración en la formulación e implementación de programas. El análisis de las respuestas de la Encuesta provee una imagen interesante de cómo los factores culturales específicos influyen en la planeación y programación a nivel de cada país. A continuación se presenta una síntesis de los resultados:

La cultura como factor facilitador

Setenta y tres países (48 por ciento de los que respondieron la Encuesta) informaron que la cultura ha facilitado sus esfuerzos para tratar varios aspectos del VIH/SIDA. Veintitrés por ciento respondió que las actitudes socio-culturales promovieron la participación de la comunidad; 16 por ciento de los países manifestó que las creencias religiosas en sus países ayudaron a disminuir conductas de riesgo de la población; 14 por ciento piensa que las normas culturales promovieron la demora en el comienzo de actividad sexual entre los jóvenes, y el 8 por ciento informó que los sistemas de familias extendidas contribuyeron al cuidado y apoyo de personas viviendo con VIH/SIDA, huérfanos/as y niños/as vulnerables.

Las tradiciones y las normas culturales positivas pueden influir considerablemente en las conductas individuales y ayudar a incrementar la actividad de la comunidad para combatir el VIH/SIDA. En el África Sub-Sahariana, muchas tradiciones promueven la castidad previa al matrimonio y la fidelidad durante éste, tales como el ritual tradicional para niñas de Swazilandia llamado “Umcwasho” y el ritual tradicional para niños llamado “Lusekwane”. El “Lutsango”, un agrupamiento cultural compuesto por mujeres adultas,

ha llevado a cabo talleres sobre la prevención del VIH/SIDA. La habilidad para tener diálogos abiertos acerca de la salud sexual, que incluyan debates sobre la prevención de la infección del VIH, se considera beneficiosa en muchas sociedades. Muchos países manifestaron que el VIH/SIDA ha ayudado a sacar a la luz temas tales como el trabajo sexual y el “machismo” y en otros, la cultura ha tenido un rol importante en todos los niveles de la sociedad al animar a hablar abiertamente acerca de la salud sexual, el uso del condón y otros aspectos importantes sobre la prevención del VIH. Las personas jóvenes también pueden ayudar a crear un ambiente en donde el VIH/SIDA y el uso del condón como prevención, sean temas de conversación aceptados. En varios países de Europa Oriental y Central y de la Comunidad de Estados Independientes (CEI), las sociedades se han hecho mucho más abiertas, facilitando así la respuesta a la epidemia. En Estonia se han ocupado de que la información esté disponible en ruso y en estoniano para llegar mejor a la minoría de habla rusa, que al principio mostró tasas más altas de infección.

En varios países también se informó que los líderes religiosos han jugado un papel positivo al disminuir las posibilidades de exposición potencial al VIH, a través de la promoción de la abstinencia antes del matrimonio y la fidelidad. Estos líderes han trabajado para sensibilizar a la población acerca de la importancia de evitar contacto sexual de riesgo. Los líderes musulmanes han influido entre los hombres para promover mayor fidelidad, así como para incrementar el uso del condón. En Indonesia, la mayoría de los líderes de las comunidades y religiosos están ahora sensibilizados sobre el impacto que puede tener el VIH/SIDA en la sociedad y el desarrollo. En Camboya y Tailandia, los monjes han brindado cuidados a las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA. En Bangladesh se cree que el medio social y religioso desalienta el comportamiento de alto riesgo. En los Estados Árabes la religión y la enseñanza de la religión se usan para apoyar esfuerzos para combatir el VIH/SIDA. El papel de la religión es muy poderoso en Argelia, Mauritania, Marruecos y Arabia Saudita, pues desalienta las relaciones sexuales pre-maritales y extra-maritales, que están prohibidas bajo la ley islámica.

La cultura como factor limitante

Un total de 121 países (80 por ciento de los que respondieron) informaron que los factores sociales y culturales son influencias que limitan la respuesta a la epidemia. El treinta y dos por ciento indicó la falta de discusión abierta y diálogo en temas relacionado con el VIH; el 28 por ciento manifestó que a causa del estigma y la exclusión de las personas que viven con VIH/SIDA, muchas veces es difícil llegar a las personas

afectadas; el 23 por ciento reportó falta de percepción del riesgo; el 19 por ciento mencionó que ciertas prácticas sociales y culturales obstruyen la implementación de acciones; el 13 por ciento mencionó el bajo estatus de las mujeres; y el 10 por ciento señaló la práctica de la poligamia como un factor limitante.

Cuando la comunicación es cerrada, las parejas sexuales no hablan sobre su salud sexual, y las preguntas de los jóvenes acerca de su salud reproductiva y sexualidad pueden quedarse sin respuesta. En muchos países, a pesar de que se reconoce que el uso del lenguaje apropiado es imperativo, las limitantes de vocabulario hacen que traducir los materiales educativos sobre VIH/SIDA a las lenguas locales sea una tarea difícil.

En países en donde los líderes religiosos no aceptan el uso del condón, promover únicamente la abstinencia y la fidelidad puede contribuir al bajo uso del condón e, inadvertidamente, a un riesgo mayor de infección para aquellos sexualmente activos fuera del matrimonio. La cultura machista muchas veces desalienta el uso del condón aún cuando los condones están disponibles. En la región de América Latina, a pesar de que se discuten abiertamente los temas de salud reproductiva, planificación familiar y educación sexual, el machismo y el dominio del hombre sobre la mujer ha contribuido a la existencia de altas tasas de infección en muchos países. En algunos países es costumbre que los hombres tengan más de una pareja sexual. Aunque la poligamia por sí misma no contribuye necesariamente a que exista mayor riesgo entre los integrantes de la unión, existe más riesgo cuando hay altos niveles de promiscuidad sexual, especialmente en relaciones entre hombres. Las prácticas que existen en algunos países de África y Asia como “la herencia de la esposa” o “la limpieza de la viuda”, en las que una viuda se casa con otro hombre de la familia, el riesgo de infección se incrementa si cualquiera de las partes está infectada con el VIH. De igual manera, la práctica de la “esposa compartida” puede incrementar el riesgo, así como la creencia de que la infección del VIH es el resultado de que la gente no se adhiera a ciertos tabúes (tales como no tener relaciones sexuales con una mujer durante su periodo menstrual, o las relaciones sexuales de un viudo o una viuda antes de haber observado debidamente un período de luto).

Las inequidades de género y el dominio del hombre en las relaciones sexuales puede aumentar el riesgo de la mujer a la infección, pues ella puede tener poco control sobre la toma de decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva. En muchos países hay también ejemplos de hombres mayores que convencen con regalos a jóvenes mujeres u hombres para que tengan relaciones sexuales desprotegidas. Muy a menudo, las mujeres no son capaces

de negociar el sexo seguro en relaciones estructuradas, debido a impedimentos religiosos, circunstancias económicas o baja autoestima. Un alto nivel de negociación acerca del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual o ignorancia sobre la salud sexual femenina, empeora el problema. La creencia de que tener sexo con una virgen curará el VIH/SIDA incrementa el riesgo de infección para adolescentes y niñas jóvenes. El corte genital femenino, la cicatrización, las marcas de tribus y tatuajes pueden ser factores que predispongan a la infección del VIH. También lo pueden ser las prácticas como el uso de inserciones de yerbas en la vagina para asegurar que el sexo sea seco-prácticas que algunos consideran que incrementan la satisfacción sexual para el hombre.

El estigma y la discriminación dificultan que la gente infectada por el VIH dé a conocer su condición. Muchos países señalan el estigma y la discriminación contra personas que viven con VIH/SIDA como obstáculos. En comunidades en donde hay una fuerte asociación entre el VIH/SIDA y los comportamientos de alto riesgo, el estigma acentúa la crisis del VIH. En tales comunidades, los temores sobre las formas de transmisión pueden afectar las posibilidades de conseguir empleo para aquéllas personas que están (o parecen estar) infectadas, llevándolas a la exclusión social o hasta a la ruina económica. Las minorías étnicas están muchas veces en desventaja, ya que tienen menos conocimientos y están más propensas al estigma y a la discriminación, además tienen menor acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva que la población en general. Por tanto, son más vulnerables al VIH/SIDA. En muchos países, las y los proveedores de salud y las comunidades temen tanto del VIH/SIDA que llegan a discriminar a las personas infectadas y evitan estar cerca de ellas.

6.6 CONCLUSIÓN

Desde la adopción del PdA de la CIPD en 1994, el VIH/SIDA ha tenido un efecto devastador en todo el mundo. Mientras que se ha logrado algún progreso, como se evidencia en las historias de éxito frecuentemente mencionadas en Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda, y los recientes esfuerzos para

mejorar el acceso al tratamiento antiretroviral a las personas infectadas, es necesario hacer mucho más. Las acciones alrededor del mundo son varias y algunos países tienen enfoques multisectoriales, mientras que otros continúan con un enfoque predominantemente centrado en el sector salud. Desafortunadamente, algunos países todavía no aceptan el problema que representa el VIH/SIDA y se realizan mínimas o muy pocas acciones para detenerlo. Una respuesta verdaderamente efectiva requiere de liderazgo comprometido, acciones cada vez a mayor nivel y respuestas multisectoriales que tengan a la prevención como eje central. Dado que la mayoría de los contagios de VIH ocurren por vía sexual, se debe mejorar el acceso a la información y a servicios de salud sexual y reproductiva, este es un punto clave que debe convertirse en un componente integral de los programas de prevención del VIH. La salud reproductiva debe usarse como el conducto más importante para hacer llegar la atención y el tratamiento.

La Encuesta Global 2003 ha mostrado cuántos países han logrado establecer contacto con los grupos más expuestos a contraer la infección, al mismo tiempo que continúan luchando para responder a las necesidades de adolescentes, niños y niñas de la calle, huérfanas y huérfanos. Sin embargo, todavía hace falta enfrentar muchos retos si se quiere llegar a todos los grupos que están en riesgo de contraer la infección. Para tener éxito, las comunidades deben tomar como base las lecciones aprendidas y encontrar formas innovadoras para garantizar que la prevención y los servicios, la atención y el tratamiento lleguen a quienes los necesitan. Las respuestas a la Encuesta han subrayado la importancia de responder al VIH/SIDA de acuerdo con la dinámica y etapa de la epidemia, así como en el contexto cultural dentro del cual se realizarán las acciones. El camino para derrotar al VIH/SIDA requiere respuestas programáticas reforzadas, diseñadas para responder a las necesidades de los países y regiones en forma individual, y que se reconozcan las importantes contribuciones que pueden ser hechas a través de la atención de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Informe del Secretario General sobre el progreso hacia la implementación de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA*, (Nueva York, Naciones Unidas, 25 de julio del 2003) A/58/184, p. 3.
- 2 ONUSIDA y OMS, *La epidemia del SIDA al día; diciembre de 2003* (Ginebra, ONUSIDA, diciembre 2003).
- 3 ONUSIDA, *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China*, (Ginebra, ONUSIDA, diciembre, 2003).
- 4 Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (Nueva York, 2003) ST/ESA/SER-A/222.
- 5 ONUSIDA, *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003* (Ginebra, ONUSIDA, septiembre, 2003).
- 6 ONUSIDA, *AIDS Epidemic Update: December 2002* (Ginebra, ONUSIDA, diciembre, 2003).
- 7 ONUSIDA y OMS, *op. cit.*, p. 15.

7 Promoción y defensa, educación y comunicación para el cambio de conductas

7.1 INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos de promoción y defensa han sido fundamentales para crear un consenso global en torno a las metas y objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), así como para el impulso de compromisos nacionales e internacionales para la implementación del Programa de Acción (PdA) de la CIPD. Junto con la educación y la comunicación para el cambio de conductas, la promoción y defensa ha propiciado un clima favorable para los programas de salud sexual y reproductiva que se han llevado a cabo en todo el mundo.

La visión de la CIPD es la de un mundo en el que todos los individuos tengan acceso a una amplia gama de información y servicios integrales de salud reproductiva a lo largo de todo su ciclo de vida para el año 2015. En la CIPD se consideró a la salud reproductiva como un derecho humano fundamental: se reconoció que las mujeres, los hombres y la población joven tienen el derecho a tomar decisiones informadas, y a tener acceso a servicios e insumos de salud reproductiva seguros, eficaces y accesibles. El logro de tal visión implica la importancia de acciones de comunicación y de promoción y defensa, las cuales ayudan a ampliar los compromisos políticos y económicos en apoyo de políticas y programas, al tiempo que se promueven normas socioculturales que permitan a los individuos y a las parejas tomar decisiones informadas sobre aspectos relacionados con la salud reproductiva.

Específicamente, el PdA de la CIPD articula los siguientes objetivos de comunicación: (a) aumentar el conocimiento, la comprensión, la sensibilización y la toma de conciencia por parte de la sociedad a todos los niveles, de forma que las familias, las parejas, los individuos, los líderes de opinión y los líderes comunitarios, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), los encargados de la formulación de políticas, los gobiernos y la comunidad internacional reconozcan la importancia y la relevancia de las cuestiones relacionadas con la población y adopten las medidas necesarias para resolver esas cuestiones en un ambiente de crecimiento

económico sostenible y en el marco del desarrollo sustentable; (b) estimular actitudes que favorezcan conductas responsables en el ámbito de la población y el desarrollo, especialmente en aspectos como el medio ambiente, la familia, la sexualidad, la reproducción y la sensibilidad racial y de género; (c) asegurar el compromiso político en cuestiones de población y desarrollo por parte de los gobiernos nacionales a fin de fomentar la participación de los sectores público y privado en la formulación, la aplicación y la supervisión de políticas y programas en materia de población y desarrollo; y (d) mejorar la capacidad de las parejas y los individuos para ejercer su derecho básico a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean y el espacio entre el nacimiento de los mismos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello¹.

Cada vez son más los países que han adquirido conciencia del importante papel que pueden desempeñar en el avance de los temas de la CIPD, tanto la promoción y la defensa orientada a las políticas, como la comunicación para el cambio de conductas y las intervenciones en el campo de la educación. Las siguientes definiciones pueden resultar útiles para aclarar sus funciones interrelacionadas. La promoción y defensa se enfoca a promover o fortalecer el cambio en las políticas, las legislaciones, la asignación de recursos o las normas socioculturales. En lugar de dirigirse directamente a beneficiarios individuales, los esfuerzos de promoción y defensa están orientados a buscar el apoyo de personajes influyentes y de grupos en favor de una causa o asunto. La comunicación para el cambio de conductas (CCC) es el proceso de comprender las situaciones y las influencias a las que están expuestas las personas y utilizar los procesos de comunicación y los medios de comunicación (tanto modernos como tradicionales) para generar cambios en actitudes y conductas. En el pasado, este tipo de intervención se conocía comúnmente como “información, educación y comunicación” (IEC). La CCC, sin embargo, hace énfasis en el muy necesario cambio de conductas como resultado de los esfuerzos de comunicación.

Este capítulo se enfoca en las estrategias que han aplicado los países para alcanzar los objetivos arriba mencionados y para crear un ambiente propicio para que las personas tomen decisiones responsables, saludables y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva. Las acciones clave identificadas en la Encuesta Global 2003 incluyen acciones para influir en la agenda nacional de desarrollo y asegurar la atención a los temas de población, salud reproductiva, VIH/SIDA y género; para establecer compromisos y lograr modificaciones en programas y políticas; para la asignación de recursos y la implementación de programas; para fortalecer la colaboración intersectorial, especialmente entre los sectores público y privado, las ONGs y la sociedad civil; y para mejorar la capacidad de las organizaciones aliadas para contribuir con el desarrollo de programas y el empoderamiento de las comunidades para el avance de los objetivos de la CIPD.

Muchos gobiernos han adoptado estrategias y herramientas para influir en las conductas y promover cambios de actitudes con el propósito de prevenir el VIH/SIDA y propiciar conductas responsables y saludables relacionadas con la salud reproductiva. Los medios de comunicación masiva, tanto tradicionales como modernos, se han utilizado ampliamente para crear conciencia y para transmitir campañas dirigidas a aumentar la demanda de servicios de salud reproductiva de alta calidad.

7.2 PROMOCIÓN Y DEFENSA

Estrategias de promoción y defensa para impulsar conductas responsables y saludables en el ámbito de la salud reproductiva

La promoción y defensa ha desempeñado un papel preponderante en el impulso y la adopción del PdA de la CIPD tanto en el nivel nacional como en el comunitario. Se han suscitado acalorados debates públicos y discusiones en torno a los temas de población y desarrollo, salud reproductiva, derechos humanos, género y VIH/SIDA. Las discusiones, sostenidas en diferentes niveles de la sociedad son, en parte, un resultado directo de la CIPD. Los resultados de la Encuesta muestran que tales discusiones políticas han incrementado la conciencia, el consenso y la movilización social en torno a los asuntos de población. También han fortalecido los compromisos políticos y de recursos en favor del PdA de la CIPD. Se ha logrado un avance en cuanto a la promoción y modificación de marcos legales, políticas y programas, así como de normas y tradiciones sociales y culturales. Como resultado, las estrategias, planes y programas de desarrollo nacional están prestando más atención a los temas relacionados con población, salud reproductiva, VIH/SIDA y género.

En el ámbito mundial, de los 151 países que respondieron la Encuesta, 139 (92 por ciento) informaron haber adoptado una o más medidas exitosas para promover conductas responsables y saludables en salud reproductiva, particularmente entre los grupos vulnerables (Tabla 7.1). Estas medidas incluyen campañas de promoción y defensa y de IEC/CCC (68 por ciento), actividades dirigidas a grupos vulnerables y personas jóvenes, hombres y mujeres (32 por ciento), y campañas en medios como la radio o la televisión (23 por ciento). En muchos casos, las estrategias comprendían esfuerzos educativos, tales como educación entre pares sobre aspectos de salud reproductiva (23 por ciento) y la introducción de educación en salud en los programas escolares (22 por ciento). Igualmente, las estrategias exitosas se han caracterizado por un énfasis en la ampliación de las alianzas entre gobiernos y ONGs, instituciones multilaterales, fundaciones, grupos comunitarios y redes sociales (20 por ciento). La construcción de capacidades y la capacitación en promoción y defensa y CCC, así como la provisión de servicios gratuitos de salud reproductiva, también fueron citadas como aspectos

Tabla 7.1 Medidas aplicadas por los países para promover conductas saludables y responsables en materia de salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Campañas de IEC/promoción y defensa sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva	94	68
Campañas de IEC/promoción y defensa para grupos vulnerables específicos	45	32
Campañas en medios (televisión y radio)	32	23
Educación entre pares sobre cuestiones de salud reproductiva	32	23
Educación en salud incorporada a los programas escolares	30	22
Ampliación de alianzas entre el gobierno y las ONGs para la promoción y defensa	28	20
Provisión de servicios y productos gratuitos de salud reproductiva	15	11
Construcción de capacidades para IEC/promoción y defensa	14	10
Capacitación en materia de salud reproductiva a profesionales de la salud	11	8
Total	139	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

importantes de las estrategias exitosas que han sido adoptadas por los gobiernos.

Cuando se les solicitó describir una estrategia exitosa de promoción y defensa relacionada con la CIPD, la mayoría de los países mencionaron el cabildeo para impulsar reformas legislativas y la adopción de nuevas legislaciones relacionadas con el PdA de la CIPD (60 países), el establecimiento de cuerpos locales para la promoción y defensa (45 países), y el desarrollo de estrategias de promoción y defensa nacionales y regionales (37 países). China, Georgia y Siria también afirmaron que la supervisión de la aplicación de la ley contribuyó al éxito de sus estrategias de promoción y defensa. La cooperación interinstitucional, el diálogo, las asociaciones y alianzas fueron elementos comunes en las estrategias que contribuyeron a lograr un avance en las políticas, leyes y programas relacionados con la CIPD en Armenia, Bolivia, Cuba, la República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Túnez, Uganda y Venezuela. Como resultado de los esfuerzos de promoción y defensa desplegados en Camboya, Costa Rica, Gambia, la República Democrática Popular de Lao, el Líbano, Malasia, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Palestina, Papua Nueva Guinea, Sao Tome y Príncipe, Sri Lanka, Sudán, Tayikistán y Vietnam se revisaron políticas o surgieron nuevas políticas nacionales relacionadas con una amplia gama de temas. Por ejemplo, en Vietnam, se introdujeron modificaciones en las políticas de población relativas a la igualdad de género y a la salud reproductiva (particularmente para adolescentes), a través de actividades de educación y promoción y defensa en las escuelas y en los medios de comunicación masiva. En el cuadro 7.1 se presentan ejemplos de estrategias exitosas de promoción y defensa utilizadas en varios países.

Existen diferencias regionales en el uso de dichas medidas. El uso de campañas de IEC/promoción y defensa relacionadas con las conductas de salud reproductiva fue más relevante en la sub-región del Caribe (100 por ciento de los países), en los Estados Árabes (80 por ciento) y en Asia (71 por ciento). Un porcentaje significativo de países (30 a 50 por ciento) en las repúblicas de Asia Central se centraron en estrategias específicas como las asociaciones y redes especialmente entre gobiernos y ONGs. Los países del África Sub-Sahariana y del Caribe informaron particularmente sobre el uso de la educación entre pares en programas de salud reproductiva.



Mark Edwards/Still Pictures

Mientras que en Asia, África Sub-Sahariana y el Caribe prevalecieron las campañas de IEC hacia grupos vulnerables, en América Latina se emprendieron campañas de comunicación masiva. En la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central y en algunos lugares de Asia, se introdujo educación relacionada con la salud en programas escolares, y en la región del Pacífico se utilizaron campañas que apoyaban la provisión de servicios.

Obstáculos encontrados en los países para la promoción de conductas responsables y saludables relacionadas con la salud reproductiva

En la Encuesta se pidió a los países que describieran los obstáculos encontrados para lograr cambios de conducta relacionados con decisiones en torno a la salud reproductiva. Alrededor de 45 países citaron obstáculos políticos y de recursos financieros, asuntos relacionados con los programas, y factores socioculturales, como los retos a vencer para influir en las actitudes y cambios de conducta (Tabla 7.2).

El obstáculo que se mencionó con mayor frecuencia fue recursos financieros limitados (36 por ciento). Entre otros obstáculos mencionados se encuentran: las actitudes sociales y culturales (33 por ciento); la ausencia de voluntad política (20 por ciento); la oposición religiosa (18 por ciento); la falta de recursos humanos (18 por ciento); la carencia de mecanismos de seguimiento y evaluación (13 por ciento); la falta de coordinación entre agencias (11 por ciento); y la falta de equipos y capacitación (7 por ciento).

RECUADRO 7.1 ESTRATEGIAS EXITOSAS DE PROMOCIÓN Y DEFENSA

Los países que respondieron a la Encuesta Global dieron ejemplos de estrategias de promoción y defensa que han tenido éxito y colaboran con el progreso del PdA de la CIPD. Dichas estrategias han ayudado a promover y reforzar el cambio en normas y tradiciones culturales y sociales. También han favorecido los cambios en legislaciones, políticas y programas para apoyar aspectos de la CIPD como la salud y los derechos reproductivos, y la salud reproductiva y la equidad de género entre la población adolescente. A continuación se presentan ejemplos seleccionados de estrategias exitosas:

En **Rumania**, la Coalición de ONGs Rumanas para la Salud Reproductiva, una organización no gubernamental, sin fines de lucro y sin afiliación política, que representa y defiende los derechos de las mujeres, realizó

actividades de promoción y defensa relacionadas con la salud y los derechos reproductivos y favoreció la inclusión de servicios de salud reproductiva en el paquete básico de servicios financiado por el sistema de seguro de salud.

En **Eritrea** se han emprendido una serie de acciones con el propósito de eliminar el corte genital femenino. Las acciones se centran en el empoderamiento de las mujeres con un énfasis en la educación de las niñas, la alfabetización de las mujeres y el derecho de las mujeres a poseer y heredar porciones de tierra u otras propiedades. También se implementaron programas de IEC para emprender acciones en torno a las prácticas tradicionales dañinas.

En **Egipto**, los programas transmitidos a través de medios masivos lograron movilizar a la opinión pública en relación con los casa-

mientos a edad temprana. Estas acciones condujeron a la aparición de una ley que prohibía a las unidades de salud de las comunidades extender certificados de edad estimada para niñas muy jóvenes. Esta tarea la realizó un comité de consultores médicos de nivel gubernamental.

En **Panamá**, las personas que realizan actividades de promoción y defensa lograron movilizar a grupos de personas a favor de la protección de los derechos de las niñas adolescentes. Esto condujo a la promulgación de una ley en el 2002 que garantiza a las adolescentes embarazadas el derecho a recibir servicios integrales de salud, a permanecer en la escuela y a recibir protección legal cuando así lo requieran.

En términos de obstáculos específicos en diversas regiones, se informó la falta de seguimiento y evaluación como una de las principales preocupaciones en los países asiáticos. La oposición religiosa fue el principal obstáculo en la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central, así como en los Estados Árabes. La ausencia de voluntad política fue uno de los obstáculos más

mencionados por varios países asiáticos, mientras que la carencia de recursos financieros obstaculizó los esfuerzos en el África Sub-Sahariana, los Estados Árabes, la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central y en el Pacífico. La ausencia de coordinación entre agencias fue citada por varias repúblicas del Asia Central. Las actitudes socioculturales hacia la salud reproductiva y los derechos reproductivos fueron mencionados como un factor limitante en un número importante de países del Caribe, la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central, los Estados Árabes y la región del Pacífico.

Tabla 7.2 Obstáculos enfrentados por los países en la promoción de conductas saludables y responsables en materia de salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Falta de recursos financieros	16	36
Actitudes sociales y culturales que limitan los esfuerzos realizados	15	33
Ausencia de voluntad política	9	20
Oposición religiosa	8	18
Falta de recursos humanos	8	18
Carencia de sistemas de seguimiento y evaluación	6	13
Falta de coordinación entre agencias	5	11
Falta de equipos y capacitación	3	7
Total	45	100

7.3 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE CONDUCTAS

Aumentando el acceso a información sobre salud y derechos reproductivos

El PdA de la CIPD instó a los países a asegurar el acceso a información integral sobre salud y derechos reproductivos para el año 2015. A pesar de que algunos países manifestaron que el comportamiento sexual y la salud reproductiva continúan siendo asuntos delicados, particularmente en relación con los y las adolescentes, muchos países mencionaron el uso de estrategias de IEC/CCC y promoción y defensa para disminuir las barreras socioculturales y religiosas y poder abordar el tema. La Encuesta encontró que se logró un avance desde la CIPD en cuanto a la provisión de información,

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

comunicación y educación más integrales para abordar los aspectos relacionados con actitudes y conductas en áreas clave relacionadas con el PdA de la CIPD. En la mayoría de los casos se ha empleado la CCC para influir en normas y prácticas socioculturales relacionadas con la salud reproductiva, para desarrollar mensajes que respondan a las preocupaciones de los individuos y de las comunidades, para promover conductas que disminuyan el riesgo de contraer ITSs (incluyendo el VIH/SIDA), y para dotar a las personas de las habilidades para la vida y oportunidades para hacer frente a situaciones y condiciones de vulnerabilidad.

Cuando se pidió a los países señalar las medidas que han tomado para cumplir con las principales áreas temáticas del PdA de la CIPD, éstos mencionaron las estrategias de CCC como intervenciones clave. Prácticamente todos los países que respondieron a esta pregunta informaron haber adoptado estrategias de comunicación para lograr un cambio de conductas. Estas estrategias tenían como objetivo alcanzar varias metas de la CIPD, incluyendo la prevención de la transmisión del VIH; el incremento de la participación masculina en la salud reproductiva; la provisión de información para adolescentes y jóvenes; el manejo de las ITSs; el involucramiento de grupos de difícil acceso; y el tratamiento de la violencia de género y la mortalidad materna.

Estrategias para modificar actitudes y conductas

El PdA de la CIPD convoca a los países a “propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos de planificación familiar elegidos libremente, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios para ello”². Las campañas informativas y los programas de educación estuvieron orientados a proporcionar datos y a facilitar la comprensión de manera que los individuos pudieran tomar decisiones informadas sobre su salud, incluida su salud sexual y reproductiva. Las respuestas de los países parecen apuntar hacia un cambio de paradigma, alejándose de campañas amplias de creación de conciencia, para aproximarse a estrategias dirigidas a influir sobre actitudes y cambios de conducta.

La Encuesta Global 2003 solicitó a los países describir estrategias exitosas en el área de cambio de actitudes y conductas. A grandes rasgos, las respuestas se agruparon en términos de: (a) medidas que ampliaron la cobertura de cuestiones de salud y derechos reproductivos en los medios masivos (Tabla 7.3); y (b) programas innovadores que utilizaron tecnologías emergentes de información y comunicación para incrementar el acceso a la información sobre salud y derechos reproductivos (Tabla 7.4).

Tabla 7.3 Medidas tomadas por los países para ampliar la cobertura de los medios de comunicación masiva en cuestiones relacionadas con la salud y los derechos reproductivos

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Uso de medios electrónicos (Internet, televisión, radio)	115	81
Uso de medios impresos (periódicos, revistas, carteles, folletos)	84	59
Apoyo a eventos comunitarios (seminarios, foros, conciertos, representaciones callejeras, funciones de teatro)	46	32
Capacitación a personal de los medios sobre cuestiones de salud reproductiva	43	30
Celebraciones de días nacionales de creación de conciencia	19	13
Total	142	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

Ampliación de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos a través de los medios de comunicación masiva

La construcción de un consenso sobre salud y derechos reproductivos requiere de la participación de múltiples y diversas partes interesadas. El PdA de la CIPD instó a los países a cumplir con las necesidades cambiantes de salud reproductiva que se presentan durante el ciclo de vida, y a hacerlo con sensibilidad hacia la diversidad de circunstancias de las comunidades locales. Los medios de comunicación masiva tienen la capacidad de proporcionar información de manera sensible y de contribuir a que las personas perciban la existencia de un ambiente propicio para el cambio de actitudes. Desde la CIPD los medios han popularizado los temas de salud reproductiva al darles una “cara humana” a los informes estadísticos. La cobertura en los medios de cuestiones relacionadas con la CIPD se ha incrementado en los últimos diez años.

De los 142 países que citaron estrategias concretas de CCC, la mayoría informó haber usado medios electrónicos (radio, televisión e Internet) para abordar temas de salud reproductiva (81 por ciento). La segunda medida mayormente adoptada fue el uso de materiales impresos, tales como carteles, periódicos, revistas y folletos (59 por ciento). Los mensajes también fueron transmitidos a través de canales creativos de comunicación, tales como conciertos, represen-

Tabla 7.4 Medidas adoptadas por los países para incrementar el acceso a través de nuevas Tecnologías para la Información y la Comunicación (TICs)

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Crear líneas telefónicas de auxilio para cuestiones de salud reproductiva	81	59
Establecer programas de radio con participación de la audiencia vía telefónica y programas de entrevistas en televisión sobre cuestiones de salud reproductiva	80	58
Crear sitios web con información sobre salud reproductiva	64	47
Establecer centros de computación a nivel de pueblos y aldeas para proporcionar acceso a la información	19	14
Apoyo a actividades de celebración de días nacionales para la creación de conciencia	15	11
Total	137	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

taciones callejeras, obras de teatro y otros eventos comunitarios (32 por ciento), así como a través de la celebración de días nacionales para crear conciencia entre la población (13 por ciento). Un número considerable de países (30 por ciento) mencionó la capacitación a personal de los medios de comunicación nacionales y locales sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar.

Los países que mencionaron la utilización de medios electrónicos de comunicación masiva se refirieron al uso de lenguajes locales para promover cambios de conductas y actitudes con respecto a la salud y los derechos reproductivos, así como sobre cuestiones de género. Por ejemplo, Mozambique informó que se habían escrito programas de radio sobre temas relacionados con la salud y derechos reproductivos en lenguajes locales, y que éstos se habían producido en las mismas comunidades rurales en las que se habían transmitido. Las metodologías de educación por medio del esparcimiento están siendo aplicadas de maneras creativas e innovadoras en muchos países, a través de series radiofónicas y programas de televisión. Los medios impresos, utilizados en 84 de los 142 países encuestados, adquieren una gran variedad de formas, como: carteles, artículos periodísticos, historietas, panfletos, folletos y anuncios (Tabla 7.3).

Los países respondieron que se están utilizando medios tradicionales, autóctonos y comunitarios para expandir la cobertura de información relacionada con la salud y los

derechos reproductivos, incluyendo la celebración de días nacionales, las representaciones teatrales, la música, las ceremonias de té y otras formas creativas de acercamiento a los temas. En Zambia, por ejemplo, las campañas de medios han utilizado testimonios de gente que vive con VIH/SIDA. Estas historias de la vida real han sido muy efectivas para promover programas y políticas sobre VIH/SIDA.

Cuando se les solicitó que describieran estrategias exitosas relacionadas con el cambio de actitudes y conductas, como se presentó en la Tabla 7.1, los países mencionaron los esfuerzos para incrementar la capacidad en IEC/CCC, incluyendo vínculos con servicios e insumos. Diez países emprendieron acciones para construir capacidad técnica y para involucrar a las partes interesadas, incluyendo a líderes religiosos, en el desarrollo y la aplicación de programas de IEC/CCC para mejorar los resultados e incrementar la sustentabilidad de tales programas. Algunos países formaron asociaciones con ONGs (28 países), con redes locales (20 países), y con organizaciones internacionales (10 países). Otros países capacitaron a trabajadores comunitarios de salud en habilidades de IEC/CCC (11 países). Treinta y cuatro países informaron que habían adoptado estrategias nacionales de IEC/CCC. Treinta y dos países realizaron campañas en medios de comunicación masiva para propiciar cambios de actitudes y promover conductas responsables para la salud reproductiva.

El PdA de la CIPD también subraya el papel central de la educación en la promoción de la igualdad y la equidad de género y en el fortalecimiento del bienestar de los y las adolescentes y las mujeres. La educación puede utilizarse para contribuir a la prevención de embarazos tempranos o no deseados, infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA), y la violencia basada en el género. Entre las medidas educativas emprendidas por los países se encuentran programas de educación entre pares (32 países) y programas de educación formal (30 países), los cuales tienen componentes como habilidades para la vida y/o salud reproductiva. Un elemento importante de las estrategias de IEC/CCC es establecer un enlace entre los mensajes de IEC/CCC, la consejería, los servicios y/o los insumos correspondientes en materia de salud reproductiva, ya que ello propicia un cambio en las conductas e incrementa la demanda de servicios.

Los países también mencionaron la participación de las partes interesadas en el desarrollo de mensajes de IEC/CCC sensibles a factores religiosos y socioculturales. Por ejemplo, en Yemen, la “Estrategia Nacional para la Juventud” se concentra en la capacitación de líderes religiosos para que transmitan mensajes de salud a la población joven y en la enseñanza a padres y madres sobre formas de transmitir

RECUADRO 7.2

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA AMPLIAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

En la **India**, los programas de radio se utilizan para enviar información sobre salud reproductiva a las diversas poblaciones del país. “Kalyani” es un programa que alienta el debate sobre temas, discusiones e historias de la vida real en torno a la salud reproductiva. También se transmiten música folklórica y dramatizaciones en 13 idiomas.

En **Filipinas**, un sistema de comunicación y promoción y defensa almacena materiales

de IEC y promoción y defensa relacionados con población, en un formato digital de fácil recuperación y con acceso a través del sitio web de la Comisión sobre Población. En el nivel local, el sistema de administración de información de base comunitaria contribuye a que los gobiernos locales determinen la demanda insatisfecha de planificación familiar y otros servicios de salud materno-infantil.

En **Etiopía**, las asociaciones tradicionales y las ceremonias tradicionales se aprovechan para ampliar el acceso de los ciudadanos a información sobre salud y derechos reproductivos, VIH/SIDA y cuestiones de género.

En **Zimbabue**, los salones de belleza acostumbran transmitir mensajes a las mujeres, y las clínicas móviles se acompañan de “funciones rodantes” que presentan información sobre salud reproductiva.

a sus hijos e hijas información relativa a la pubertad. La estrategia también promueve la difusión de conocimientos como los relativos a leyes sobre los derechos de las niñas y las mujeres a la educación, el empleo, la herencia y la propiedad.

Las diferencias regionales en términos del uso de los medios también fueron significativas. El uso tanto de medios impresos como electrónicos fue sobresaliente en todas las regiones lo cual fue señalado por la mayoría de los países en la Encuesta.

Los países de las Islas del Pacífico y los Estados Árabes informaron haber realizado diversos eventos comunitarios, mientras que los países del África Sub-Sahariana, las repúblicas de Asia Central y la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa Oriental y Central informaron haber capacitado al personal de los medios en salud reproductiva y planificación familiar.

7.4 USO DE TECNOLOGÍAS EMERGENTES DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA AMPLIAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

El PdeA de la CIPD insta a la participación de las diversas partes interesadas y a tomar en consideración los contextos culturales locales. Las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) se han utilizado para ampliar el acceso a la información y para proporcionar información sensible sobre salud y derechos reproductivos de manera descentralizada e interactiva. La Tabla 7.4 resume las respuestas de los países con relación al uso de programas innovadores que utilizan TICs para responder a cuestiones de salud reproductiva.

De los 137 países que respondieron a esta pregunta, la mayoría informó haber establecido líneas telefónicas de apoyo para cuestiones de salud reproductiva (59 por ciento)

o programas de radio con participación del público vía telefónica y programas de entrevistas en televisión (58 por ciento). Muchos países también crearon sitios web para que las personas puedan acceder a información sobre temas relacionados con la salud reproductiva (47 por ciento). El 14 por ciento de los países mencionó la creación de centros de computación en las comunidades; éstos han permitido que las personas jóvenes tengan acceso a información en materia de salud reproductiva, incluyendo el VIH/SIDA. Las tecnologías para la comunicación también se han utilizado para difundir información sobre salud reproductiva durante las jornadas nacionales dedicadas a algún tema en particular, y éstos han contribuido a crear conciencia en la población. La tecnología también se ha utilizado para establecer sistemas de administración de información que sirven de apoyo a programas de salud reproductiva y para el empoderamiento de las mujeres y de la población joven.

La provisión de educación e información representa parte de los esfuerzos para la implementación de la CIPD. Los países están empleando la tecnología emergente de formas innovadoras y creativas para llegar a las poblaciones, y para complementar el uso de formas de comunicación tradicionales en la promoción de la información relacionada con la salud reproductiva.

La Internet se consideró como una de las tecnologías de información y comunicación que ha ampliado el acceso a información en 64 países. Muchos países han establecido proyectos basados en la Internet, con un diseño interactivo, que se enfocan fundamentalmente en la población joven. Se han establecido centros de computación en comunidades pequeñas en un buen número de países, entre ellos Benin, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Guinea-Bissau, Madagascar, Malasia, Malí y Senegal. Los centros han contribuido a proporcionar a sus clientes, entre ellos a la población joven, acceso a información sobre salud reproductiva en el ámbito

local. La Tabla 7.2 presenta ejemplos del empleo de TICs en diferentes países.

Casi todas las regiones dieron cuenta de programas y estrategias innovadores que utilizan nuevas tecnologías de información y comunicación. Entre el 33 y 74 por ciento de los países en el Pacífico señaló al uso de Internet, de sitios web y de líneas telefónicas de auxilio para promover la salud reproductiva. El uso de programas de radio y televisión resultó consistentemente popular en todas las regiones.

7.5 CONCLUSIÓN

Muchos países han iniciado acciones, adoptado estrategias y emprendido actividades para promover el PdA de la CIPD y para propiciar cambios en actitudes y conductas. Para lograr la plena implementación de dicho PdA se deben intensificar los esfuerzos.

Al igual que en los últimos diez años, la comunicación para el cambio de conductas y la educación deben seguirse utilizando para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas y fundamentadas sobre su salud sexual y reproductiva. Los proveedores de servicios y las partes interesadas de las comunidades, que desempeñan un papel importante en la toma de decisiones, también deben convertirse en un grupo meta. Los esfuerzos que se emprendan en el futuro en el área del cambio de conductas requerirán del apoyo de pares, familias, comunidades y de la sociedad en su conjunto.

La promoción y defensa se ha empleado para contribuir a la creación de un ambiente más favorable para el cambio de conductas entre individuos, parejas y comunidades, y ha demostrado ser una herramienta esencial. La promoción y defensa debe seguirse utilizando para enfrentar los obstáculos del medio que impiden la adopción de conductas saludables

en materia de salud reproductiva. Es fundamental que los esfuerzos de promoción y defensa respondan a estas barreras y obstáculos a través del trabajo con redes sociales para asegurar un apoyo pleno para mejorar el proceso de socialización para las y los jóvenes, y para enfrentar las disparidades de género en la salud y la educación. Además, se deberá prestar mayor atención al medio cultural prevalente. Un enfoque de salud reproductiva basado en derechos debe estar firmemente sustentado en el respeto a las diversidades, tradiciones y sensibilidades culturales y religiosas.

Deben diseñarse medidas específicas para que las políticas y programas propicien o fortalezcan conductas positivas. Tales medidas incluyen la construcción de infraestructuras de salud y educación; la aplicación de reglamentos y normas positivos para la calidad de la atención en los servicios de salud; asegurar un acceso adecuado a la salud reproductiva; y la validación de leyes y reglamentos de equidad de género. Por ejemplo, cuando una nueva política nacional promueve la impartición de educación en salud reproductiva en las escuelas, ésta misma puede empoderar a las y los adolescentes y darles habilidades para la negociación para demorar el inicio de su vida sexual. Si estas intervenciones se apoyan con políticas y legislaciones, su impacto puede ser mayor y más duradero. Otro asunto que requiere ser enfrentado es la carencia de sistemas efectivos de seguimiento y evaluación para medir el impacto de tales medidas combinadas. Un enfoque integral en el que se programen actividades de comunicación en áreas como la promoción y defensa, la educación y el cambio de conductas tendrá que contar con indicadores de resultados concretos y medibles. También será necesario cerciorarse de que las intervenciones sean replicables y sustentables.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149, párrafo 11.15 a-d.
- 2 Naciones Unidas, *op. cit.*, párrafo 7.5b.

8 Alianzas y recursos

8.1 INTRODUCCIÓN

Durante las últimas dos décadas, las contribuciones de las ONGs y del sector privado a los programas de población y salud reproductiva han cobrado mayor importancia en muchos países. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, y las *Acciones Clave*, resultado de la Sesión Especial de la CIPD+5, tuvieron un gran alcance en cuanto a sus recomendaciones en torno a la promoción de alianzas gubernamentales con estos sectores. Así mismo fueron identificados los recursos, tanto internos como de donantes, que serían requeridos para una implementación exitosa. Estas recomendaciones han dado por resultado varios retos y oportunidades en la medida en que los gobiernos, las ONGs y el sector privado comienzan a verse entre sí, más como colaboradores que como competidores. El inicio de la reforma del sector salud, los documentos técnicos sobre estrategias de reducción de la pobreza y los enfoques de sector integral (ESI) también han cambiado la dinámica de dichas alianzas.

Muchas organizaciones de la sociedad civil gozan de ventajas comparativas en relación al diseño e implementación de programas debido a que han podido establecer relaciones privilegiadas con la población con que trabajan. Gracias a estas relaciones han actuado como una importante representación de la sociedad. Sus asociaciones y redes pueden proporcionar a los gobiernos medios efectivos y eficientes para centrarse en iniciativas, tanto locales como nacionales, dirigidas a temas apremiantes sobre población. Ya que la construcción de alianzas entre el gobierno y la sociedad civil es también una estrategia clave y finalidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los esfuerzos para lograr las metas del Programa de Acción (PdA) de la CIPD contribuyen al logro de los ODM.

Las respuestas recibidas de los países a la Encuesta Global 2003 muestran que la mayoría ha establecido alianzas con una gran variedad de asociaciones de la sociedad civil y del sector privado en diversos aspectos relacionados con la implementación del PdA de la CIPD. Estos grupos incluyen a organizaciones nacionales e internacionales no gubernamentales, especialmente a asociaciones dedicadas a la planificación familiar, organizaciones de mujeres, grupos comunitarios, organizaciones de derechos humanos, sindicatos, universidades, empresas privadas y medios de

comunicación. También se han establecido alianzas con parlamentarios, agencias intergubernamentales y con diversas dependencias de gobierno. La colaboración tiende a darse en áreas en las que los gobiernos requieren de apoyo para llegar a grupos de difícil alcance, o en la provisión de servicios que, por razones financieras u otras, no les es posible, proporcionar ellos mismos.

Este capítulo resalta las iniciativas a nivel de país para involucrar a la sociedad civil y al sector privado en la consecución de objetivos y acciones plasmados en el PdA de la CIPD y en las *Acciones Clave*, y presenta, así mismo, tendencias en la movilización de recursos orientadas a alcanzar dichas metas.

8.2 ALIANZAS CON LA SOCIEDAD CIVIL

Panorama general

Las ONGs, especialmente las asociadas a la planificación familiar, tradicionalmente han establecido alianzas con gobiernos para promover actividades relacionadas a la planificación familiar. Desde la realización de la CIPD, esas alianzas se han mantenido para promover los derechos y la salud reproductiva. A lo largo de la última década, los gobiernos han establecido alianzas con un grupo mucho más extenso de ONGs, muchas de ellas al margen de las áreas tradicionales relacionadas a la población y planificación familiar. Esta colaboración se ha llevado a cabo en áreas en las cuáles las ONGs han sido efectivas en alcanzar a poblaciones no atendidas, donde han logrado resultados exitosos, incluyendo, por ejemplo: la promoción de la equidad de género, el combate a la violencia de género, promoción de la responsabilidad masculina, trabajo con adolescentes y trabajo con grupos en mayor riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA. Algunos gobiernos también han comenzado a establecer alianzas innovadoras sur-sur en un esfuerzo para compartir conocimientos y construir capacidades en las áreas de población y salud reproductiva. El recuadro 8.1 da algunos ejemplos de las actividades de cooperación sur-sur.

Cuando la CIPD se refiere a la sociedad civil, habla de instituciones no pertenecientes al Estado incluyendo, entre otras, a ONGs, grupos comunitarios, asociaciones profesionales, comunidades religiosas, sindicatos, partidos políticos, fundaciones, instituciones académicas y de investigación,

RECUADRO 8.1 EJEMPLOS DE ALIANZAS SUR-SUR

Tal y como lo promueve el PdA de la CIPD, un número cada vez mayor de alianzas sur-sur se están estableciendo entre países. Este tipo de acuerdos permiten a las naciones compartir conocimientos y experiencias en el desarrollo e implementación de políticas, programas y servicios efectivos en población y salud reproductiva. Compartir buenas prácticas ayuda a los países a idear soluciones y estrategias que los ayudarán a enfrentar sus propias necesidades específicas.

Estas iniciativas sur-sur se vuelven más institucionalizadas a través del desarrollo de programas tales como Socios en Población y Desarrollo, establecida con un financiamiento de la Fundación Rockefeller, el UNFPA y el Banco Mundial. El programa incluye a diez países reconocidos internacionalmente por haber desarrollado programas y servicios exitosos en temas de población: **Bangladesh, Colombia, Egipto, Indonesia, Kenya, México, Marruecos, Tailandia, Túnez y Zimbabwe.**

Se reportaron en la Encuesta Global algunas iniciativas sur-sur similares. Por ejemplo, **Jamaica** y otros países del Caribe están compartiendo experiencias y construyendo capacidades en el campo del empoderamiento de las mujeres mediante el desarrollo del Programa Caribeño de Igualdad de Género. Del mismo modo, **Kenya** colabora con otros países como parte de la Red de Salud Reproductiva de África del Este (EARHN por sus siglas en inglés).

medios de comunicación, grupos de mujeres, hombres y jóvenes, así como miembros individuales de la sociedad. Es evidente la gran gama de organizaciones incluidas en este sector debido al rango de instituciones aliadas que aparecen en las respuestas de la Encuesta.

El PdA de la CIPD promueve alianzas efectivas entre todos los niveles de gobierno y el rango entero de organizaciones no gubernamentales y grupos de las comunidades locales para la discusión y toma de decisiones relativas al diseño, implementación, coordinación, seguimiento y evaluación de actividades relacionadas con población y salud reproductiva'. En sus respuestas a la Encuesta Global 2003, se solicitó a los países que describieran por lo menos un esfuerzo exitoso llevado a cabo con el fin de involucrar a la sociedad civil en programas relacionados con población y salud reproductiva. También se les pidió reportar cuáles mecanismos fueron establecidos con el fin de coordinar sus propios esfuerzos en temas de población y programas de salud reproductiva, con aquellos de ONGs y otros miembros de la sociedad civil.

Noventa y cinco por ciento de los países (143 de 151 países) reportó por lo menos un esfuerzo exitoso para fortalecer las alianzas con las organizaciones de la sociedad civil en la implementación del PdA de la CIPD (Recuadro 8.1). Los esfuerzos de alianzas que involucraron medidas programáticas y de política incluyeron: el desarrollo de planes y programas sobre población y salud reproductiva (38 por ciento); desarrollo de capacidades y capacitación en temas relacionados con población y salud reproductiva (22 por ciento); establecimiento de comités políticos de parlamentarios (21 por ciento); establecimiento de leyes y reglamentos relativos a derechos reproductivos y salud reproductiva (13 por ciento) y establecimiento de políticas de población (11 por ciento). También se mencionó la colaboración en relación con la producción de investigación sobre

población y datos censales (3 por ciento). Los mecanismos de coordinación más comunes en relación a esfuerzos compartidos fueron: alianzas entre las comisiones nacionales de población y ONGs (39 por ciento); foros nacionales para

Tabla 8.1 Medidas tomadas por los países para involucrar a la sociedad civil en actividades de población y de salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
A. Medidas programáticas o de políticas		
Desarrollo de planes y programas de población y salud reproductiva	54	38
Esfuerzos en capacitación y en construcción de habilidades en temas de población y salud reproductiva	31	22
Establecimiento de grupos de parlamentarios en temas de población y salud reproductiva	30	21
Desarrollo de leyes y reglamentos en temas de población y salud reproductiva	19	13
Desarrollo de políticas de población y de salud reproductiva	16	11
B. Mecanismos de coordinación		
Alianza entre comisiones nacionales de población y ONGs	56	39
Foros nacionales para ONGs	25	17
Alianzas entre gobiernos locales y ONGs comunitarias	21	15
Total	143	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

ONGs (17 por ciento); y alianzas entre gobiernos locales y ONGs de las comunidades (15 por ciento).

Un análisis regional de los resultados demuestra una incidencia generalizada, así como la riqueza obtenida de la alianza entre gobiernos y ONGs en relación a los esfuerzos conjuntos en temas de salud reproductiva y población. En todas las regiones, los esfuerzos conjuntos fueron citados por más del 90 por ciento de los países que dieron respuesta. Esto señala un incremento considerable en comparación con la Encuesta de 1998, en la cual 49 de 114 países (43 por ciento) emprendieron acciones con el fin de involucrar a la sociedad civil. Esta mejora demuestra cómo los gobiernos progresivamente consideran a las ONGs y a otras organizaciones de la sociedad civil como aliados importantes en los esfuerzos para lograr metas relacionadas a aspectos de población y salud reproductiva. El grado de participación de organizaciones de la sociedad civil también fue evidente por el número de países que incluyeron insumos de ONGs en sus encuestas.

Alianzas por áreas funcionales

Alianzas en el diseño e implementación de planes y programas.

Una de las áreas más comunes en las que se evidencian alianzas entre el gobierno y la sociedad civil es en la participación de ONGs en el diseño e implementación de planes y programas de población y salud reproductiva. Treinta y ocho por ciento de los países que respondieron a la Encuesta, indicó que había adoptado medidas en ésta área.

Las alianzas que involucran a ONGs en la formulación e implementación de planes y programas o estrategias prevalecieron en Asia y el Pacífico, en donde más de 60 por ciento de los países indicó que había adoptado esta medida.

Bangladesh, China, India, Indonesia, Mongolia, Nepal y Filipinas reportaron el establecimiento de alianzas con ONGs en la elaboración de sus planes y programas nacionales de población. Las otras regiones también informaron un alto nivel de participación por parte de ONGs.

Uno de los mecanismos de coordinación frecuentemente mencionado en relación con alianzas en el diseño de planes y programas, fue la representación de ONGs en comisiones nacionales de población, en oficinas o ministerios (39 por ciento). Por ejemplo, la Junta Directiva de la Comisión de Población de Filipinas incluye a representantes de ONGs. Entre otras contribuciones, las ONGs proporcionan insumos para la Gestión del Programa de Población. En Malasia, se incluyen en el Comité Coordinador Central sobre Salud Reproductiva a miembros de los ministerios y agencias gubernamentales, de ONGs y del sector privado

Algunos países de otras regiones también se han esforzado por establecer alianzas con ONGs en la elaboración de planes y programas por medio de la representación de ONGs en consejos consultivos nacionales. En Ghana, la Comisión Nacional de Población, la entidad de mayor importancia en orientaciones para el gobierno sobre aspectos de población, incluye tanto a representantes de ONGs como de organizaciones religiosas. En Etiopía, el gobierno, la Asociación para la Orientación Familiar y el Consorcio de Salud Reproductiva han colaborado en el desarrollo e implementación de actividades de población. El gobierno ha formado un comité coordinador conformado por las contrapartes relevantes, representantes de país del UNFPA, y otros aliados para la implementación.

Aparte de la representación directa de ONGs en los entes asesores de gobierno, el 17 por ciento de los países indicó que incluyen a la sociedad civil en la formulación de planes y programas de población por medio de foros nacionales y asociaciones de ONGs. Este mecanismo de coordinación prevaleció en los países de Asia Central al igual que en Europa Central y Oriental y en el África Sub-Sahariana. En Benin, por ejemplo, el Centro de la promoción de Asociaciones y ONGs estableció una alianza con el Ministerio de Salud para la prevención del VIH/SIDA. En Albania, se estableció una Dirección de ONGs bajo el Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, para coordinar la participación de las ONGs en aspectos relevantes relacionados con diversos aspectos de población.

En Ghana se estableció una coalición nacional de ONGs para promover la colaboración en el área de población y salud reproductiva. Las ONGs que trabajan en el país se han visto involucradas en la planificación e implementación de programas, y se han llevado a cabo juntas trimestrales del equipo de gestión de programas con el fin de compartir e intercambiar experiencias sobre el manejo de actividades relacionadas con población y salud reproductiva. En Mongolia, la Red de ONGs para el Desarrollo Humano, Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos se ha aliado con el gobierno para promover y fortalecer la participación de ONGs en programas de población y desarrollo.

Los gobiernos también informaron que a nivel comunitario se han incluido ONGs en entidades de toma de decisiones (15 por ciento). Por ejemplo, en Angola, los comités a nivel provincial involucrados en población y desarrollo ayudan en la coordinación del desarrollo del programa de población, junto con los consejos de provincia sobre jóvenes y familia. En Etiopía se han creado oficinas regionales de población que tienen contacto directo con las oficinas regionales de salud. En Filipinas, las ONGs a nivel comunitario y los funcionarios de gobierno locales fungen como representantes

RECUADRO 8.2 ALIANZAS CON PARLAMENTARIOS

Los parlamentarios han sido aliados clave en los esfuerzos de implementación de la CIPD. Dentro de los gobiernos nacionales han abogado de manera efectiva por la promoción de los programas, políticas y leyes nacionales en torno a diversos temas de población y de salud reproductiva. Las ONGs y otras organizaciones de la sociedad civil han trabajado con éstos líderes nacionales, a través de la conformación de grupos y comités de parlamentarios.

Por ejemplo en **Botswana**, las ONGs ayudaron a establecer comités parlamentarios sobre población y desarrollo y sobre VIH/SIDA,

que abogaron por la creación de nuevas políticas en estas problemáticas.

Muchos países, incluyendo a **Argelia** y **Chad**, informaron sobre la creación de grupos de mujeres parlamentarias, quienes ayudaron a promover programas y políticas sobre cuestiones como la violencia con base en el género y la educación de las niñas.

Turquía reportó que la Asociación de Planificación Familiar implementó estrategias de promoción y defensa para parlamentarios, en cooperación con el programa de país ayudado por UNFPA. Otra ONG turca trabaja en temas de género y de salud reproductiva, y

funge como el secretariado de un grupo parlamentario sobre población y desarrollo.

El gobierno de **Sierra Leone** ha establecido una organización llamada Red para Mujeres Ministras y Parlamentarias (NEWMAP por sus siglas en inglés), que aboga por la salud reproductiva y los derechos de las mujeres.

En **Lituania**, el gobierno ha establecido el Grupo Parlamentario sobre Población y Desarrollo, que involucra a diversos funcionarios gubernamentales, a instituciones y a organizaciones de la sociedad civil, en discusiones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

de la Junta Ejecutiva Regional de Población y como representantes del Comité Coordinador Regional sobre Población y Desarrollo.

Alianzas en la formulación y adopción de leyes y políticas de población

Los países que completaron la Encuesta también informaron sobre varios esfuerzos exitosos con ONGs en el establecimiento de políticas, leyes y reglamentos en aspectos de población y salud reproductiva. Mundialmente, casi la cuarta parte (24 por ciento) de los países que respondieron, indicó alianzas exitosas con la sociedad civil en la formulación y adopción de leyes o políticas nacionales de población. Esta acción fue más sostenida en América Latina, donde más del 50 por ciento de los países informó sobre alianzas en este rubro.

Chile, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Uruguay y Venezuela informaron sobre sus alianzas exitosas con ONGs en relación a la aprobación de leyes y reglamentos sobre aspectos de población y salud reproductiva. Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bulgaria y Georgia también informaron sobre alianzas con ONGs y otras organizaciones de la sociedad civil en la formulación y adopción de nuevas leyes sobre población y salud reproductiva. Por ejemplo, la formulación y adopción de la Ley sobre Salud Reproductiva y Derechos en Salud Reproductiva en Armenia es un muy buen ejemplo de colaboración entre el gobierno, los parlamentarios, las ONGs locales, el UNFPA y demás donantes. Antes de la adopción, las contrapartes tuvieron la oportunidad de revisar y discutir la ley durante un foro nacional organizado por el Ministerio de Salud de Armenia.

Los gobiernos de Camerún, Guinea, Kenya, Liberia,

Rwanda, Swazilandia y Zimbabwe han colaborado con ONGs en el área de elaboración de políticas de población. En Swazilandia, por ejemplo, el gobierno participó con varias partes interesadas, incluyendo a ONGs, en la formulación de políticas nacionales de desarrollo, población, género y salud reproductiva.

Alianzas con parlamentarios

Desde la CIPD, un mayor número de países ha reconocido la importancia de sensibilizar a los grupos de parlamentarios en los temas de salud reproductiva. El PdA de la CIPD cita que miembros de legislaturas nacionales juegan un papel particularmente importante sobre todo en la aplicación apropiada de la legislación interna sobre la implementación del PdA, asignando los recursos financieros adecuados, asegurando la responsabilidad en el ejercicio de los gastos e incrementando la toma de conciencia pública sobre aspectos de población².

Una de las herramientas más utilizadas en la formulación y adopción de leyes y políticas de población fue el establecimiento de comités políticos parlamentarios para los esfuerzos de cabildeo y promoción y defensa. Mundialmente, más del 20 por ciento de los países que respondieron a la Encuesta, indicó que ONGs, parlamentarios y otros funcionarios de gobierno habían establecido alianzas con el fin de trabajar sobre aspectos de población y salud reproductiva. A nivel regional, más del 35 por ciento de los países del África Sub-Sahariana informó sobre la formación de alianzas con ONGs en el establecimiento de comités políticos parlamentarios, para abogar sobre aspectos de población y desarrollo. Varios países de Asia, Asia Central, Europa Central y Oriental también reportaron acciones similares.

En Etiopía, por ejemplo, se organizó una conferencia de dos días de duración para parlamentarios sobre aspectos de población. Igualmente, el Departamento para el Bienestar Familiar de la India, organizó seminarios para la Asociación India de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo y el Instituto Indio de Prensa con el fin de sensibilizar a los miembros de dichos grupos para la promoción de los temas de población. En Indonesia se organizó un foro para parlamentarios y en Nigeria se estableció un comité sobre población y desarrollo tanto en la cámara alta como en la cámara baja del congreso.

El fortalecimiento y expansión de dichos esfuerzos durante las siguientes décadas sería de gran beneficio, ya que los políticos informados tienen una mayor probabilidad de apoyar la provisión de salud reproductiva y el respeto de los derechos reproductivos. El Recuadro 8.2 muestra más ejemplos de esfuerzos con participación de parlamentarios.

Alianzas con socios d el sistema de Naciones Unidas

El PdA de la CIPD indica que las alianzas con donantes se han hecho más comunes en una variedad de configuraciones, de manera que ya no resulta inusual encontrar gobiernos y organizaciones multilaterales trabajando estrechamente con organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y con entidades del sector privado³. Los resultados arrojados por la Encuesta muestran que los aliados del sistema de Naciones Unidas se encuentran participando activamente en alianza con gobiernos, ONGs y el sector privado en la implementación del PdA de la CIPD y en apoyo al logro de los países de los ODM. El UNFPA es la agencia líder de Naciones Unidas para las actividades relacionadas con la CIPD, pero muchas otras agencias contribuyen directamente o en apoyo a la implementación del PdA de la CIPD.

Las agencias de las Naciones Unidas, incluyendo al PNUD, UNFPA y UNICEF, por ejemplo, están desarrollando un trabajo conjunto en Camerún para la provisión de servicios e insumos en salud reproductiva. En Jamaica, los representantes del UNFPA y UNICEF participaron en el Grupo de Trabajo sobre Políticas para Adolescentes del Ministerio de Salud. En Burundi, el Banco Mundial ha apoyado al país en la renovación de equipos y en la capacitación en servicios de salud reproductiva en hospitales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) trabaja con el Ministerio de Salud y del Trabajo en Guyana para desarrollar una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo, para el país en general. Las agencias del sistema de las Naciones Unidas también colaboran a nivel de los países en varias áreas temáticas incluyendo género, salud reproductiva y VIH/SIDA, entre otras, así como en el diseño e implementación de varios

marcos de programación y planificación incluyendo ESIs, el Marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDAF) y DERPs.

Alianzas por áreas sustantivas

Las alianzas entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil cubren una gran variedad de aspectos sustantivos. Estas incluyen, pero no están limitadas a: la atención de las necesidades especiales de las personas mayores y de los migrantes internos e internacionales; la protección de los derechos de las niñas y las mujeres; el seguimiento de los derechos humanos; la ampliación del acceso a servicios de calidad en información, servicios e insumos relacionados a la salud reproductiva; reducción de la mortalidad y morbilidad maternas; prevención del VIH/SIDA; y seguimiento de los avances de la CIPD y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel de los países. Además de las alianzas por áreas sustantivas descritas aquí, el informe contiene más ejemplos de múltiples formas en que la sociedad civil participa con los gobiernos en la implementación de las metas del PdA de la CIPD.

Alianzas en torno a la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres

Aunque los países reconocen la importancia de promover la igualdad y la equidad de género así como el empoderamiento de las mujeres, también están concientes de que a veces es difícil trabajar directamente con las mujeres en las comunidades. Tomando esto en cuenta, las ONGs en países como Jamaica, Malasia y Mozambique han estado trabajando para apoyar a los gobiernos en esta área. La violencia basada en el género en particular, es un área en la cual las ONGs han sido aliadas muy efectivas para los gobiernos, ya que las víctimas de la violencia de género las consideran más comprensivas y confiables. Muchas ONGs han estado dedicadas a la capacitación de oficiales de la policía, jueces y otros individuos involucrados en el tema de la violencia basada en el género en varios países.

En Etiopía, por ejemplo, la Asociación de Mujeres Abogadas se enfoca en la violencia de género incluyendo la violencia domestica y el abuso sexual, mientras que el Comité Nacional de Practicas Tradicionales de Etiopía y sus ONGs aliadas en el país, trabajan para erradicar las practicas dañinas contra las mujeres. En Filipinas se han establecido Centros de Crisis para Mujeres y Niños víctimas de la violencia intrafamiliar. En Jamaica, un grupo de ONGs incluyendo la Asociación de Organizaciones de Mujeres, Padres Incorporados y la Oficina de la Mujer, desarrollaron un proyecto sobre la violencia basada en el género de 1999 a 2002. El objetivo del proyecto fue aumentar la cobertura en medios de la violen-

cia basada en el género, sensibilizando a la policía, fuerzas judiciales, profesionales de salud y legislación en relación con la violencia contra la mujer, y promoviendo el establecimiento de sistemas de apoyo para víctimas de violencia.

En Angola, se desarrolló una red de Mujeres “Red Mulher Angola”, que incluye al consorcio de ONGs que promueve la igualdad de género. En Tanzania, las ONGs apoyan los esfuerzos del gobierno en asuntos relacionados con la mujer. Las ONGs participantes incluyen al Programa de Redes sobre Género de Tanzania, al Centro de Asistencia Legal para la Mujer, la Asociación de Mujeres Abogadas de Tanzania, entre otras. Estas ONGs han colaborado en campañas con los medios y en esfuerzos educativos con el fin de asegurar la igualdad de hombres y mujeres en los ámbitos económico, político, social y civil.

Las ONGs son, con frecuencia, muy efectivas en la tarea de alentar a los hombres a hacerse responsable de su salud reproductiva, y en su papel social y familiar. En Filipinas, un número considerable de ONGs trabaja para aumentar el apoyo masculino al empoderamiento de las mujeres y al logro de sus derechos en relación con la salud reproductiva. En el Caribe, el Centro de Mujeres de la Fundación Jamaicana está orientado a los padres jóvenes y capacita a educadores jóvenes por medio del programa “Hombres Jóvenes en Riesgo”.

Alianzas en torno a derechos y salud reproductiva de los y las adolescentes

El hecho de proporcionar información y servicios en salud reproductiva para adolescentes es altamente controversial en muchos países, a pesar que éstos los necesitan para protegerse de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Países tales como Indonesia reconocen que las ONGs son a menudo más efectivas al proporcionar información y servicios a adolescentes. Algunos centros de jóvenes desarrollados por la Asociación de Planificación Familiar de Indonesia son en parte manejados por los propios adolescentes. En Etiopía, las ONGs colaboran con instituciones del gobierno en áreas tales como la capacitación para jóvenes; prestación de servicios de salud reproductiva para adolescentes a través de centros para jóvenes y programas basados en la comunidad; actividades para alentar a los jóvenes de ambos sexos a asumir actividades generadoras de ingresos con la ayuda de préstamos de pequeña escala.

En Jamaica, una ONG internacional ha trabajado con el Ministerio de Salud para llevar a cabo una campaña en medios masivos sobre comportamientos responsables en salud reproductiva, orientado a adolescentes. En Nigeria, el Grupo Nacional de Trabajo para la Salud Reproductiva de

Adolescentes coordina los esfuerzos del gobierno y de otros actores en programas de salud reproductiva para jóvenes. En Filipinas, la Fundación para los Adolescentes ha establecido centros para adolescentes, llegando a los jóvenes a través de enfoques innovadores tales como el programa Llama-a-un-amigo y consejería entre pares.

Alianzas en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA

Durante la década pasada el VIH/SIDA se propagó rápidamente, teniendo un gran impacto en la forma en que trabajan los gobiernos. Muchos responden ahora a la pandemia desde un enfoque multi-sectorial, y han colocado sus programas de VIH/SIDA bajo el liderazgo directo de los Jefes de Gobierno. Adicionalmente, los gobiernos han hecho esfuerzos por encontrar aliados en apoyo al combate de la enfermedad.

Las ONGs son particularmente efectivas para trabajar con grupos de alto riesgo tales como trabajadoras del sexo, conductores de transportes a largas distancias y usuarios de drogas inyectables (UDIs). En Bangladesh, las ONGs han establecido 15 sitios para contactar a los usuarios de drogas inyectables y 29 sitios para trabajadoras y trabajadores del sexo. En Camboya, una ONG ha montado un centro de salud para varones que proporciona un espacio para compartir información y acceso a servicios. En Nigeria, el gobierno colabora con ONGs en proporcionar materiales de IEC, condones, consejería voluntaria y toma de pruebas para grupos de alto riesgo.

En muchos países, los niños y niñas de la calle también están en riesgo de infectarse con el VIH/SIDA. En la India, una ONG ha iniciado intervenciones orientadas a niños y niñas de la calle y niños y niñas trabajadores con la ayuda de agencias para el VIH/SIDA del gobierno local. En Kenya, una ONG internacional tiene como población meta a los niños y niñas que viven en la calle y en centros de rehabilitación. Sus actividades incluyen formar conciencia sobre el VIH/SIDA y las ITSs; educación entre pares que involucra la promoción y distribución de condones; servicios para el cuidado de la salud, para el tratamiento de las ITSs, y el manejo de infecciones oportunistas. El programa también ofrece educación en habilidades para la vida, servicios básicos para el cuidado de la salud, y referencias a instituciones de salud⁴.

Las alianzas entre gobiernos y ONGs en el área de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA prevalecen también en otros países del Africa Sub-Sahariana. En Botswana, un Comité Parlamentario para el VIH/SIDA incluye la representación de una ONG. En Burundi, las ONGs fueron activas en el cabildeo con empresas del sector-privado para abordar los asuntos de la prevención del VIH/SIDA entre sus empleados; lograron que muchas empresas tomaran en cuenta las nece-

sidades de salud de sus empleados. En Zimbabwe, el gobierno desarrolló sus políticas de VIH/SIDA a través de un proceso consultivo que involucra a parlamentarios, ONGs, y otros miembros de la comunidad.

Alianzas para el desarrollo de capacidades en información, educación y comunicación

La contribución de las ONGs a la formulación y el desarrollo de programas, políticas y leyes de población y salud reproductiva es solamente una faceta de su alianza con los gobiernos. Son también activas en el desarrollo de capacidades, particularmente en el área de los esfuerzos en información, educación y comunicación. En respuesta a la pregunta sobre los esfuerzos de alianzas exitosas entre los gobiernos y ONGs, 22 por ciento de los países reportó que la cooperación estaba orientada a proporcionar oportunidades de desarrollo de capacidades en población y salud reproductiva. Estas oportunidades incluyen capacitación; sistemas de información gerenciales y para la investigación (incluyendo los censos); conferencias y simposios.

Los esfuerzos en desarrollo de capacidades han juntado a funcionarios del gobierno, personal de las ONGs, miembros del sector académico e instituciones de investigación y representantes de grupos cívicos, incluyendo organizaciones de base religiosa. Los esfuerzos de capacitación han involucrado a personal de agencias del gobierno y de ONGs por igual. A nivel regional, muchos países en los Estados Árabes, América Latina y el Pacífico, reportaron haber tomado medidas importantes para el fortalecimiento de las iniciativas en desarrollo de capacidades en población y salud reproductiva, incluyendo la capacitación.

Por ejemplo, el gobierno de Yemen ha llevado a cabo una serie de conferencias, seminarios y reuniones nacionales en asuntos relacionados con la población, atrayendo a un amplio número de líderes políticos, sociales y religiosos. El gobierno también ha organizado talleres de capacitación para los planificadores y ejecutivos en varias instituciones civiles y del estado. En Papua Nueva Guinea, el Departamento de Planificación Nacional y Desarrollo Rural, coordinó un proyecto para educar y entrenar a representantes del gobierno y organizaciones de la sociedad civil en temas de población, género y planificación para el desarrollo. En Kenya, se estableció un comité coordinador a nivel nacional con el fin de coordinar esfuerzos para el censo del país. El comité estuvo compuesto por funcionarios del gobierno, así como por representantes de ONGs, organizaciones religiosas y el sector privado.

Alianzas para asegurar el abastecimiento de insumos

Se ha dado una importancia creciente al papel de las organizaciones de la sociedad civil en asegurar el abastecimiento y

la existencia de insumos de salud reproductiva. Las ONGs pueden ayudar a los gobiernos a asegurar que los individuos y parejas tengan la oportunidad de acceder a los insumos que necesiten para elegir el número de hijos y el espacio entre los mismos, y para protegerse del VIH/SIDA y otras ITSs. Por ejemplo, el gobierno de Camboya ha incluido a las ONGs en su Grupo de Trabajo sobre Anticonceptivos. Otros gobiernos en todas las regiones han reportado medidas similares para incluir a los grupos de la sociedad civil en sus organismos de planificación de insumos anticonceptivos.

En Camboya, una organización no gubernamental proporciona anticoncepción de emergencia en tres provincias, bajo la supervisión del Ministerio de Salud, y ha estado apoyando la capacitación en el uso de DIUs. En Filipinas, las ONGs trabajan con el gobierno, el sector privado y grupos religiosos para llegar a segmentos mal atendidos de la población. En Guyana y Botswana, Population Services International ha trabajado con los gobiernos para armar campañas de mercadeo social de condones.

En Mongolia fue lanzada una campaña de mercadeo social de condones masculinos en mayo del año 2000, y más de 2 millones de condones han sido distribuidos a farmacias, puestos, bares y hoteles a lo largo del país. Desde octubre del 2002 también se han abastecido condones femeninos. Se han establecido proyectos de fondos de medicamentos en la mayoría de las provincias rurales del país, a través del apoyo de organizaciones de ayuda internacional.

8.3 ALIANZAS CON EL SECTOR PRIVADO

Panorama General

Además del establecimiento de asociaciones con la sociedad civil, los gobiernos han venido incrementando activamente su colaboración con el sector privado. El sector privado puede jugar un papel importante en áreas como la seguridad en el abastecimiento de insumos para la salud reproductiva, la prestación de servicios, el mercadeo social de anticonceptivos, y la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las y los jóvenes, mujeres y otros grupos. El PdA de la CIPD cita que los gobiernos y organizaciones no gubernamentales e internacionales deberían intensificar su cooperación con el sector privado, con fines lucrativos, en asuntos de población y desarrollo sustentable, a fin de fortalecer la contribución del sector en la implementación de programas de población y desarrollo, incluyendo la producción y entrega de insumos anticonceptivos y servicios de alta calidad⁵.

La Encuesta solicitó a los gobiernos encuestados reportar qué medidas se habían tomado para incluir al sector privado en actividades de población y salud reproductiva. De 151 paí-

ses, 113 (75 por ciento) respondieron haber tomado acciones para involucrar al sector privado (Tabla 8.2). Esta cifra subraya el rápido desarrollo de asociaciones de gobiernos con este sector, especialmente si se compara con los resultados del estudio de 1998, que indica que sólo el 8 por ciento de los países encuestados había tomado medidas importantes para comprometer al sector privado en actividades de población y salud reproductiva.

La Tabla muestra que, a nivel mundial, los esfuerzos de alianzas con el sector privado más comunes fueron: suministro de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva (49 por ciento); patrocinio del sector privado en campañas de mercadeo social y programas de servicio de asistencia pública (47 por ciento); patrocinio del sector privado en IEC y promoción y defensa en temas de salud reproductiva (42 por ciento), y representación del sector privado en organizaciones de coordinación gubernamental para asuntos de población y salud reproductiva (30 por ciento). Algunos países reportaron también apoyo financiero por parte del sector privado para actividades de salud reproductiva (12 por ciento).

A nivel regional, América Latina, el Caribe y las Repúblicas de Asia Central reportaron los más altos niveles de esfuerzos de asociación con el sector privado. Sin embargo, en casi todas las regiones, más de las tres cuartas partes de los países encuestados indicó haber tomado al menos una medida para comprometer al sector privado, enfatizando el consenso acerca de la importancia creciente del sector privado como aliado en actividades de población y salud reproductiva.

Alianzas para la provisión de servicios e insumos para la salud reproductiva

Las alianzas entre el gobierno y el sector privado para la provisión de servicios e insumos de salud reproductiva, incluyendo condones, fue reportada con mayor frecuencia en la región de Asia, en donde el 75 por ciento de los países encuestados señaló las medidas tomadas. Otras regiones también tomaron un buen número de acciones para comprometer al sector privado en la provisión de suministros para la salud reproductiva.

En muchos países, la prestación de servicios para la salud sexual y reproductiva va más allá de la capacidad de los servicios de salud pública y, a veces, existe gran confianza en los servicios privados de salud. En Indonesia, por ejemplo, el gobierno está interesado en asegurar que el sector privado proporcione servicios de salud reproductiva a los pobres y a aquellos que viven en áreas rurales y remotas. Jamaica capacita a proveedores médicos privados, médicos, enfermeras y farmacéuticos en servicios de salud repro-

ductiva, y colabora con empresas farmacéuticas privadas y farmacias a fin de aumentar el acceso a los anticonceptivos. El gobierno de Jamaica también trabaja con el sector privado para disminuir costos y aumentar la disponibilidad de medicamentos anti-retrovirales para las personas que viven con el VIH/SIDA.

Los esfuerzos gubernamentales por asegurar el acceso a los servicios e insumos para la salud reproductiva también se han orientado a sitios de trabajo. Por ejemplo, los gobiernos de Botswana y Costa de Marfil se han asociado con empresas privadas para desarrollar iniciativas sobre salud reproductiva en el trabajo. En Indonesia, gobierno y empresas del sector privado se han asociado para expandir la cobertura de servicios en salud reproductiva para los empleados. El gobierno proporciona los métodos anticonceptivos así como los costos del proveedor, mientras que las empresas del sector privado son responsables de los costos operacionales y de la infraestructura. En Pakistán, dos compañías privadas proporcionan información sobre planificación familiar y anticonceptivos a través de sus redes.

India, la República Democrática Popular de Lao, Malasia, Filipinas, Sri Lanka, Vietnam y Zimbabwe han establecido también alianzas con organizaciones del sector privado para el suministro de anticonceptivos. Por ejemplo, empresas del sector privado de Filipinas proporcionan anticonceptivos gratuitos o subsidiados y otros servicios de planificación familiar, especialmente en áreas remotas. En Zimbabwe, el gobierno ha revisado la legislación a fin de permitir la parti-

Tabla 8.2 Medidas tomadas por los países para involucrar al sector privado en actividades de población y salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
El sector privado provee anticonceptivos y/o servicios en salud reproductiva	55	49
El sector privado patrocina actividades de mercadeo social y de extensión a las comunidades	53	47
El sector privado patrocina actividades de IEC/promoción y defensa	47	42
Hay representación del sector privado en organismos de salud reproductiva	34	30
El sector privado provee de asistencia financiera para actividades de salud reproductiva	14	12
Total	113	100

*Basados en respuestas múltiples; por tanto, la suma de los porcentajes puede ser mayor que 100.

cipación del sector privado en la importación y distribución de suministros para la salud reproductiva.

Alianzas en campañas de mercadeo social y esfuerzos en IEC/promoción y defensa

Otra actividad señalada a menudo en el área de alianzas que involucran al sector privado, es el patrocinio y promoción de campañas de IEC en salud reproductiva, así como mercadeo social y actividades de mayor alcance. Los países de Asia Central, Europa del Este y Central, el Caribe y el África Sub-Sahariana reportaron haber tomado medidas significativas para involucrar al sector privado en iniciativas de información y educación sobre comportamientos y temas de salud reproductiva. En cuanto al mercadeo social e iniciativas de contacto con las comunidades, los países de Asia y América Latina han reportado las acciones más significativas.

En Kenya, por ejemplo, el sector privado es un aliado en programas de salud reproductiva para el mercadeo de condones y otros anticonceptivos. La Asociación de Empleadores de Ghana está involucrada en la promoción y defensa de la salud reproductiva, en IEC y actividades de cambio de comportamiento en los lugares de trabajo del país. Los sindicatos comerciales pueden jugar también un papel importante. Por ejemplo, la campaña de “Salud reproductiva en el lugar de trabajo” del Sindicato Asociado y del Congreso de Sindicatos de Filipinas, estimula a los trabajadores hombres a responsabilizarse de sus necesidades de salud reproductiva y las de sus compañeras.

Alianzas que incluyen la representación del sector privado en organismos gubernamentales

Un número limitado de países también ha reportado la incorporación de organizaciones del sector privado como representantes en organismos de coordinación gubernamentales sobre población y salud reproductiva. Las regiones donde este tipo de asociación fue más generalizada fueron el Caribe, el África Sub-Sahariana y el Pacífico.

Por ejemplo, en Camerún, el Tercer Programa de País sobre Población y Salud Reproductiva es presidido por un comité directivo, conformado por funcionarios de gobierno, personal de ONGs y miembros de empresas del sector privado.

La inclusión de empresas del sector privado en cuerpos de planeación gubernamentales demuestra como este sector está jugando un papel cada vez más importante en población y salud reproductiva. En muchos países, las empresas privadas han estado desarrollando métodos efectivos de costo-eficiencia para lograr las capacidades financieras, administrativas y tecnológicas necesarias para el desarrollo e implementación de programas. Estas capacidades son igualmente útiles para gobiernos y ONGs. Estas capacidades

compartidas ayudan a los gobiernos a proveer de información y servicios sobre salud reproductiva segura, asequible y accesible para toda su gente.

8.4 MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

Panorama

La movilización de recursos es una parte importante de la agenda del Cairo. Sin los recursos financieros adecuados, las metas de población, salud reproductiva, género y otros objetivos del PdA de la CIPD no serán alcanzados. Las consecuencias de los déficits de recursos incluyen aumentos significativos en los embarazos no deseados, morbilidad y mortalidad maternas, mortalidad infantil, así como el aumento en la morbilidad y mortalidad relativas al SIDA y el impacto social y económico resultante en familias individuales, comunidades y países. El déficit de recursos en el área de población y salud reproductiva también impiden progresar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La CIPD especificó los recursos financieros, tanto nacionales como provenientes de donantes, necesarios para implementar su Programa de Acción a 20 años. Se estima que en países en desarrollo y países con economías en transición, la implementación de programas en el área de salud reproductiva, incluyendo aquellos relacionados con la planificación familiar, la salud materna y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como programas dirigidos a la recolección y el análisis de información de población, costará 17,000 millones de dólares (calculado al valor del dólar americano para el año 1993) para el año 2000, 18,000 millones para el 2005, 20,500 millones para 2010 y 21,700 millones para el 2015. Se esperaba que aproximadamente dos tercios de los costos proyectados vinieran de fuentes nacionales, y un tercio de la comunidad donante internacional. Para el año 2005, esto significaría 6,100 millones de dólares por parte de los donantes.

Los niveles actuales de movilización de recursos son inadecuados para implementar totalmente la agenda del Cairo. El objetivo de la CIPD de movilizar 17,000 millones de dólares estadounidenses para el año 2000 no fue logrado, y la brecha entre la meta del nivel de recursos requeridos y aquel del que realmente se dispone, se está haciendo mayor. Durante el periodo 1994-2003, los recursos dirigidos hacia la implementación del PdA de la CIPD aumentaron en los primeros años, pero ha habido sólo un modesto progreso en la movilización de recursos desde 1999. La falta de fondos adecuados continúa siendo la principal limitación para la implementación total del PdA de la CIPD y el logro de los objetivos de la agenda del Cairo.

La Encuesta Global 2003 solicitó información a los gobiernos sobre su disponibilidad de recursos internos e internacionales para programas de población y salud reproductiva, y les solicitó evaluar si los recursos fueron suficientes para cubrir sus necesidades de salud reproductiva a nivel nacional. Se les pidió también informar sobre sus abordajes de costo-recuperación, maximización de su capacidad de absorción, y otras formas de utilizar plenamente los recursos disponibles. También se reportaron grandes limitaciones para la maximización de recursos disponibles. La revisión de avances presentada sobre recursos internos e internacionales toma en cuenta los hallazgos de otros análisis del UNFPA⁶.

Globalmente, más del 80 por ciento de los países informó que los recursos disponibles no cubrieron las necesidades de salud reproductiva de sus países. También indicaron que su capacidad de absorción fue inadecuada para maximizar la disponibilidad de recursos. De hecho, todos los países que respondieron en Latinoamérica, las Repúblicas de Asia Central y los Estados Árabes, indicaron que su necesidad de programas de población y salud reproductiva excedieron considerablemente los recursos disponibles. La mayoría de los países de otras regiones respondieron de forma similar. Estos resultados subrayan que la mayoría de los países en desarrollo siguen enfrentando una necesidad apremiante para financiar los programas de población y salud reproductiva.

Recursos nacionales

La CIPD señaló que los recursos nacionales de los países en desarrollo proporcionan la mayor parte de los fondos para alcanzar los objetivos de desarrollo. La movilización de recursos a nivel interno es entonces una de las áreas de más alta prioridad para asegurar las acciones oportunas, requeridas para lograr los objetivos de Cairo.

Los países en desarrollo se esfuerzan por movilizar recursos locales para las actividades de población. Pero no han logrado el objetivo de Cairo de contar con 11,300 millones de dólares para el año 2000. De acuerdo a lo estimado por el UNFPA, los gastos nacionales para las actividades de población alcanzaron un promedio anual de alrededor de 8,000 millones en los años 1997-2000 y se redujeron a 7,000 millones en el 2001. Las brechas son especialmente grandes en los países de bajos recursos. Mientras que el total global muestra un compromiso real de parte de los países en desarrollo y países con economías en transición, el mismo oculta la gran variación que existe entre los países en su habilidad para movilizar recursos para actividades de población. La mayoría de los flujos financieros internos se originan en unos pocos países grandes. Muchos países, espe-

cialmente aquellos del África Sub-Sahariana y los países menos desarrollados, simplemente carecen de la capacidad de generar los recursos necesarios para financiar sus propios programas de población, y dependen casi enteramente de la asistencia de donantes.

A pesar de estas tendencias, el 82 por ciento de los países en desarrollo y en transición informó haber tomado algunas medidas para incrementar los recursos locales para programas de población y salud reproductiva, enfatizando su compromiso de lograr el PdA de la CIPD. Sin embargo, en general, la mayoría de los países reportó haber sido capaces de alcanzar sólo aumentos incrementales en el financiamiento, debido a la dificultad de las circunstancias económicas en muchos países. En medio de estos déficits, muchos países están buscando estrategias innovadoras para maximizar y aumentar los recursos disponibles.

Muchos países informaron que las alianzas que habían forjado con la sociedad civil, los sectores privados y la comunidad internacional proporcionaron oportunidades de reducir costos y optimizar recursos y capacidades disponibles. ONGs y fundaciones clave apoyan continuamente el desarrollo de programas de población y salud reproductiva más rentables y eficientes.

Otros países reportaron la optimización de los recursos locales disponibles a través de planes de costeo multi-anales y del seguimiento y evaluación de esquemas para programas de población y salud reproductiva. Por ejemplo, en Camboya, el Ministerio de Salud desarrolló un Plan Estratégico del Sector Salud, que incluye un Marco de Gastos a mediano plazo para coordinar los gastos públicos multi-anales, basados en las necesidades de financiamiento sectorial y protecciones para el total de recursos disponibles tanto locales como externos. Del mismo modo, el gobierno de Filipinas formuló el Plan de Inversión en Población (PIP) para estimar los requerimientos presupuestarios para programas de población durante varios años, y determinar las distribuciones del presupuesto para los componentes de cada programa, así como para las áreas de acción estratégica, incluyendo la prestación de servicios, IEC/promoción y defensa y desarrollo de capacidades. Estas iniciativas de planeación estratégica ayudan a los países a aumentar su capacidad de absorción y evitar la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos.

Varios de los países que contestaron la Encuesta también informaron que buscaron maximizar sus recursos nacionales para programas de población y salud reproductiva a través de estrategias para recuperar, compartir y contener costos. Los costos recuperados permitieron a los países multiplicar los servicios y suministros que pueden dar a sus ciudadanos. Los enfoques más comunes en recuperación de costos, reportados por los países, incluyen: cuotas mínimas por servicio

(35 países); cuotas mínimas por producto (17 países); recuperación de costos a través de un sistema de atención a la salud por contribuciones (9 países); y recuperación de costos a través de iniciativas de mercadeo social (8 países). Por ejemplo, Indonesia introdujo un programa de planificación familiar auto-sustentable para educar a los clientes a ser más responsables con su salud reproductiva a través de subsidios para anticonceptivos. El país informó que el número de clientes que obtuvo anticonceptivos de fuentes privadas aumentó de manera considerable. Como parte del programa, las cuotas por servicios son aplicadas a servicios de salud reproductiva en centros de salud, pero el gobierno proporciona servicios de salud con un sistema de credenciales para que la gente pobre obtenga estos servicios de forma gratuita. Camboya, Rumania y Sudáfrica también reportaron el establecimiento de cuotas para servicios en sistemas de recuperación de costos.

Recursos internacionales

El proceso previo a la Conferencia y el período inmediato a la CIPD vio un aumento en el flujo de recursos en forma de asistencia de los donantes y de la comunidad internacional para actividades relacionadas con el PdA de la CIPD. Algunos miembros de la comunidad internacional de donantes demostraron su compromiso de lograr las metas y objetivos del PdA de la CIPD a través de un mayor financiamiento. La asistencia internacional para actividades de población aumentó 54 por ciento entre 1993 y 1995, de un total de 1,300 millones de dólares a 2,000 millones de dólares. El aumento en el nivel de financiamiento apoyó programas de población que beneficiaron a millones de personas en los países en desarrollo. Sin embargo, el ímpetu del Cairo no duró, y la asistencia para programas de población rondó cerca de los 2,000 millones de dólares de 1995 a 1999, con niveles de financiamiento decrecientes por primera vez desde la CIPD, a partir de 1997.

Aunque la asistencia para actividades de población alcanzó la cifra máxima de 2,600 millones de dólares en el año 2000, la meta financiera de la CIPD de 5,700 millones de dólares para ese mismo año no fue alcanzada; los recursos movilizados representaron alrededor del 46 por ciento del objetivo que se acordó como la proporción del Programa de Acción que la comunidad internacional financiaría. Además, en el 2001, el apoyo para actividades de población disminuyó a 2,500 millones de dólares, aproximadamente 44 por ciento de la cifra esperada. La brecha entre la asistencia actual y las metas de la CIPD está aumentando.

A pesar de esta diferencia, 84 por ciento de los países que respondieron la Encuesta reportaron movilización internacional de ayuda para la implementación de programas de

población y salud reproductiva. Se reportaron muchos esfuerzos para maximizar recursos a través de alianzas con agencias internacionales (incluyendo a miembros del sistema Naciones Unidas) y acuerdos bilaterales. La Sección 8.2 contiene descripciones de alianzas de gobierno con socios del sistema Naciones Unidas.

Los países reportaron recibir asistencia internacional en forma de recursos para actividades de población y salud reproductiva de un gran número de agencias, organizaciones y gobiernos. Esto incluye organizaciones multilaterales, agencias de la ONU, bancos de desarrollo, acuerdos bilaterales entre gobiernos y organizaciones para el desarrollo de países donantes. Asimismo, los países reportaron haber participado en esquemas de exoneración o intercambio de deuda.

La asistencia internacional para el desarrollo se orienta cada vez más a preocupaciones particulares, tales como la salud materna, salud reproductiva de adolescentes y VIH/SIDA; y hacia funciones específicas: desarrollo de infraestructura o aumento de recursos humanos. Por ejemplo, en Uzbekistán, una agencia de financiamiento alemana (KfW) apoyó con recursos al Ministerio de Salud para desarrollar el 'Programa de Protección a la Salud Reproductiva de la Mujer'. Se donaron fondos para la compra de anticonceptivos, para equipar centros de salud reproductiva dentro del país con equipo audiovisual y computadoras, y para producir materiales informativos para diferentes tipos de clientes. Asimismo, el gobierno de Burundi pudo llevar a cabo un estudio sociodemográfico de salud reproductiva a nivel nacional, en 2002, en parte gracias a contribuciones financieras del gobierno de Suiza.

La Encuesta también preguntó a los países participantes sobre las dificultades que enfrentaron para maximizar el impacto de los recursos disponibles para programas de población y salud reproductiva. Más de 67 países reportaron obstáculos. Los obstáculos más comunes son: falta de recursos financieros (44 países); falta de recursos humanos y capacitación profesional (28 países); y falta de materiales, equipos e instalaciones (13 países).

8.5 CONCLUSIÓN

En relación al aumento de alianzas y recursos para actividades de población y salud reproductiva, la Encuesta Global 2003 reveló tanto logros como áreas a mejorar. La mayoría de los países entendió la importancia de las alianzas con un amplio espectro de socios, y se reporta un mayor número de alianzas con ONGs, otras organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. La mayoría de los países ha incrementado los recursos internos e internacionales para programas de población y salud reproductiva, aunque estos siguen siendo

insuficientes para atender las necesidades de toda la gente y la capacidad de absorción permaneció baja.

Los resultados de la Encuesta demostraron que las alianzas entre gobierno y organizaciones civiles han pasado por varias áreas funcionales, incluyendo programas de desarrollo e implementación; formulación y adopción de políticas y leyes; fortalecimiento de alianzas con grupos parlamentarios; y esfuerzos innovadores de cooperación sur-sur. También cubren un diverso grupo de áreas sustantivas como género y empoderamiento de la mujer; salud reproductiva de adolescentes; prevención y tratamiento de VIH/SIDA; y seguridad en el abastecimiento y existencia de insumos.

Sin embargo, se necesita tanto de un mayor grado de compromiso directo como de mecanismos de coordinación reforzados para maximizar las ventajas comparativas de estas alianzas en el diseño e implementación de programas.

Las respuestas de los países a la Encuesta también revelaron que las alianzas con el sector privado han aumentado sustancialmente a partir de la CIPD. Las respuestas muestran que las compañías privadas no sólo se han involucrado en el mercadeo social y en los esfuerzos para asegurar el suministro de insumos, sino que han aumentado su participación en el financiamiento de programas y proyectos. Un reto para los países en la próxima década será aumentar el número y diversidad de alianzas con el sector privado para delinear aún más

los respectivos roles y contribuciones de los sectores público y privado, y para maximizar la contribución del sector privado para la movilización de recursos en apoyo al PdA de la CIPD.

A pesar de que la Encuesta claramente evidencia un compromiso amplio y multisectorial de muchos actores en la implementación del PdA de la CIPD, los niveles actuales de movilización de recursos son inadecuados para convertir la visión de Cairo en una realidad. La implementación total pide mayor colaboración y alianzas entre donantes y países en desarrollo para aumentar tanto recursos como capacidades. Una de las prioridades clave es continuar desarrollando la capacidad nacional y los recursos financieros. Mientras que algunas tendencias recientes en el campo de la asistencia internacional para actividades de población y salud reproductiva son alentadoras, los compromisos financieros no cumplen ni los objetivos establecidos para el año 2000 ni los establecidos para el año 2005.

El reto ante la comunidad internacional es alcanzar los compromisos acordados para la Asistencia Oficial al Desarrollo (ODA). El fortalecimiento de la voluntad política y del compromiso para implementar los objetivos de financiamiento de la CIPD reforzará la meta de proporcionar información y servicios seguros, asequibles y accesibles para todos, lo cual es también parte integral de la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Referencias

- 1 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149, párrafo 15.7.
- 2 Naciones Unidas, *op. cit.*, párrafo 13.3.
- 3 Naciones Unidas, *op. cit.*, párrafo 14.1.
- 4 UNFPA (de próxima aparición), *El estado de la población mundial 2004*, Nueva York: UNFPA.
- 5 Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149, párrafo 15.16.
- 6 Naciones Unidas, *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: a 10 year Review*, Nueva York, 22 a 26 de marzo del 2004, (Nueva York, Naciones Unidas, 2004) E/CN.9/2004/2.

9 Perspectivas de los países donantes

9.1 INTRODUCCIÓN

En la Encuesta Global de 1998 se preparó un cuestionario por separado, más corto, para los países desarrollados pertenecientes al Comité de Asistencia al Desarrollo, DAC por sus siglas en inglés, de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, OCED, a los que se hace referencia en este informe como “países donantes”. La Encuesta Global 2003 apunta a mostrar sus puntos de vista y experiencias en relación con la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, incluyendo los retos que han enfrentado y los compromisos que han adquirido para su ulterior implementación. Las respuestas de 18 países (Anexo 1) enfatizan la importancia que estos países dan a temas prioritarios de la CIPD, incluyendo población, género, salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA.

Este capítulo está dividido en cuatro secciones. La primera describe los temas y problemáticas en torno a población a que se enfrentan los países donantes desde la CIPD, así como las medidas que han establecido para hacerles frente. La sección dos se enfoca en las acciones que han tomado en relación con la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. La tercera sección habla sobre las medidas llevadas a cabo para incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva y los retos por enfrentar. Esta sección también incluye estrategias y medidas que los países han adoptado para reducir la propagación de la pandemia del VIH/SIDA. La cuarta y última sección describe las alianzas entre países donantes y organizaciones de la sociedad civil, así como los temas relacionados con la cooperación internacional, incluyendo problemas y retos con que se encuentran los países donantes en la movilización de recursos para apoyar la implementación del Programa de Acción de la CIPD. También describe cómo los países donantes vinculan las metas de la CIPD con los marcos y procesos internacionales de desarrollo.

9.2 TEMAS Y PROBLEMÁTICAS EN MATERIA DE POBLACIÓN

Envejecimiento poblacional

Casi todos los países donantes que respondieron a la Encuesta (16 de 18) citaron el envejecimiento de la población como un reto importante. El envejecimiento es visto como un tema complejo que no sólo impacta el bienestar de las personas mayores, sino también afecta a la población entera en áreas tales como salud, mercados laborales y finanzas públicas. De hecho, el envejecimiento de la población afecta a todas las comunidades, todos los niveles de gobierno y

todos los sectores de la sociedad. Al comienzo del siglo veintiuno, varios países desarrollados enfrentan retos significativos debido al envejecimiento de sus poblaciones, ya que la proporción de personas mayores se incrementa más rápidamente que todos los otros grupos de edad. En 2001, por ejemplo, un canadiense de cada ocho tenía 65 años o más. Para el año 2026, un canadiense de cada cinco habrá alcanzado la edad de 65 años o más. Durante los próximos 45 años aproximadamente, el número de personas de 85 años o más se quintuplicará.

Los países donantes reconocen que responder a las necesidades de los adultos mayores es un reto continuo. Desde 1994, los países donantes han tomado varias iniciativas importantes para atender esta problemática. Estas iniciativas incluyen el desarrollo de políticas, el fortalecimiento de instituciones, la construcción de capacidades en las

áreas de educación y capacitación continuas, el apoyo a la investigación y la instrumentación de proyectos innovadores, incluyendo algunos para promover arreglos de vida alternativos.

Para garantizar que las perspectivas y necesidades de las personas mayores sean tomadas en cuenta, en el Reino Unido se estableció un subcomité formado por representantes de departamentos clave del gobierno para desarrollar,

Los países donantes utilizan varios marcos y procesos de desarrollo internacional, tales como la Declaración del Milenio, los DERPs, ESIs, y reformas a los sectores para promover la agenda de la CIPD en la cooperación internacional.

coordinar y fortalecer acciones concernientes al bienestar de las personas mayores. De manera similar, en Suecia, el gobierno constituyó una Comisión Parlamentaria de Investigación sobre los Adultos Mayores a la que se le asignó el trabajo de examinar tres áreas en particular: personas mayores en el sector laboral, retiro saludable y las necesidades de las personas mayores en salud y cuidado social. En 2002, el parlamento danés adoptó una legislación que introduce la libre elección en relación con el cuidado de adultos mayores y de personas con discapacidades. La legislación garantizó la elección en las áreas de albergue y proveedores de asistencia personal y práctica en casa.

Se ha enfatizado enérgicamente el carácter de valioso recurso humano de las personas mayores, y se están tomando medidas para asegurar su mayor integración en la fuerza laboral. Se han establecido programas especiales para reforzar la capacitación de los trabajadores mayores, con el fin de garantizar que sus habilidades continúen siendo útiles y competitivas. Algunos de estos programas facilitan el acceso de las mujeres mayores a la educación y actualización. Un factor clave para participar en un mundo que crece cada vez más en conocimientos, es la habilidad para adquirir, evaluar y aplicar los nuevos conocimientos; de ahí que el acceso a oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores se haya convertido en algo cada vez más importante. En Austria, por ejemplo, el Ministerio Federal para la Seguridad Social y Generaciones apoya numerosas oportunidades de educación para fortalecer la competencia de los adultos mayores en información, comunicación y tecnología (ICT). Holanda ha, asimismo, promovido activamente el uso de computadoras y de Internet entre las personas mayores.

En algunos países donantes, incluyendo a Australia, se han emprendido acciones para desarrollar investigación y capacidades en materia de envejecimiento de la población, con miras a desarrollar el sustrato demostrativo necesario para que quienes toman decisiones sobre la política de envejecimiento, lo hagan de manera informada. En otros países, las instituciones de investigación se enfocan en fortalecer el conocimiento relativo al mejoramiento de la comprensión del proceso de envejecimiento, la promoción del envejecimiento saludable, la prevención y tratamiento de las enfermedades y discapacidades relativas a la vejez, el mejoramiento de las políticas y sistemas de salud y la comprensión de los factores sociales, culturales y ambientales que afectan la vida y la salud de las personas mayores. En los Estados Unidos, el “Proyecto de Envejecimiento Saludable” identifica estrategias que han sido exitosas en la promoción del envejecimiento saludable y transmite este conocimiento, a su vez, a proveedores de servicios de salud para mejorar la provisión de servicios preventivos.

Algunos países donantes han emprendido nuevos arreglos de vida para las personas mayores, además de los arreglos de vida independientes, apoyados por proveedores de servicios profesionales. En Austria, el albergue multi-generacional promueve la convivencia entre varias generaciones no solamente dentro de la familia, sino también entre personas que no tienen lazos de parentesco. Los proyectos de albergues para tres generaciones ayudan a contrarrestar el aislamiento y la soledad que enfrenta la gente mayor, especialmente en áreas rurales donde la habitación unifamiliar es la forma predominante de vivienda.

Algunos países donantes, como Alemania y Canadá, mencionaron su participación en la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. Canadá puso de relieve su papel en el avance de temas relacionados con la equidad de género, el abuso y negligencia hacia las personas mayores, la diversidad de los intereses de las personas mayores, el reconocimiento de las necesidades especiales de las personas mayores indígenas y discapacitadas, los ambientes y tecnologías para el cuidado *in situ* de las personas mayores, y los derechos humanos. Alemania mencionó que, con apoyo del gobierno, se está desarrollando un Plan de Acción Nacional para las personas mayores, en línea con la Estrategia de Implementación Regional (EIR), adoptada en Berlín en septiembre del 2002, por la Comisión Económica Europea de las Naciones Unidas (UNECE).

Migración Internacional

Desde la CIPD, la migración internacional se ha mantenido al frente de la agenda política internacional. El Programa de Acción de la CIPD reconoce que la migración ordenada puede traer consecuencias positivas tanto a los países emisores como a los receptores.

Los países que respondieron a la Encuesta Global 2003 expresaron diversas preocupaciones; entre ellas, la integración económica y social de las personas inmigrantes, la reunificación familiar y los aspectos relacionados con el tráfico de personas, los inmigrantes indocumentados, los refugiados y las personas que buscan asilo.

Varios países mencionaron la importancia de integrar a los inmigrantes a la sociedad receptora. Por ejemplo, en Suiza se estableció la Comisión Federal sobre Asuntos de Extranjeros para trabajar en los asuntos relacionados con la integración de los inmigrantes. En Finlandia se aprobó una ley en mayo de 1999, en relación con la integración social y económica de los inmigrantes a la sociedad finlandesa. Las medidas que se han adoptado incluyen algunas encaminadas a promover la igualdad de oportunidades en el acceso a empleos, vivienda, salud y educación, en paralelo con otros servicios y prestaciones sociales.

A partir de la CIPD, varios países donantes han introducido modificaciones a sus políticas de reunificación familiar. Las respuestas muestran que mientras la reunificación familiar continúa siendo buscada por los países receptores con base en la compasión, algunos han añadido políticas restrictivas. Desde julio de 2002, por ejemplo, Dinamarca ya no ofrece derecho legal para reunificación con un cónyuge, y en la mayoría de los casos no otorga la reunificación entre cónyuges si uno de ellos es menor de 24 años de edad. Más aún, los vínculos de los cónyuges con Dinamarca deben ser más fuertes que con otro país. En Nueva Zelanda, aunque se ha cambiado la política para reconocer un rango más amplio de estructuras familiares, se han fortalecido también las obligaciones legales de quienes auspician la reunificación para garantizar su responsabilidad por los miembros de la familia que traigan al país. Por otro lado, en Canadá, la política ha sido menos restrictiva, ya que la edad de los hijos dependientes fue incrementada de menos de 19 a menos de 22 años. Más aún, los cónyuges dependientes, los cónyuges en unión libre, los socios conyugales y los hijos dependientes no serán rechazados simplemente con base en que implican una demanda médica excesiva.

Los países desarrollados han visto recientemente a la migración como una respuesta a la escasez de mano de obra en el mediano plazo. Las iniciativas se han dirigido casi exclusivamente hacia inmigrantes altamente calificados, lo que revela una demanda de mano de obra calificada en ascenso debida a cambios demográficos y al proceso de globalización creciente. Por ejemplo, el Reino Unido introdujo en 2002 el Programa del Migrante Altamente Calificado (HSMP, por sus siglas en inglés), el cual ha permitido a individuos altamente calificados buscar y conseguir trabajo en ese país. En Alemania, se introdujo en agosto de 2000 un esquema de “Tarjeta Verde”, para promover que los trabajadores altamente entrenados en computación se unan a la fuerza de trabajo alemana por un periodo limitado de cinco años. De forma similar, Francia estableció en enero de 2002, un sistema para atraer a trabajadores altamente calificados de fuera de la Unión Europea. En febrero de 2003, Portugal adoptó una nueva política de migración que permite a personas de fuera de la Unión Europea residir legalmente en ese país, siempre y cuando cuenten con autorización para trabajar.

En varios países donantes existe una tendencia creciente a atraer y retener estudiantes de países en desarrollo. En

Australia, por ejemplo, se han hecho cambios a las políticas para permitir a estudiantes altamente calificados que estudian ahí, solicitar y obtener la residencia permanente sin necesidad de dejar el país.

Un reto significativo que plantea el manejo de la migración, mencionado por los países donantes, es el creciente tráfico de personas. Los países se han percatado de que el fortalecimiento de las acciones para estrechar los controles en las fronteras, así como el incremento en las restricciones de las políticas de asilo, han convertido inadvertidamente el tráfico de seres humanos en un negocio más rentable. Para

atacar este problema, algunos países han introducido severas sanciones para los contrabandistas de personas y para quienes sean capturados en el tráfico de seres humanos. Desde enero de 2001, los Estados Unidos han acusado, encontrado culpables y sentenciado a 92 traficantes de personas en 21 casos. En los últimos diez años se otorgaron más de 15 millones de dólares a ONGs para proveer los servicios necesarios a las víctimas. Estas medidas son congruentes con el Protocolo del año 2000 para la Prevención, Eliminación y Sanción del Tráfico de Personas, Especialmente de Mujeres y Niños.

Aunque casi todos los países receptores reconocen las contribuciones positivas de la migración al desarrollo económico, social y cultural, tanto de los países emisores como de los receptores, los niveles crecientes de inmigración indocumentada y la corriente continua de refugiados y personas que buscan asilo, siguen siendo preocupaciones de gran importancia.

Muchos países donantes comprenden que una mayor cooperación internacional para manejar la migración de forma efectiva es necesaria. Noruega, por ejemplo, se ha unido a los esfuerzos de la cooperación internacional encaminados a detener el fenómeno creciente del tráfico humano y a reducir el número de inmigrantes indocumentados, así como las solicitudes de asilo mal fundamentadas, a través de campañas de información llevadas a cabo en los países de origen. También es notable el incremento de la cooperación entre los países que buscan mejorar la efectividad de la información que comparten. Tales intercambios de información están teniendo lugar entre las autoridades de inmigración y la policía, tanto en los países receptores como en los emisores.

Otras problemáticas en torno a población

Varios países donantes percibieron otras problemáticas relacionadas con población, mientras que otros mencionaron

Los países donantes perciben que durante los últimos 10 años ha habido un progreso considerable en la implementación de áreas clave del PdA de la CIPD en los países en desarrollo.

actividades importantes que han llevado a cabo desde El Cairo. Portugal reportó que su censo de 2001, en el cual recolectó información sobre personas con discapacidades, fue su operación estadística más importante de la última década. Portugal también llevó a cabo una Encuesta sobre Fecundidad y Familia, enfocada a temas de fecundidad y salud reproductiva.

Desde la CIPD, Australia ha invertido recursos significativos en investigación y desarrollo de políticas en varias áreas relativas a población. Se ha investigado sobre la fecundidad, las causas de la reducción de la fecundidad y el impacto del cambio poblacional en el medio ambiente. El gobierno difunde los resultados de investigaciones tan ampliamente como es posible, a través de medios tales como seminarios y conferencias. Este abordaje se percibe como algo vital para fundamentar un futuro que sea económica, social y ambientalmente sustentable.

Varios países informaron sobre políticas orientadas a la familia. Además de involucrar un alto nivel de transferencias financieras, la política australiana relativa a la familia está enfocada a mejorar la compatibilidad entre trabajo y familia. De manera similar, en Noruega se han dado pasos para conciliar mejor la vida familiar con la participación en la fuerza laboral, con el fin de permitir que padres y madres pasen más tiempo con sus hijos.

En los Estados Unidos, las disparidades en la salud y la educación de las minorías siguen siendo una preocupación importante. El gobierno está tomando en cuenta tales disparidades, por lo que se ha comprometido a elevar la calidad del cuidado de la salud y mejorar el acceso a los servicios en las comunidades en que éstos son de mala calidad, y a garantizar que cada niño y cada niña reciba educación de alta calidad.

Algunos países mencionaron iniciativas post-Cairo en el área de población y salud. Para reducir problemas de población y aquéllos relacionados con el SIDA, dentro del contexto de cuidados integrales de la salud y la salud reproductiva, Japón implementó la “Iniciativa en Temas Globales sobre Población y SIDA”. En Australia, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud son pilares fundamentales del sistema de salud. Los servicios preventivos de salud incluyen programas de vacunación de infantes y personas adultas, y servicios de planificación familiar. Australia también está fortaleciendo la capacidad nacional para tratar el manejo de enfermedades nuevas y emergentes, incluyendo el Síndrome de Respiración Aguda Severa (SARS), así como también las amenazas relacionadas con el bio-terrorismo.

9.3 IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

Los países donantes informaron que, desde El Cairo, se han emprendido acciones para proteger los derechos de las niñas y las mujeres y para promover el empoderamiento de las mujeres. Doce países adoptaron nuevas leyes y reglamentos para la protección de los derechos de las niñas y las mujeres. Las nuevas leyes o reglamentos se enfocaron en el tráfico y explotación de mujeres, en asegurar la igualdad de género en la sociedad (incluyendo en educación y en representación parlamentaria); la aplicación de la igualdad de género en el lugar de trabajo (incluyendo permiso de ausencia para madres y padres y salarios iguales); y leyes contra el acoso sexual. Algunos países – Australia, Canadá, Finlandia, Alemania, Nueva Zelanda, España y Suecia – tienen políticas que promueven el empoderamiento de las mujeres y previenen la discriminación de género. Austria, Japón, Holanda, España, Suiza y el Reino Unido cuentan con estrategias para incorporar la perspectiva de género en las políticas y programas, mientras Australia, Japón, Nueva Zelanda, Suecia y Suiza tienen programas de información/educación y promoción y defensa para el empoderamiento de las mujeres.

El tráfico de mujeres es censurado tanto por el Programa de Acción de la CIPD, que insta a la prohibición de prácticas dañinas, como por la Declaración del Milenio, que solicita la intensificación de las acciones para combatir los delitos transnacionales. Todos los países donantes que respondieron la Encuesta han tomado acciones desde la CIPD para enfrentar el tráfico de mujeres y niñas. Casi todos los países aprobaron leyes en contra del tráfico, y muchos han ratificado tratados internacionales. La mitad de los países que respondieron han desarrollado programas específicamente para combatir el tráfico de personas. Muchos países examinaron las causas profundas del tráfico. Cincuenta por ciento de los países que respondieron a la Encuesta proporcionó ayuda internacional para combatir el tráfico de mujeres y niños, y casi todos ofrecieron servicios a las víctimas.

El Programa de Acción de la CIPD estipula que los países deberán tomar las medidas necesarias para eliminar toda forma de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las y los adolescentes y las y los niños. Esto implica acciones preventivas y la rehabilitación de las víctimas. Los países donantes reportaron que tienen estrategias para afrontar la violencia de género y han tomado medidas para encararla. Doce de los 17 países establecieron leyes y reglamentos. Por ejemplo, Luxemburgo (2000) y Holanda (1994) han establecido legislación que requiere que los empleadores protejan a sus trabajadores/as del acoso sexual. Con el fin de dar seguimiento y reportar la violencia de género, muchos

países donantes crearon mecanismos institucionales en sus sistemas legales y judiciales. Casi la mitad de los países que respondieron proporcionaron servicios a las víctimas de violencia de género. En Australia, por ejemplo, se crearon las Unidades de Violencia Familiar y Servicio Legal de Prevención para trabajar con las víctimas y comunidades de manera integral, y para prevenir la violencia intrafamiliar. Dinamarca circuló un paquete informativo que contiene las reglas, legislación y asesoría relacionadas con la violencia de género. Diseñado para profesionales, este conjunto de materiales sirve para elevar el nivel de conciencia y proveer de elementos de comunicación para el cambio de comportamientos en materia de VCB, así como para la capacitación a prestadores de servicios y funcionarios del gobierno.

9.4 SALUD REPRODUCTIVA Y VIH/SIDA

Salud reproductiva

Desde la CIPD, los países donantes han trabajado en diversos temas de la salud sexual y reproductiva. Los temas prioritarios identificados en la Encuesta Global de 1998 también se reportaron en la Encuesta del 2003. Estos incluyen embarazos no deseados o no planeados, y la necesidad de consejería y servicios para grupos de alto riesgo, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Los países donantes también han trabajado en los problemas de salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, incluyendo la fecundidad en adolescentes; los embarazos tempranos, no deseados o no planeados; el aumento en la incidencia de infecciones de transmisión sexual, particularmente la clamidia, y el abuso de sustancias. Las medidas tomadas para enfrentar estos problemas incluyen la disponibilidad en forma gratuita o subsidiada de anticonceptivos, y la provisión de consejería e información accesible y adecuada para jóvenes en materia de salud reproductiva, así como servicios para adolescentes y gente joven.

Varios países donantes dieron a conocer que, a partir de la CIPD, han tomado medidas específicas para aumentar el acceso a una variedad de servicios de salud reproductiva. En Japón, por ejemplo, los anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y condones femeninos han sido legalizados. Finlandia enfrentó el problema de la infertilidad, cofinanciando el 70 por ciento del costo de la fertilización in vitro. En Dinamarca existen servicios médicos gratuitos, que incluyen una gama completa de servicios de salud reproductiva. En Suecia, los tratamientos de las infecciones de transmisión sexual y los anticonceptivos se proporcionan en forma gratuita a los jóvenes. En Nueva Zelanda se proveen anticonceptivos gratis y de bajo costo a los jóvenes menores de 22 años.

Durante los últimos 10 años, los países donantes han puesto cada vez mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de los inmigrantes. Casi todos los países que respondieron han tomado algunas acciones para enfrentar sus necesidades particulares. Portugal ha establecido servicios móviles de salud reproductiva al alcance de los inmigrantes. Finlandia ha llevado a cabo capacitación específica para los prestadores de servicios de salud de la población inmigrante, mientras que Suecia ha proporcionado entrenamiento adicional para parteras que atienden a las mujeres inmigrantes. Dinamarca está proporcionando a los grupos de inmigrantes información sobre salud reproductiva y servicios, incluyendo consejería. En España, las barreras del idioma, las diferencias culturales y el estatus legal de los inmigrantes, han hecho que la prestación de servicios de salud reproductiva a los inmigrantes represente un reto aún mayor.

Desde la CIPD, las necesidades de las poblaciones indígenas han tenido más reconocimiento de parte de los países donantes. Canadá, por ejemplo, ha llevado a cabo un estudio de los pueblos indígenas y sus necesidades específicas, mientras Australia ha desarrollado programas de atención primaria a la salud, incluyendo algunos enfocados a la salud reproductiva de las personas indígenas.

Noventa y cuatro por ciento de los países donantes informó que las normas de calidad en relación con los servicios de salud reproductiva han mejorado desde la CIPD, especialmente en las áreas de desarrollo de recursos humanos y de desarrollo institucional. Algunos países mencionaron retos en la prestación de servicios de salud reproductiva. Por ejemplo, Suiza manifestó que todavía hay discrepancias regionales y rurales/urbanas en términos de acceso a servicios reproductivos de calidad, mientras que Suecia reportó que las clínicas para jóvenes enfrentan retos relacionados con el fortalecimiento de la participación masculina en el área de la salud reproductiva.

VIH/SIDA

La Encuesta Global 2003 pidió a los países donantes que describieran estrategias exitosas que estén utilizando para reducir la propagación del VIH, enfrentar las dimensiones de género y edad de la pandemia, eliminar la discriminación contra personas infectadas con VIH y sus familias, e integrar componentes relevantes de salud reproductiva dentro de los programas de VIH/SIDA. Los países donantes describieron varias acciones que han contribuido a dar una amplia respuesta a la pandemia, incluyendo la disponibilidad de fondos para investigación y prevención, acceso a cuidados y tratamiento, redes organizadas de apoyo, avances en derechos humanos y el uso de nuevas tecnologías de

información para la sensibilización en torno al VIH/SIDA, y la difusión de información relevante. Los países donantes han desarrollado estrategias y políticas que toman en consideración la necesidad de una respuesta extensa y multisectorial. Para combatir la propagación del VIH, en muchos países se han establecido alianzas con autoridades locales, ONGs, expertos y organizaciones internacionales.

Las estrategias de prevención de VIH adoptadas por los países donantes reconocen las situaciones en que viven y los retos cotidianos de mujeres, hombres, jóvenes y niños. Se han creado campañas masivas para sensibilizar y prevenir la propagación del VIH entre la juventud, hombres y mujeres. Austria, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia y los Estados Unidos reportaron la adopción de programas escolares de salud sexual y de educación en habilidades para la vida, por medio de los cuales se difundió una gran variedad de información. Algunos países dieron prestaciones, tales como pensiones tempranas, a personas que viven con VIH/SIDA, así como consejería y detección en forma gratuita y voluntaria tanto del VIH como de otras infecciones de transmisión sexual, tratamientos anti-retrovirales y tratamientos para infecciones de transmisión sexual.

Los países donantes orientaron sus acciones a grupos de alto riesgo a través de campañas de información, educación y comunicación y de acciones de prestación de servicios. También establecieron leyes y reglamentos para proteger los derechos de las personas con VIH/SIDA, principalmente derogaron leyes discriminatorias y establecieron leyes para proteger a las personas homosexuales y a quienes trabajan en servicios sexuales. Los países donantes también lanzaron campañas de IEC y promoción y defensa para desalentar la discriminación, reducir el estigma asociado con el VIH/SIDA, y para crear conciencia de los modos de transmisión del VIH. En Portugal, por ejemplo, la Comisión Nacional del SIDA (CNLCS por sus siglas en portugués) publicó un libro que narra las vidas de algunas personas infectadas con el virus del SIDA. Este libro, dirigido al público en general, apunta a erradicar el estigma social y a aclarar los mitos, creencias y valores que rodean a la infección por VIH y a las personas infectadas.

Los países donantes han incorporado acciones de consejería y detección de infecciones de transmisión sexual, consejería en planificación familiar y cuidados prenatales en programas para combatir el VIH/SIDA, con el fin de alcanzar a un mayor número de personas, reducir el estigma asociado con el VIH/SIDA, e incrementar el uso eficiente de los limitados recursos para el cuidado de la salud. Un caso así es el de Noruega, en donde el gobierno formuló, en diciembre de 2001 un plan estratégico llamado

“Responsabilidad y Consideración: Una Estrategia para la Prevención del VIH y las Enfermedades de Transmisión Sexual”. La meta de esta cooperación es proporcionar educación, prevenir el comportamiento de alto riesgo, realizar encuestas sobre la epidemia, garantizar que las personas infectadas con VIH sean diagnosticadas y reciban consejería, combatir la discriminación contra quienes han sido infectados, y garantizar que los y las trabajadoras sociales y de la salud tengan suficiente experticia.

9.5 MEDIDAS TOMADAS POR LOS PAÍSES EN DESARROLLO Y LOS PAÍSES DONANTES EN POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA, VIH/SIDA Y GÉNERO

Ambos cuestionarios, el que se envió a los países en desarrollo y el que se envió a los países donantes, incluían preguntas relacionadas con población y desarrollo, salud reproductiva, VIH/SIDA y género. Un objetivo fundamental de los cuestionarios fue facilitar el compartir, en lo posible, las estrategias y aproximaciones usadas por los países donantes y por los países en desarrollo.

Es útil comparar las medidas tomadas por los países donantes y por los países en desarrollo en temas específicos relacionados con el envejecimiento poblacional, la migración internacional, el acceso a la salud reproductiva, el

Tabla 9.1 Medidas tomadas por los donantes para enfrentar las necesidades especiales de los adultos mayores

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Plan/programa/estrategias en torno al envejecimiento	14	88
Provisión de estándares mínimos de vida a través de programas de bienestar social dirigidos a los adultos mayores	9	56
Se formó un comité/comisión sobre el envejecimiento	8	50
Se establecieron sistemas de pensiones	8	50
Leyes/reglamentos sobre envejecimiento	7	44
Acción de la sociedad civil (se organizó a las personas mayores)	7	44
Investigación/recolección de datos sobre envejecimiento	7	44
Total	16	100

*Basado en respuestas múltiples; por lo tanto los porcentajes pueden sumar más de 100.

VIH/SIDA, la protección de los derechos de niñas y mujeres y la promoción del empoderamiento de las mujeres.

Al tomar en cuenta las necesidades especiales de las personas mayores, tanto los países en desarrollo como los donantes han adoptado planes, programas y estrategias, y les han provisto de estándares mínimos de vida a través de programas de bienestar social. Sin embargo, los países donantes han establecido sistemas de pensiones, han llevado a cabo más investigación y recolección de datos, y han formado alianzas con organizaciones de la sociedad civil (Tabla 9.1).

En el área de la migración internacional, mientras que tanto los países en desarrollo como los donantes han tomado medidas para manejar el flujo de migrantes y refugiados, los países donantes también han prestado atención a temas relacionados con el tráfico de seres humanos y con los intereses económicos y sociales y los derechos de los trabajadores migrantes.

En cuanto a cuestiones de género, las medidas que han adoptado tanto los países en desarrollo como los donantes, son similares. Ocupan prioridad en la agenda las leyes y reglamentos para proteger los derechos de niñas y mujeres, el establecimiento de comisiones nacionales, los esfuerzos por aumentar la cantidad de mujeres en puestos de gobierno, y las políticas que promueven el empoderamiento de las mujeres.

Tanto países en desarrollo como donantes han tomado medidas para trabajar el tema del acceso a servicios en salud

reproductiva y sexual. No obstante, el enfoque ha diferido. Mientras que en los países en desarrollo ha habido una preocupación por aumentar el personal y su capacitación, incrementar la cantidad de puntos en los que los servicios estén disponibles, introducir estándares de calidad, los países donantes se han concentrado en la prestación de una mayor variedad de servicios, en ofrecer servicios receptivos a las necesidades de las personas jóvenes y servicios gratuitos de salud reproductiva en todas las instalaciones públicas, así como en la reducción de desigualdades en cuanto al acceso a servicios de salud para grupos vulnerables (Tabla 9.2).

En sus intentos por reducir la dispersión del VIH/SIDA, tanto los países en desarrollo como los donantes han adoptado medidas similares. Han creado leyes, reglamentos y políticas, delineado estrategias, orientado sus acciones a grupos de alto riesgo, y trabajado para crear un medio adecuado para la gente que vive con VIH/SIDA y sus familias. Los países donantes, sin embargo, también han introducido tratamiento gratuito o pagado por seguros, establecido sistemas de información, y llevado a cabo más investigación.

9.6 PUNTOS DE VISTA DE LOS PAÍSES DONANTES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA CIPD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Logros

La mayoría de los países donantes indicaron que en los 10 años desde El Cairo, muchos de los países en desarrollo han tenido avances sustanciales en la implementación del PdA de la CIPD. Este avance se nota en áreas clave relativas a: (a) población; (b) salud reproductiva, incluyendo planificación familiar; (c) género y empoderamiento de la mujer; (d) aumento en la colaboración y alianzas entre gobiernos y sociedad civil en salud reproductiva y población; y (e) un acercamiento a la población centrado en los derechos humanos, que pone énfasis en políticas basadas en satisfacer las necesidades de las personas, más que en objetivos demográficos.

Dinamarca hizo notar que, como resultado de la CIPD, los temas de población en general han cobrado mayor prioridad en la agenda política. La mayoría de los países, tal y como fue observado por Australia, han usado el Programa de Acción de la CIPD para la formulación de políticas de población y salud reproductiva, así como para la implementación de programas de salud y otros programas de desarrollo, incluyendo la reducción de la pobreza, el logro de la educación universal, el empoderamiento de las mujeres y los servicios de salud reproductiva en programas de salud pública. También, y conforme fue mencionado por Países Bajos,

Tabla 9.2 Medidas tomadas por los países donantes en torno al acceso a la salud reproductiva

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Mayor variedad de servicios disponibles (opciones anticonceptivas, infertilidad, consejería, etc.)	7	44
Prestación de servicios amigables para jóvenes/servicios de salud en la escuela	7	44
Prestación de servicios de salud reproductiva gratuitos en todas las instalaciones de salud pública	6	38
Reducción de desigualdades en el acceso a servicios de salud para poblaciones vulnerables	6	38
IEC/promoción y defensa	6	38
Total	17	100

*Basado en respuestas múltiples; por lo tanto los porcentajes pueden sumar más de 100.

muchos países en desarrollo han cambiado de programas de planificación familiar verticales, hacia programas y políticas de salud reproductiva con una base más amplia. Más aún, los programas de salud reproductiva y planificación familiar han cambiado, de abordajes basados en metas, a un enfoque voluntario, basado en la calidad, como se plantea en el PdA de la CIPD. Los países en desarrollo han dado grandes pasos en la expansión de la disponibilidad de servicios locales de salud reproductiva y planificación familiar a precios accesibles.

Es cada vez más frecuente que se ofrezcan los programas de planificación familiar como parte de un paquete de salud reproductiva, que incluye, por ejemplo, seguimiento y manejo de ITS, incluyendo VIH/SIDA; control pre y post natal y atención del parto; esfuerzos en IEC; e insumos para la planificación familiar y la prestación de servicios.

La agenda de la CIPD, tal como señaló Suecia, ha servido a muchos países en desarrollo como punto de entrada para establecer diálogos que giran alrededor de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Ha ayudado también a aumentar la apertura en relación con la salud sexual y reproductiva.

Los países donantes también han mencionado que desde El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre La Mujer en Beijing, muchos países en desarrollo han aumentado la atención que prestan al empoderamiento de la mujer. Suiza mencionó un aumento en la conciencia de género y en el desarrollo de políticas y estrategias sensibles al género. La CEDAW y el Comité sobre los Derechos del Niño son instrumentos considerados cada vez más complementarios y de apoyo a la CIPD. Sin embargo, pese a que los derechos de las mujeres son objeto creciente de discusión en muchos países en desarrollo, aún existe la necesidad de continuar esta discusión y de que otros países sigan el ejemplo.

Los países donantes han subrayado la colaboración creciente, desde la CIPD, entre gobiernos y sociedad civil, incluyendo el papel de esta última en posibilitar la creciente influencia de los grupos parlamentarios sobre población y salud reproductiva.

Los Estados Unidos mencionaron que el impacto individual más notable del Plan de Acción de la CIPD y de las Acciones Clave de la CIPD+5 en programas de población y salud reproductiva en países en desarrollo, ha sido el creciente enfoque en el individuo como un ser humano con necesidades que deben ser satisfechas. Cada vez más, los países en desarrollo diseñan programas de salud reproductiva y planificación familiar para atender las necesidades de hombres y mujeres, al mismo tiempo que mantienen su dignidad. Los llamados abordajes verticales del pasado, que colocaban las preocupaciones demográficas antes que las necesidades individuales, se han abandonado en gran medida.

Limitaciones identificadas por los países donantes

Los países donantes que respondieron a la Encuesta, identificaron tres grupos de limitaciones que impiden a los países en desarrollo implementar plenamente el PdA de la CIPD. Primero, el acceso a los recursos de por sí limitados se encontró, en ocasiones, con presión debido a las prioridades en competencia y a las demandas por dichos recursos. La situación no se ve aliviada si consideramos, además, la tendencia generalizada a la disminución de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Segundo, los países donantes mencionaron las limitaciones institucionales en muchos países en desarrollo, incluyendo: la falta de recursos humanos capacitados y la debilidad de las estructuras organizacionales verticales existentes, involucradas en la prestación de servicios de salud reproductiva. Tercero, varios de los encuestados se refirieron a ciertos factores tales como la naturaleza sensible de los temas de salud reproductiva en varios países en desarrollo; a la oposición religiosa y cultural; carencia de compromiso político con la igualdad de género y el desarrollo sustentable a nivel ambiental; la resistencia por parte de los gobiernos a una mayor participación del sector privado y de ONGs en los programas de población y salud reproductiva.

9.7 ALIANZAS Y RECURSOS

A partir de las respuestas de los países encuestados, es claro que los países donantes, así como sus aliados en los países en desarrollo, están haciendo un número mayor de alianzas con organizaciones de la sociedad civil para dar asistencia en la prestación de servicios e información en salud sexual y reproductiva. La mayoría de los países donantes (15 de 18) informaron que tienen alianzas activas con ONGs. Esto demuestra un aumento significativo comparado con las respuestas sobre alianzas contenidas en la Encuesta Global de 1998, donde aproximadamente la mitad de los países donantes indicaron medidas significativas en relación con las alianzas. Diez países declararon que las ONGs ya habían jugado un rol activo en la elaboración de políticas y/o en la prestación de servicios de salud reproductiva antes de la CIPD. Además, cinco países indicaron que las ONGs se encuentran ejerciendo papeles más activos en sus alianzas con los gobiernos, específicamente en temas de salud reproductiva, desde la CIPD.

Los países donantes han dado asistencia técnica y financiera a los países en desarrollo para abordar la crisis del VIH/SIDA a nivel global. Han contribuido igualmente a la creación de los ambientes necesarios a nivel de políticas y programáticos para que los países en desarrollo aborden y retrasen la expansión de la pandemia. Un ejemplo es Japón, en que la JICA, la Agencia Japonesa de Cooperación

Internacional, sostuvo seminarios sobre salud reproductiva y VIH/SIDA, patrocinó talleres para fortalecer las capacidades técnicas de ONGs de países en desarrollo, proporcionó expertos técnicos para trabajar en países en desarrollo, y contribuyó con los fondos internacionales para combatir el VIH y otras enfermedades infecciosas. Los países donantes también continuaron con su apoyo a la investigación y seguimiento de las tendencias en VIH/SIDA y salud reproductiva, particularmente las ITS. Los Estados Unidos, por ejemplo, desarrollan cada año un plan de investigación en SIDA a nivel transnacional, que involucra a varios Institutos Nacionales de Salud. El proceso, inclusivo y colaborativo, involucra tanto a expertos del sector académico, fundaciones, industria, así como a representantes de la comunidad, tanto a nivel de gobierno como de organismos no gubernamentales.

Las organizaciones de la sociedad civil responden cada vez más a las solicitudes de los donantes para establecer alianzas, y ya han iniciado algunas de ellas. Ocho países donantes reportaron que las ONGs han emprendido iniciativas para ayudar a abogar por las metas y objetivos de la CIPD en sus respectivos países. Otras áreas importantes en que las ONGs han tomado medidas para asistir a los gobiernos incluyen: mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva, abordar las necesidades de salud reproductiva de los y las adolescentes, proteger los derechos y el empoderamiento de mujeres y niñas, y proteger los derechos de migrantes/refugiados/PDI y el combate al tráfico (Tabla 9.3).

Los países donantes han tomado medidas para fortalecer sus alianzas con el sector privado en temas de población y

salud reproductiva. Siete de estos países informaron que hay una sólida cooperación con el sector privado en la prestación de servicios de salud reproductiva. Otros siete señalaron que han hecho alianzas con el sector privado para fortalecer la seguridad en el abastecimiento de insumos en salud reproductiva.

Un área particularmente sólida de colaboración entre el gobierno y la sociedad civil, desde la CIPD, se encuentra en el papel de las ONGs en cuanto a posibilitar la creciente influencia de los grupos parlamentarios sobre población y salud reproductiva. Casi todos los países (16) señalaron una influencia creciente de los grupos parlamentarios. La mayor parte de esta influencia se ha logrado gracias al aumento de comités de parlamentarios y grupos de legisladores en temas de población y salud reproductiva (10 países), y a través de la elaboración de propuestas y ratificación de nuevas leyes/reglamentos apoyadas por grupos parlamentarios (cuatro países).

Los países donantes se encuentran trabajando en formas de fortalecer su trabajo con ONGs en áreas prioritarias emergentes. Más de la mitad de los encuestados (9 países) indicaron oportunidades para establecer alianzas con ONGs en temas como habilidades para la vida/programas de educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes/prevenición y tratamiento de VIH/SIDA, VBG, y la promoción de la agenda de la CIPD y los ODM.

Movilización de recursos y cooperación para el desarrollo

En sus esfuerzos por implementar el PdA de la CIPD, los países donantes y sus aliados han empleado marcos conceptuales y procesos de desarrollo internacional hasta donde ha sido posible. La mayor parte de los países ha manifestado usar marcos como los ODM, DERPs, ESIs y otros procesos, en apoyo a su trabajo en temas de población y salud reproductiva. (Cuadro 9.1). Varios países donantes informaron que están usando los ODM como una base para el desarrollo de programas y políticas que promuevan la agenda de la CIPD. Once países indicaron haber promovido la agenda de la CIPD a través de los DERPs, mientras que siete países la están colocando a través del uso de ESIs. Los países donantes indicaron también que estos marcos conceptuales de desarrollo, relacionados entre sí, han sido útiles en la planeación de actividades de IEC y alianzas con ONGs en temas de población y salud reproductiva relacionados con el PdA de la CIPD.

Los procesos pre-CIPD y el periodo inmediato post-CIPD vieron un aumento en el flujo de recursos en forma de asistencia de los donantes. Varios miembros de la comunidad internacional de donantes demostraron su compromiso para

Tabla 9.3 Áreas de alianza entre gobiernos donantes y ONGs

Medidas adoptadas	Número y Porcentaje de países	
	No.	%*
Mejorar el acceso a servicios de SR	15	83
Orientarse a las necesidades especiales en SR adolescente	12	67
Protección de los derechos y empoderamiento de niñas y mujeres	12	67
Promoción y defensa de metas y objetivos de la CIPD	8	44
Protección de los derechos de migrantes/refugiados/PDIs, y combate al tráfico	4	22
Total	18	100

*Basado en respuestas múltiples; por lo tanto los porcentajes pueden sumar más de 100.

RECUADRO 9.1 VÍNCULOS ENTRE LA AGENDA DE LA CIPD Y LOS MARCOS DE DESARROLLO INTERNACIONAL

Los países donantes utilizan varios marcos y procesos de desarrollo internacional, tales como la Declaración del Milenio, los DERPs, ESIs, y reformas a los sectores para promover la agenda de la CIPD en la cooperación internacional. Por ejemplo:

En **Canadá**, la Agencia para el Desarrollo Internacional Canadiense (CIDA por sus siglas en inglés) coopera con sus socios y partes interesadas pertinentes en la identificación y promoción de las prioridades impulsadas por la CIPD. Para ello, trabaja en el marco de estrategias de reducción de la pobreza y reformas sectoriales. Canadá considera a la promoción de la igualdad de género un componente esencial de los DERPs, ESIs y estrategias nacionales de reducción de la pobreza.

En **Japón**, el gobierno utiliza ESIs y DERPs de manera proactiva, y provee de ayuda para la recolección básica de datos para el análisis de la pobreza y para mejorar las capacidades nacionales de recolectar, analizar y diseminar datos elementales para la implementación del PdA de la CIPD.

En **Noruega**, los ODM se usan para establecer prioridades y como referencia en el diálogo con los aliados en el desarrollo, para subrayar la importancia de atender cuestiones tales como la salud materna y la prevención del VIH/SIDA.

El gobierno de **Suecia** se esfuerza por promover las agendas de la CIPD y la CIPD+5 a través de DERPs, ESIs y reformas a los sectores, y mediante un diálogo continuo con gobiernos y contrapartes que participan en dichos programas. Suecia pone énfasis en la salud y los derechos sexuales y reproductivos; las necesidades de las personas jóvenes; la igualdad de género y el papel de los hombres; y en la prevención, atención y apoyo a actividades en torno al VIH/SIDA.

En **Suiza**, la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (SDC, en inglés) ha desarrollado y lleva a cabo nuevas políticas, estrategias y guías dirigidas a contribuir con el logro de los ODM y las metas de la CIPD. Por ejemplo, su nueva política en salud tiene como objetivo mejorar la salud de las

poblaciones más pobres y vulnerables, para así contribuir a la reducción de la pobreza y al desarrollo sustentable. Los retos clave incluyen mejorar la salud reproductiva y promover el derecho a los servicios de salud reproductiva, mejorar la salud materna y perinatal, e intensificar los esfuerzos para reducir la violencia con base en el género.

En el **Reino Unido**, el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), se dirige hacia el uso de DERPs y mecanismos de apoyo presupuestario basados en las prioridades expresadas por los países en desarrollo mismos, que utilizan indicadores clave de los ODM y de salud reproductiva para dar seguimiento a los avances.

En los **Estados Unidos** el gobierno coloca un mayor énfasis en la reducción de la pobreza. Se ha creado una "Cuenta de Retos del Milenio", a la que se asignan fondos para esfuerzos de reducción de la pobreza en países en los que los gobiernos han demostrado tener un compromiso con las reformas internas que alientan el crecimiento económico sostenido.

alcanzar las metas y objetivos del PdA de la CIPD, a través de incrementar su asistencia a actividades de población. La asistencia internacional para actividades de población aumentó 54 por ciento entre 1993 y 1995, de 1,300 millones de dólares a 2,000 millones. El incremento de fondos sirvió para apoyar programas de población que beneficiaron a millones de personas en países en desarrollo. Sin embargo, en los años entre 1995-1999 la asistencia para actividades de población no aumentó, sino que se mantuvo alrededor de la marca de los 2,000 millones. En 1997, los niveles de fondos de hecho disminuyeron por primera vez desde Cairo.

Aunque la asistencia en actividades de población alcanzó su máximo nivel de 2,600 millones en 2000, la meta financiera de la CIPD de 5,700 millones para el año 2000, no fue alcanzada; los recursos movilizados representaron apenas el 46 por ciento de la meta acordada como la parte correspondiente a la comunidad internacional para el financiamiento del PdA de la CIPD. Sin embargo, después de disminuir en el año 2001, la asistencia internacional aumentó en el 2002 hasta casi los 2,800 millones. Aún así, todavía persiste una amplia brecha entre la asistencia y las metas de la CIPD.

Los países donantes informaron haber encontrado limitantes en sus propios países para la movilización de recursos para el apoyo a programas de asistencia internacional,

incluyendo los relativos a la implementación del PdA de la CIPD. Han indicado que una gran limitación para apoyar el PdA de la CIPD es el alto nivel de competencia en la demanda por los fondos de donantes, sumado a limitaciones financieras en los presupuestos para ayuda internacional. Más del 65 por ciento de los países que respondieron a la encuesta indicaron que esta es la limitante más apremiante. También indicaron que en los países donantes existen otros obstáculos como: una falta de entendimiento de lo que es la cooperación internacional entre los ciudadanos de dichos países (20 por ciento), y el hecho de que algunos gobiernos den una baja prioridad o tengan actitudes negativas hacia el PdA de la CIPD (20 por ciento).

Aunque las limitaciones a la implementación de la CIPD presentan retos significativos, los países donantes indicaron que el PdA de la CIPD ha sido una herramienta útil para enmarcar sus estrategias de desarrollo. Muchos países donantes (15) reportaron cambios en sus estrategias de asistencia para el desarrollo en apoyo a los temas de población y salud reproductiva. En particular, los países donantes alteraron las estrategias de asistencia para el desarrollo con el fin de incluir asuntos de género, prevención y tratamiento de VIH/SIDA, y aumentar el diálogo con beneficiarios y sociedad civil. Aún más, varios países donantes han revisado sus políticas

RECUADRO 9.2 APOYO PARA PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

En apoyo a la profundización de la implementación del PdA de la CIPD, en particular de fortalecer la ayuda internacional en población y salud reproductiva, varios países donantes han revisado sus políticas y prioridades y/o han modificado sus estrategias de ayuda al desarrollo. Por ejemplo:

En **Australia**, el gobierno publicó, en el 2001, una política enmendada sobre ayuda a la planificación familiar. En cuanto al diseño e implementación de proyectos de planificación familiar en el extranjero, la política sostiene que "Todos los programas de planificación familiar deben reconocer la importancia de los contextos cultural, familiar y religioso en que se desarrollan los proyectos". Australia seguirá dando seguimiento a sus programas y, donde resulte apropiado, aplicará las lecciones aprendidas para mejorar la calidad de los resultados.

En **Dinamarca**, el gobierno ha preparado una propuesta de políticas y prioridades para su ayuda al desarrollo del 2004 al 2008. Se da un mayor énfasis a temas de salud y

población, incluyendo un financiamiento adicional para actividades en estas áreas.

En **Finlandia** el gobierno ha propuesto dar mayor apoyo a actividades relacionadas con el VIH/SIDA y a la implementación de los ODM. El gobierno actualmente prepara un informe oficial sobre cooperación para el desarrollo, que subraya la implementación de los ODM.

En **Alemania**, el gobierno ha desarrollado una nueva política sobre salud sexual y reproductiva, que se ha colocado al centro de la estrategia alemana para la reducción de la pobreza. Los proyectos de salud sexual y reproductiva se integrarán a los enfoques programáticos más amplios para el desarrollo de un sistema de salud y reformas al sector salud.

En **Holanda** la implementación del PdA de la CIPD es está extendiendo al prestar mayor atención explícita a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en particular. Del mismo modo, las políticas en salud reproductiva se amplían para incluir aspectos políticos y de derechos humanos.

En **Nueva Zelanda** el gobierno se comprometió a avanzar hacia la meta del DAC del 0.7 por ciento del PNB dedicado a la asistencia oficial para el desarrollo. El punto central de la política de su programa de AOD es la erradicación de la pobreza, que tiene claras implicaciones para la salud reproductiva. Es probable que población, salud reproductiva y VIH/SIDA continúen como prioridades dentro de los marcos estratégico y de políticas de salud de la Agencia de Nueva Zelanda para el Desarrollo Internacional (NZAID), y es posible que se les de un mayor énfasis en el futuro.

El gobierno de **Suecia** ha ampliado y fortalecido su apoyo a la agenda de la CIPD. El documento gubernamental sobre desarrollo global, presentado ante el Parlamento en mayo del 2003, recalca los temas de población y desarrollo, en especial aquellos que se refieren a género, salud y derechos sexuales y reproductivos, VIH/SIDA, migración, desarrollo y las necesidades de las personas jóvenes.

y prioridades y/o han modificado sus estrategias de asistencia para el desarrollo, en apoyo a la implementación del PdA de la CIPD, particularmente para el fortalecimiento de la asistencia internacional en población y salud reproductiva. (Recuadro 9.2)

9.8 CONCLUSIÓN

Las respuestas de los países donantes a esta Encuesta, revelan que enfrentan muchos retos similares a los que enfrentan sus asociados en los países en desarrollo, más específicamente en lo que se refiere al envejecimiento de la población, migración, y salud reproductiva de los y las adolescentes. Una mayor colaboración y alianzas entre los países donantes y países en desarrollo sería mutuamente benéfica, y proporcionaría recursos y capacidades aumentadas para la completa implementación del PdA de la CIPD.

Los esfuerzos para la implementación de la CIPD continúan ganando impulso en los países donantes. Casi la totalidad de los 18 países que respondieron a la Encuesta han revitalizado sus programas de salud reproductiva a través de medidas como aumentar su atención a las necesidades de salud reproductiva de los y las jóvenes, adolescentes, migrantes y poblaciones indígenas; incrementar la disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva de alta calidad; y mejorar la capacitación de las personas proveedoras de atención a la salud.

Los países donantes han mejorado también sus respuestas en torno a la pandemia del VIH/SIDA. Han aumentado los fondos para los programas de investigación y prevención; han mejorado el acceso a los cuidados y tratamiento; han organizado redes de apoyo; y han empleado nuevas tecnologías de información para incrementar la conciencia sobre esta enfermedad y diseminar información sobre ella. Han adoptado, así mismo, medidas para proteger los derechos de mujeres y niñas y para promover el empoderamiento de las mujeres. Estas medidas incluyen la promulgación de nuevas leyes y reglamentos para abordar la violencia basada en el género y el combate al tráfico de mujeres y niñas.

Los países donantes continúan preocupados por una serie de asuntos tales como satisfacer las necesidades de las personas mayores; los crecientes niveles de inmigración ilegal y el continuo flujo de refugiados y de aquellos en busca de asilo y el tráfico de seres humanos. Más recientemente, han reconocido la necesidad de fortalecer capacidades nacionales para abordar enfermedades nuevas y emergentes, así como amenazas bio-terroristas.

Los países donantes perciben que durante los últimos 10 años ha habido un progreso considerable en la implementación de áreas clave del PdA de la CIPD en los países en desarrollo. Ha habido avances en reorientar y fortalecer

políticas y programas de salud reproductiva, incluyendo aquellos que se enfocan en la planificación familiar. También ha habido un aumento en el reconocimiento de que las preocupaciones de género, incluyendo el empoderamiento de las mujeres, son vitales para el proceso de desarrollo. Más aún, los países donantes reportan aumentos en el número de alianzas y esfuerzos de colaboración entre los gobiernos y la sociedad civil en cuestiones relacionadas a asuntos de población y salud reproductiva, y un aumento en el reconocimiento de la necesidad de colocar los derechos humanos y las necesidades individuales (en vez de los objetivos demográficos) en el centro de las políticas de población.

Aunque los países donantes han movilizado recursos para apoyar a los países en desarrollo en la implementación

del PdA de la CIPD, los recursos financieros siguen siendo insuficientes. Este es un punto particularmente preocupante para los países menos desarrollados, donde el tamaño de la población se triplicará en los próximos 50 años. Los países donantes reconocen que, para avanzar en la implementación del PdA de la CIPD, van a necesitar fortalecer e intensificar su apoyo internacional en las áreas de población y salud reproductiva. Van a necesitar mantener alianzas y colaboración con actores relevantes. Y que, finalmente, deben ser pro-activos al utilizar los marcos y procesos para el desarrollo internacional, con el fin de promover la agenda de la CIPD.

10 Panorama de los avances y el camino a seguir

10.1 PANORAMA DE LOS AVANCES

Los resultados de esta Encuesta Global convocan a celebrar la implementación de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), del Programa de Acción (PdA) y las *Acciones Clave*. El avance en los países a partir del Cairo es claramente visible en las políticas y en los niveles operativo y programático. Esta Encuesta muestra:

- Un aumento considerable en la conciencia en torno a la agenda de la CIPD, la familiaridad y apropiación de ésta en los países de todas las regiones;
- Una confirmación de que los países están implementando el PdA de la CIPD de forma pragmática, al adoptar un enfoque de acciones incrementales y centrándose, en primer lugar, en las preocupaciones prioritarias;
- Una evidencia clara de intervenciones multisectoriales extensas en la implementación del PdA de la CIPD;
- Un notable incremento en las formas institucionalizadas de atender cuestiones de población, género y salud reproductiva, como lo evidencia la adopción formal de políticas, legislaciones, estrategias o programas en muchos países;
- Una apropiación clara de los conceptos salud reproductiva y derechos reproductivos;
- Un esfuerzo significativo para integrar servicios de planificación familiar en la salud reproductiva, que da por resultado un mayor uso de métodos modernos de planificación familiar;
- Una tendencia a estimular la agenda de la maternidad sin riesgos, con mayor énfasis en la atención del parto y la referencia en casos de urgencia;
- Un sólido cambio hacia la incorporación de contrapartes de la comunidad y la sociedad civil como aliados, especialmente grupos de mujeres, como parte del aparato de toma de decisiones y de programación;

- Un reconocimiento emergente de que el logro de las metas de la CIPD es crítico para alcanzar los ODM, y que puede ganarse mucho buscando un abordaje integrado y coordinado para la formulación, implementación y seguimiento de los programas para alcanzar estos dos grupos de metas.

Sin embargo, el avance registrado no es uniforme en todos los países, regiones o áreas programáticas de la agenda del Cairo. Existen grandes variaciones en la acción nacional con respecto a la extensión de las acciones tomadas, el vigor de las medidas adoptadas, la escala y el alcance de las intervenciones implementadas y la cantidad de recursos asignados. La Encuesta también indica algunos vacíos programáticos y operativos importantes, que apuntan al camino a seguir. En la sección siguiente se presenta una breve descripción de los avances alcanzados por área programática, de las problemáticas programáticas encontradas y de las acciones a llevar a cabo en el futuro. La sección final del capítulo sugiere acciones para abordar las cuestiones operativas y termina con una conclusión.

10.2 EL CAMINO A SEGUIR POR ÁREA PROGRAMÁTICA

Población y desarrollo

Los resultados de la Encuesta muestran que, desde El Cairo, un número significativo de países ha realizado acciones para incluir los problemas de población en los planes de desarrollo social y económico, en las estrategias para la reducción de la pobreza y en la planeación a nivel local. El análisis revela que los países han enfocado sus acciones en cuestiones prioritarias de población y desarrollo, incluyendo la reducción de la pobreza, el envejecimiento poblacional, la migración interna y externa. Los países con los niveles más altos de pobreza se inclinaron más a desarrollar estrategias de reducción de la pobreza, mientras que los países con más alto nivel de envejecimiento poblacional fueron casi dos veces más proclives a adoptar iniciativas importantes en torno a las necesidades especiales de las personas mayores. Muchos países están incrementando esfuerzos en las áreas de migración interna e internacional; la mayoría están tomando acciones específicas para manejar el desplazamiento interno y el tráfico de mujeres y niñas. De acuerdo con la Encuesta, aún hay necesidad de:

- Intensificar las actividades de promoción y defensa, dirigidas a liderazgos gubernamentales y de ONGs, en torno a los vínculos entre población y pobreza;
- Fortalecer la recolección de datos y el análisis para dar seguimiento a las condiciones de vida de las personas pobres; contribuir a la formulación de políticas de desarrollo social; y diseñar programas enfocados en la reducción de la pobreza, especialmente en los grupos vulnerables;
- Fortalecer la capacidad nacional para robustecer el análisis de las causas y las consecuencias de la migración y la inmigración, así como de la migración interna, en los contextos nacionales individuales, con miras a ayudar a los países a que desarrollen políticas de migración apropiadas. A nivel internacional se necesitan estudios de niveles y tendencias, así como de las implicaciones micro y macro de la migración internacional;
- Llevar a cabo estudios de políticas a nivel nacional y sub-nacional relativos a las estructuras por edad y el envejecimiento de la población a través de la incorporación de cambios estructurales y sociales asociados con el envejecimiento en la formulación de políticas sociales de desarrollo; y
- Promover y fortalecer la protección y respeto de los derechos humanos, la dignidad individual y los valores éticos, sensibles a las diferencias culturales, en la implementación de la agenda de la CIPD.

Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres

Como muestran los resultados de la Encuesta, un alto porcentaje de países informó haber abordado el género como prioridad desde El Cairo. Casi todos indicaron haber realizado al menos una acción, legislativa o administrativa, o una política, para proteger los derechos de niñas y mujeres y para apoyar su empoderamiento. Un número importante informó sobre la formulación de políticas para erradicar la discriminación por género o para proveer de protección constitucional a mujeres y niñas. Muchos países informaron también sobre esfuerzos para incrementar la participación de las mujeres en el gobierno y para brindar oportunidades económicas, de educación y capacitación para mujeres y niñas. Estos resultados muestran también áreas menos atendidas que necesitan más esfuerzos. En general, hay una necesidad de asegurar la implementación efectiva de leyes y políticas. La violencia basada en género (VBG), la institucionalización de la perspectiva de género, el tráfico de mujeres

y niñas, y el desarrollo de capacidades nacionales, continúan presentando las mayores brechas en muchas regiones del mundo, lo que resalta la necesidad de:

- Fortalecer la capacidad nacional en las áreas de género y derechos humanos, fomentando el diálogo y forjando alianzas con la sociedad civil, los grupos de mujeres, estructuras gubernamentales y otras maquinarias coordinadoras de temas de mujeres, organizaciones religiosas, estructuras de poder local y donantes, entre otros;
- Desarrollar estrategias para reducir y eliminar la violencia basada en el género, incluyendo la construcción de capacidades en los niveles regional y nacional para la recolección y análisis de datos sobre VBG, así como el diseño de estrategias para la prevención, especialmente en situaciones de conflicto y post-conflicto;
- Asumir el trabajo conceptual y metodológico que incorpore la perspectiva y la igualdad de género en las políticas y programas de desarrollo, definiendo la institucionalización de la perspectiva de género en términos no técnicos, y promover su comprensión entre las personas tomadoras de decisiones y encargadas de la planeación. Establecer mecanismos para la integración de la perspectiva e igualdad y equidad de género y empoderamiento de las mujeres en la planeación del desarrollo y en los marcos programáticos regionales, nacionales e internacionales (por ejemplo, evaluaciones comunes de país/Marcos para la Ayuda al Desarrollo de las Naciones Unidas, DERPs, ESIs);
- Fortalecer las actividades para eliminar el tráfico de mujeres jóvenes, niñas y niños, así como las medidas existentes, especialmente en las áreas propensas al tráfico, para habilitar sitios que brinden información, asesoría y servicios de referencia a víctimas potenciales, mediante programas internos y externos; y
- Abogar por la participación de las mujeres y asegurar que participen en los órganos de toma de decisiones a nivel local, municipal y nacional, incluyendo aquéllos relacionados con la salud reproductiva.

Derechos reproductivos y salud reproductiva

La Encuesta muestra que los países reconocen la atención a la salud reproductiva y sexual como algo que mujeres y hombres tienen el derecho a esperar, y trabajan para cumplir con esta expectativa. Los países están haciendo un esfuerzo significativo para empoderar a las mujeres respecto de sus opciones en salud reproductiva y para motivar la incorpora-

ción de los hombres en la planificación familiar y la salud reproductiva. Desde El Cairo, la mayoría de los países ha tomado medidas para incluir la salud reproductiva como parte del paquete de reformas al sector salud, y para integrar cada vez más los componentes del servicio de salud reproductiva al sistema de atención primaria a la salud. El progreso es también significativo tanto en el número de países que toman medidas de importancia como en la variedad de medidas tomadas para incrementar la información y el acceso a los anticonceptivos y la elección de los mismos. Todavía falta mucho por hacer para mejorar el acceso y la asequibilidad de los servicios, especialmente en los hogares pobres. Por otra parte, la participación de los hombres en el avance de la salud reproductiva sigue siendo inadecuada. El camino a seguir requiere que las contrapartes:

- Promuevan la salud reproductiva como un componente esencial de las estrategias de reducción de la pobreza, crítico para reducir la alta fecundidad, la alta y tenaz mortalidad y morbilidad maternas, y la diseminación del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual;
- Hagan los servicios de salud reproductiva aún más accesibles a las personas pobres, descentralizando los servicios hasta el nivel comunitario y explorando esquemas alternativos de financiamiento;
- Promuevan aún más el uso del marco de los derechos humanos como guía de políticas, diseño de programas y provisión de servicios, para modelar estrategias de salud y derechos reproductivos humanas y efectivas;
- Integren actividades para abordar la violencia basada en el género en los programas de salud reproductiva;
- Promuevan servicios de alta calidad centrados en los usuarios de ambos sexos, incluyendo materiales educativos, mejorando la consejería, y tomando en cuenta la perspectiva de los usuarios para mejorar la provisión de servicios; y colaboren a aumentar la demanda y utilización de los servicios, elevando la conciencia en torno a las necesidades de salud y derechos reproductivos y mejorando la motivación y habilidades de proveedores de servicios, así como su interacción con las y los usuarios; y que
- Aseguren que se cuente con insumos para salud reproductiva, con el compromiso de dedicarle mayores recursos, y que la seguridad de abastecimiento de tales insumos sea incorporada a los sistemas de asignación de recursos y presupuestos nacionales.

Salud reproductiva adolescente y juventud

En la última década, la salud reproductiva de los y las adolescentes se ha vuelto una prioridad en todo el mundo. Los resultados de la Encuesta demuestran que los países reconocen cada vez más la importancia de este tema. La mayoría de los países que respondieron a la Encuesta informaron haber tomado acciones desde El Cairo para abordar la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los y las adolescentes, incluyendo la provisión de servicios amigables para jóvenes. Muchos países indicaron también haber realizado grandes esfuerzos para disminuir las disparidades de género en educación, para proporcionar una educación integral sobre salud y habilidades para la vida para jóvenes dentro y fuera de la escuela, y para incrementar las oportunidades de empleo para la gente joven. A pesar de los logros respecto a la salud reproductiva de los y las adolescentes, la Encuesta revela la necesidad de:

- Elevar el compromiso político de los gobiernos para diseñar programas integrales, basados en derechos, para adolescentes y jóvenes;
- Asegurar la completa participación de los y las adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y seguimiento de programas que atiendan sus preocupaciones;
- Coordinar esfuerzos de información, educación y comunicación (IEC) dirigidos a adolescentes y jóvenes con expansión de los servicios para mejorar el acceso, particularmente de aquellos en mayor desventaja;
- Elevar la inversión en desarrollo de capital humano, incorporando educación pública de calidad, capacitación en habilidades para la vida y servicios de salud (incluyendo salud reproductiva) enfocados a los y las jóvenes, en las estrategias de desarrollo nacional y de inversión; e
- Involucrar a los padres, comunidades y líderes culturales en los esfuerzos para promover la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

VIH/SIDA

La pandemia del VIH/SIDA es una de las mayores amenazas a la seguridad y desarrollo humano. La Encuesta demuestra que los países han respondido con medidas como el establecimiento de comisiones o comités nacionales, y el desarrollo de programas y políticas multisectoriales. Muchos informaron sobre el desarrollo de programas de prevención específicamente enfocados a intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo, incluyendo trabajadores sexuales de ambos sexos,

usuarios y usuarias de drogas inyectables y conductores de camiones de carga. Sin embargo, hay mucho que hacer todavía para fortalecer las medidas preventivas y curativas, particularmente incrementando las actividades de IEC, las pruebas de laboratorio voluntarias y los programas de asesoría y tratamiento; y abordando los vínculos entre VIH/SIDA y pobreza, y discriminación por género y violencia. Las acciones deberán:

- Incorporar la prevención del VIH a las diversas políticas y programas sectoriales para minimizar el impacto adverso del VIH/SIDA y promover una respuesta multisectorial coordinada, creando un cuerpo coordinador nacional sobre SIDA, así como una estrategia y sistema de seguimiento nacionales;
- Desarrollar y fortalecer la integración de servicios e información en salud reproductiva, prevención, atención y tratamiento de ITS y VIH, y educación sobre salud sexual;
- Abogar por el más alto nivel posible de acceso a un balance apropiado de prevención, tratamiento, atención y apoyo;
- Atender las necesidades específicas de mujeres y niñas quienes sufren un impacto negativo desproporcionado por el VIH/SIDA; asegurar que las leyes, las políticas y los programas sean sensibles al género, y que efectivamente den cobertura a mujeres y niñas; y
- Romper el ciclo de la pobreza y VIH/SIDA, y acelerar el progreso hacia los ODM, llevando a cabo acciones simultáneas más agresivas para atacar la pobreza y abordar el VIH/SIDA con intervenciones que asistan a los más vulnerables.

Promoción y defensa, educación y comunicación para el cambio de comportamiento

Los países que respondieron a la Encuesta reportaron numerosas estrategias de promoción y defensa para promover comportamientos responsables y saludables, especialmente entre los grupos de alto riesgo, incluyendo mujeres y gente joven. Se reportaron logros a partir del Cairo en el desarrollo de programas locales y nacionales de promoción y defensa, así como cabildeo para lograr la aprobación de leyes y cambios en la legislación que apoyen el PdA de la CIPD. Un gran número de países también informó haber tomado acciones significativas para expandir la cobertura de temas relacionados con derechos y salud reproductiva, para influir sobre actitudes y cambios de comportamiento mediante el uso creativo de medios populares y tradicionales, y mediante el uso de nuevas

tecnologías de información y comunicación. Hay todavía necesidad de:

- Asegurar que el ambiente social y cultural sea tomado en cuenta en la formulación e implementación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, para maximizar su recepción positiva y su efectividad y para facilitar la aplicación del abordaje de género y salud reproductiva basados en derechos; y
- Aumentar la coordinación y los vínculos entre los programas de IEC/CCC y los servicios de salud reproductiva para mejorar su efectividad y para dar atención a necesidades insatisfechas y a la población no cubierta.

Alianzas

Sobre el incremento de alianzas y recursos para temas de población y salud reproductiva, la Encuesta revela muchos logros desde El Cairo, pero también áreas que requieren mejoras. La mayoría de los países privilegiaron las alianzas con un amplio espectro de partes interesadas y han informado sobre alianzas con ONGs, otras organizaciones de la sociedad civil, socios del sistema de Naciones Unidas y sector privado. Los tipos de alianzas varían desde el desarrollo e implementación de programas, a la capacitación de personal y a esfuerzos para el desarrollo profesional, colaboración con grupos parlamentarios y una novedosa cooperación sur-sur. También cubren numerosas áreas sustantivas como género y empoderamiento de las mujeres, salud reproductiva de adolescentes, prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En el camino a seguir se deberá:

- Motivar la evolución de estas alianzas, de un estatus de consultorías y consejerías, a una más genuina distribución de poder y autoridad en el diseño, planeación e implementación de políticas y programas;
- Reafirmar el compromiso con alianzas más amplias e inclusivas con la sociedad civil y, particularmente, con el sector privado;
- Crear alianzas que incluyan abordajes mutisectoriales y un rango más amplio de socios, así como la cobertura de un número mayor de áreas programáticas y de políticas de población, género y salud reproductiva; y
- Fortalecer la cooperación y colaboración futuras con aliados del sistema de Naciones Unidas, a nivel de país y a otros niveles, para asegurar que las metas y temas de la CIPD estén bien integradas en los esfuerzos por cumplir los ODM.

Recursos

En el área de movilización de recursos, aunque algunas tendencias recientes en la asistencia internacional a población y salud reproductiva son alentadoras, no es probable que el compromiso financiero actual satisfaga las metas del 2005 como se acordó en la CIPD y CIPD+5. Los niveles actuales de recursos son inadecuados para hacer realidad la visión del Cairo. Tendremos que:

- Proteger el financiamiento para población y salud reproductiva de cara a las nuevas y diversas prioridades, así como en el contexto de las modalidades de financiamiento internacional; y
- Asegurar que la meta de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) del 0.7 por ciento del PNB se cubra, y que se asignen los recursos apropiados para población y salud reproductiva en los nuevos financiamientos y/o marcos programáticos, tales como los ODM, ESIs y DERPs.

Problemáticas señaladas por los países donantes

Las respuestas de los países donantes a la Encuesta revelan que ellos hacen frente a muchos de los retos de población y salud reproductiva que enfrentan sus socios en desarrollo, más específicamente en salud reproductiva, salud reproductiva de los y las adolescentes, envejecimiento de la población y migración. Una mayor colaboración y mejores alianzas entre donantes y países en desarrollo beneficiaría a ambos e incrementaría los recursos y capacidades para la implementación completa del PdA de la CIPD. Los esfuerzos de los países donantes en esta materia permitirían:

- Continuar y fortalecer sus esfuerzos de asistencia a los países en desarrollo mediante la transferencia de asesoría técnica, pericia en programas, y recursos para actividades de salud reproductiva y población;
- Derribar barreras para la armonización entre donantes y el apoyo a las prioridades de los programas nacionales y facilitar los esfuerzos para idear e implementar actividades programáticas coordinadas; y
- Mejorar los métodos para compartir conocimientos e intercambiar observaciones sobre lecciones aprendidas y buenas prácticas con sus socios de países en desarrollo.

10.3 EL CAMINO A SEGUIR EN CUESTIONES OPERATIVAS

Los hallazgos de la Encuesta apuntan a cuestiones operativas respecto a la necesidad de integrar la agenda de la CIPD a las

nuevas perspectivas, y la necesidad de fortalecer la implementación de programas.

Integración de la agenda de la CIPD a las nuevas perspectivas

Los resultados de la Encuesta indican claramente que los países están concientes de la relevancia de los ODM como un marco unificador para las acciones recomendadas respecto de las dimensiones sectoriales del desarrollo emanadas de las conferencias mundiales de los noventa. Adoptados al inicio del siglo 21, los ODM han ayudado tanto a cada país, como a la comunidad internacional, a buscar un enfoque más integral para desarrollar políticas, diálogos, programación y cooperación. Muchas de las metas de la CIPD están incluidas en los ODM y, de esta manera, el logro de los primeros es esencial para la consecución de los últimos. Para lograr coherencia entre ambos, el camino a seguir requiere que los países en desarrollo y sus socios para el desarrollo:

- Tomen ventaja de los esfuerzos de construcción de capacidades nacionales para alcanzar y dar seguimiento a los ODM para la implementación y seguimiento del PdA de la CIPD; y que
- Viertan los puntos de la CIPD en los diálogos sobre políticas en áreas tales como la erradicación de la pobreza, empoderamiento de las mujeres, políticas sociales, derechos humanos, sustentabilidad del medio ambiente, políticas macroeconómicas, ESIs, DERPs y otros marcos para el desarrollo y procesos programáticos.

Fortalecimiento de la implementación

La Encuesta contiene información importante sobre los problemas que enfrentan los países en la implementación del PdA de la CIPD. Particularmente, la movilización y utilización de recursos, desarrollo de capacidades, institucionalización, sistemas de seguimiento y evaluación, y la ausencia de sistemas de datos adecuados, fueron señalados por casi todos los países. Para tratar estas cuestiones es necesario:

- Aumentar la asignación de recursos locales para salud reproductiva, prevención del VIH/SIDA y programas de género y juventud, generando el compromiso de quienes diseñan las políticas, buscando que el apoyo de las contrapartes (gobierno, sociedad civil y sector privado) contenga una visión de género para adicionar recursos, maximizar las inversiones para los presupuestos disponibles, urgiendo a la comunidad internacional a dar recursos adicionales (especialmente a los países con bajos ingresos y menor

desarrollo) y haciendo serios esfuerzos para incrementar la efectividad y eficacia de las inversiones;

- Promover la creación de habilidades en los países detectando las necesidades, identificando los logros en cuanto a capacidades por alcanzar, adoptando estrategias apropiadas para el desarrollo de las capacidades, vigilando el progreso e impulsando a todos los socios, incluyendo a los gobiernos, donantes internacionales, agencias multilaterales, y sociedad civil, a coordinar su apoyo y acciones;
- Asegurar la continuidad, el mejoramiento y la sostenibilidad futura de los programas;
- Fortalecer las capacidades de administración en varias áreas funcionales, incluyendo administración de programas, de recursos, de datos e información y de recursos humanos;
- Fortalecer y/o establecer un sistema de seguimiento y evaluación efectivo en los países para resolver los problemas de la implementación de programas y evaluar su éxito. El mismo mecanismo podría usarse en el seguimiento de los logros de las metas de la CIPD, los ODM y otras metas de desarrollo internacionales; y
- Resolver urgentemente y de modo integral la ausencia de sistemas de datos en los países, fortaleciendo o estableciendo instituciones cuyo mandato sea la recolección de datos, análisis, utilización y difusión; la organización de programas de capacitación y de desarrollo de otras habilidades para mejorar la calidad y capacidad de los recursos humanos; aumentar los apoyos institucionales para equipos, insumos y otros materiales que permitan a las instituciones funcionar de manera efectiva.

10.4. CONCLUSIÓN

Es claro que se ha logrado gran avance en la implementación del Programa de Acción de El Cairo, y se ha aprendido

mucho de los éxitos y de los obstáculos para poner la agenda en práctica. Más aún, esta Encuesta muestra que los países se han apropiado del PdA de la CIPD al diseñar e implementar varios de sus componentes de manera comprometida y vigorosa. Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio dependerá del logro de las metas propuestas en El Cairo: que para el año 2015 todos los gobiernos aseguren acceso universal a los servicios de salud reproductiva; reduzcan la mortalidad materna e infantil, y abran las puertas de la educación a cada ciudadano, más particularmente a mujeres y niñas. El consenso alcanzado en El Cairo trata algunos de los problemas más urgentes del mundo. El Programa de Acción de la CIPD reconoce que invertir en la gente, aumentando sus oportunidades y permitiéndoles realizar su potencial como seres humanos, es la clave para el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sustentable, para mejorar la salud reproductiva y fortalecer los derechos reproductivos, así como para la estabilización de la población. La profundización del compromiso de los gobiernos con los temas de población refleja la importancia que éstos otorgan a estas problemáticas vitales. Sin embargo, en muchos sentidos, el compromiso de Cairo no se ha cumplido completamente. En consecuencia, muchas vidas se pierden, las futuras generaciones se ponen en riesgo y las perspectivas de desarrollo de naciones enteras peligran.

Esta Encuesta muestra que se ha construido un cimiento sólido en los primeros diez años de la CIPD para la implementación de la agenda del Cairo. Para alcanzar las metas y objetivos del Programa de Acción de la CIPD se necesitan compromiso y esfuerzos continuos para movilizar suficientes recursos humanos y financieros, para fortalecer las capacidades institucionales, y para nutrir alianzas más fuertes entre todos los sectores y con todas las partes interesadas.

Con renovado vigor, es posible hacer de la promesa de Cairo una completa realidad.

Referencias selectas

Naciones Unidas, *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994 (Nueva York, Naciones Unidas, 1995), ST/ESA/SER.A/149.

Naciones Unidas, *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*, Nueva York, 18 de septiembre del 2000, (Nueva York, Naciones Unidas, 2000), A/RES/55/2.

UNFPA, *Acciones Clave para profundizar la implementación del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, adoptadas por la vigésimo primera sesión extraordinaria de la Asamblea General*, 30 de Junio a 2 de Julio de 1999 (Nueva York, Naciones Unidas, 1999).

UNFPA, *National Perspectives on Population and Development: Synthesis of 168 National Reports Prepared for the International Conference on Population and Development*, Nueva York, 1994.

UNFPA, *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*, Nueva York, 1999.

Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE), *Belgian Platform on Population and Development: Ten years after ICPD in Cairo, Realizations and Challenge*, Gante, 2 de marzo del 2004.

Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Proyecto de Declaración de la Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Periodo de Sesiones de la CEPAL*, Santiago, 10 y 11 de marzo del 2004.

Comisión Económica de las Naciones Unidas para el Asia y el Pacífico (ESCAP), *Implementing the ICPD Agenda: Ten Years on the Asia Pacific Experience* (Proyecto), Bangkok, Febrero del 2004.

Anexo

Países que respondieron a la Encuesta Global (organizados de acuerdo con los agrupamientos regionales del UNFPA)

Región/Subregión	Número	Países
África Sub-Sahariana	45	Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chad, Comoras, Congo, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.
Estados Árabes	15	Argelia, Bahrein, Djibuti, Egipto, Jordania, Líbano, Marruecos, Omán, Palestina, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, Yemen.
Repúblicas de Asia central	5	Kazajistán, Kirguizistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.
Asia	21	Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, República Democrática Popular de Corea, Timor-Leste, India, Indonesia, República Islámica de Irán, República Democrática Popular Lao, Malasia, Maldivas, Mongolia, Myanmar, Nepal, Pakistán, Filipinas, Sri Lanka, Tailandia, Vietnam.
Pacífico	13	Islas Cook, Islas Fiji, Kiribati, Islas Marshall, Micronesia (Federación de Estados), Niue, Palau, Papua-Nueva Guinea, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.
América Latina	17	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela.
El Caribe	16	Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, República Dominicana, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Bahamas, Trinidad y Tobago.
CEI, Europa Central, Europa del Este y Turquía	19	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Georgia, Letonia, Lituania, Polonia, República de Moldova, Rumania, Rusia, Serbia y Montenegro, Eslovaquia, Eslovenia, Turquía, Ucrania.
Países Donantes	18	Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Estados Unidos de América.
TOTAL DE PAÍSES	169	



Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street
New York, NY 10017, Estados Unidos de América
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-702-2
S/2.500/2005

Impreso en papel reciclado.

Este resumen también está disponible en formato impreso y electrónico en Árabe, Inglés, Francés y Español y está disponible en el sitio web del UNFPA: www.unfpa.org/icpd