

NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA
PARA AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE - CEPAL**



Distr.
LIMITADA
LC/L.2064
5 de marzo de 2004
ORIGINAL: ESPAÑOL

Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del
Comité Especial sobre Población y Desarrollo
del período de sesiones de la CEPAL

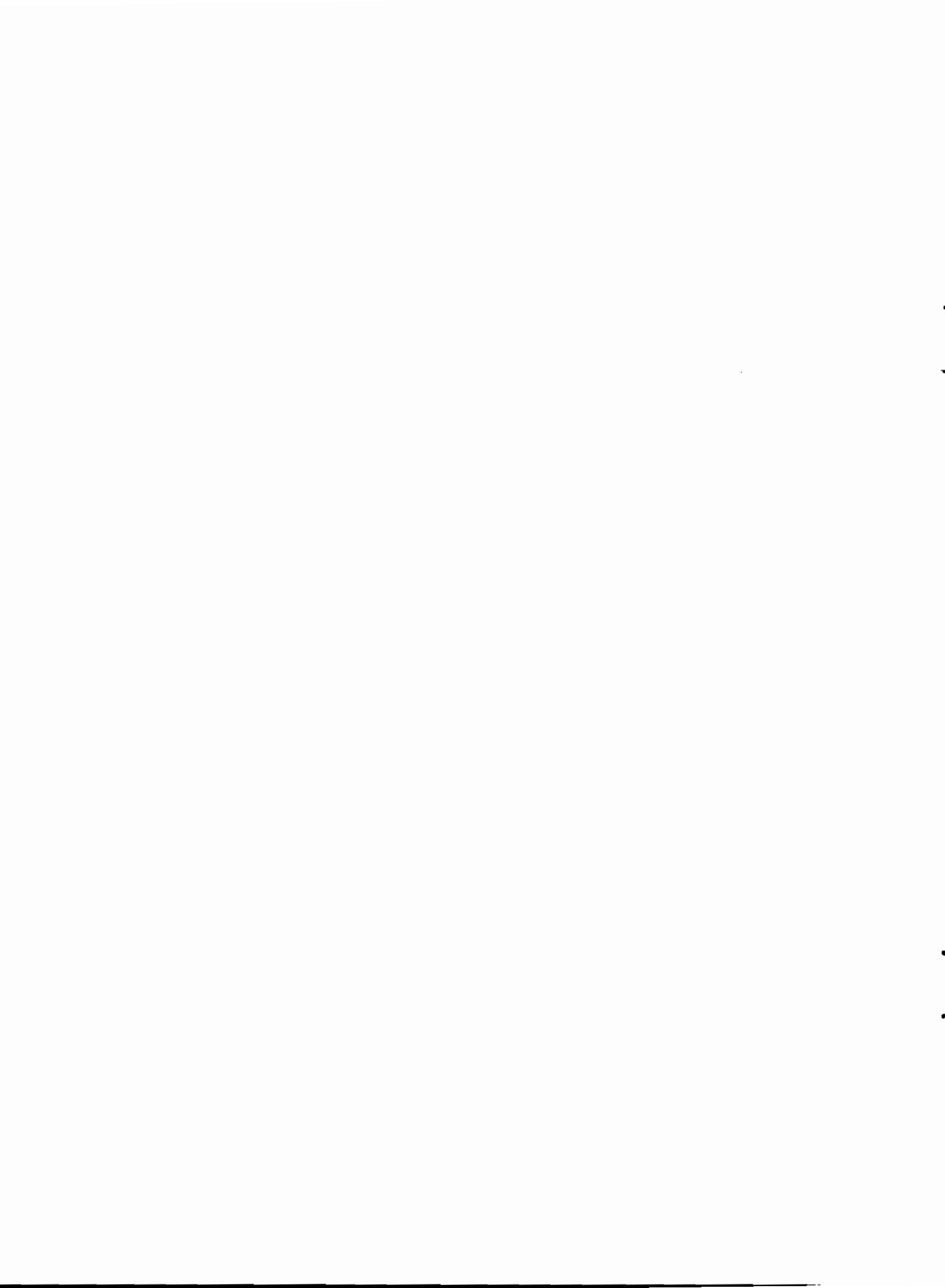
Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004

**CONMEMORACIÓN DEL DÉCIMO ANIVERSARIO DE LA CELEBRACIÓN DE LA
CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO:
ACCIONES EMPRENDIDAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA
DE ACCIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

ÍNDICE

Página

I.	CONTINUIDAD, CAMBIOS Y FENÓMENOS EMERGENTES EN EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO.....	1
	1. Evolución económica, social y política.....	1
	2. Principales tendencias demográficas	2
II.	LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO	11
	1. Integración de los asuntos de población en la agenda y las políticas públicas	11
	2. Actividades emprendidas	14
	3. Derechos y equidad.....	30
III.	COLABORACIÓN ENTRE EL GOBIERNO, LA SOCIEDAD CIVIL Y EL SECTOR PRIVADO	39
IV.	RECURSOS DISPONIBLES.....	41
V.	TEMAS PENDIENTES	43
	Bibliografía.....	47
	Anexo 1 -América Latina y el Caribe: organizaciones que participaron en la encuesta del UNFPA sobre los logros y obstáculos en la ejecución del Programa de Acción de El Cairo.....	49



I. CONTINUIDAD, CAMBIOS Y FENÓMENOS EMERGENTES EN EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Evolución económica, social y política

Durante los últimos diez años la economía de América Latina registró una notable volatilidad, acentuada por tres crisis económicas. En particular, el deficiente desempeño económico en los primeros años del nuevo milenio (la tasa de crecimiento del PIB fue del 0,4% en el año 2001, descendió al —0,4% en 2002 y repuntó al 1,5% en 2003) redundó en una reducción del producto per cápita y en la persistencia de altos índices de pobreza. Estos índices —que habían disminuido entre 1990 y 1997, después de haberse acentuado considerablemente durante la década perdida de 1980—, aumentaron en los últimos años. De todas formas, a lo largo del último decenio los porcentajes de la población en condición de pobreza e indigencia no bajaron del 42% y del 18%, respectivamente (CEPAL, 2003a). En materia de empleo, la creación de puestos de trabajo ha sido débil, aun en los años de dinamismo económico. El mantenimiento de altas tasas de desempleo, que afectan con especial intensidad a las mujeres y los jóvenes, y la precariedad caracterizan la realidad del mundo laboral. La distribución del ingreso tampoco mostró resultados alentadores en el período; salvo en casos excepcionales, no hubo mejoras distributivas y en varios países se observaron retrocesos (CEPAL, 2003a). Así, América Latina y el Caribe sigue siendo la región del mundo que presenta un mayor grado de desigualdad.

Las economías del Caribe tienen especificidades —como mercados internos pequeños, insularidad y dependencia de un número limitado de productos y servicios— que las hacen altamente vulnerables a los ciclos económicos internacionales. Esto se refleja en las fluctuaciones del crecimiento económico, que fue reducido en los últimos diez años. En este mismo lapso se advirtió un cambio en la composición de la producción, con una contracción relativa del sector primario y un aumento de la gravitación de los servicios, particularmente el turismo. Asimismo, el ingreso percibido por las transferencias que realizan los migrantes a sus familias adquirió gran importancia. Por otra parte, los progresos de la integración económica regional, una de las opciones para reducir la vulnerabilidad macroeconómica, han sido lentos. Como en América Latina, en el Caribe la década se caracterizó por altas tasas de desempleo (especialmente en el caso de mujeres y jóvenes), pese a una leve mejoría, del 15% al 12% promedio (CEPAL, 2002a).

En el ámbito de la política, los últimos diez años han estado marcados por dos hechos aparentemente contrapuestos. Por una parte, la democracia se ha consolidado como régimen de gobierno y, en términos generales, recibe el apoyo de la mayoría de los actores sociales de los países. Como contrapartida, las convulsiones sociales —menos comunes en los países del Caribe de habla inglesa— y las expresiones de desencanto ciudadano con el sistema político han sido frecuentes, como lo pone en evidencia el relevo de varios presidentes elegidos democráticamente, que han debido renunciar a raíz de la presión y la movilización populares. A diferencia del pasado, la represión de las revueltas populares masivas es cuestionada a nivel interno e internacional. También a diferencia del pasado, los gobiernos civiles que caen no son reemplazados por dictaduras militares, sino por regímenes transitorios que reciben, de una u otra manera, la aprobación ciudadana y se comprometen a realizar elecciones. Aun cuando la inestabilidad sociopolítica observada en los últimos diez años se asocia a las crisis económicas que las democracias no han podido evitar y a los duros ajustes fiscales y estructurales que los gobiernos democráticos han usado para enfrentarlas, sus causas se vinculan con la persistencia de algunos vicios del sistema político —como la corrupción, la impunidad, el clientelismo y la concentración del poder—, la desconfianza en las instituciones, la falta de canales de genuina participación ciudadana en la toma de decisiones y las agudas desigualdades socioeconómicas que restringen la cohesión social.

2. Principales tendencias demográficas¹

a) Crecimiento de la población y cambios en su estructura

Entre 1950 y 2000 la población de América Latina y el Caribe se triplicó, pero ese ritmo de crecimiento no se sostuvo en el tiempo, pues el efecto del descenso de la fecundidad superó al de la baja sostenida de la mortalidad. Por consiguiente, desde el decenio de 1980, la tendencia de la tasa de incremento demográfico a descender se ha reforzado en el conjunto de la región y en la mayoría de los países. A principios del siglo XXI, la población de 19 países crecía a un ritmo anual inferior al 1% e incluso en dos de ellos, Granada y Saint Kitts y Nevis, se registraron tasas negativas. En nueve casos las tasas fluctuaban entre 2% y 3%; sólo en las Islas Caimán y en las Islas Turcas y Caicos la cifra era mayor. A escala subregional, el ritmo de crecimiento demográfico más bajo se observaba en el Caribe, cuya tasa media fue del 0,9%, si bien algunos países exhibieron tasas más altas debido a la inmigración internacional.

A raíz de la forma y magnitud del descenso de la mortalidad y la fecundidad, el proceso de envejecimiento, que ya se observaba en algunos países desde el decenio de 1980, se ha ido acentuando y generalizando en la región. Al iniciar el siglo XXI, más del 10% de la población de Barbados, Martinica, Puerto Rico y Uruguay tenía 65 y más años; un porcentaje apenas menor se registraba en Argentina, Cuba y Guadalupe. No obstante este continuo aumento de la proporción de las personas de edad, la población de la mayoría de los países todavía presenta una estructura relativamente juvenil; los menores de 15 años constituyen casi las dos quintas partes de la población de Belice, Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Con todo, el sostenido aumento de la proporción de personas en edad de trabajar (entre 15 y 64 años) ha ocurrido a expensas del peso relativo de los menores de 15 años. En virtud de estos cambios, la relación de dependencia total está declinando en la mayoría de los países.² Los países en que esta relación era de 60 o menos personas potencialmente dependientes por cada 100 potencialmente activas aumentaron de 10 a 18 en el último decenio del siglo XX. De manera complementaria, el índice de envejecimiento ha aumentado en todos los países de América Latina y el Caribe.³ Estas tendencias sirven de fundamento a la noción del “bono demográfico”, una oportunidad histórica, que se manifiesta durante el período en que la población en edades laborales alcanza su mayor representación demográfica. Si bien los dividendos de este “bono” no son automáticos —pues es menester crear puestos de trabajo para dicha población— el descenso de las relaciones de dependencia involucra una reducción de la presión por servicios sociales básicos, como educación y salud materno-infantil. Cabe notar que, a raíz de la heterogeneidad de la transición demográfica en la región, hay países en los que el “bono” se encuentra en sus últimas fases y otros en los que aún no se manifiesta claramente.

¹ Salvo que se indique lo contrario, las cifras presentadas en este documento provienen del Sistema Regional de Indicadores para el Seguimiento de las Metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de las estimaciones y proyecciones de población vigentes del CELADE (www.cepal.org/celade/proyecciones/) y de las estimaciones y proyecciones de población de las Naciones Unidas (<http://esa.un.org/unpp/>).

² La relación de dependencia expresa la cantidad de personas potencialmente inactivas en razón de su edad (menores de 15 años y mayores de 64) que deberían ser solventadas económicamente por las personas potencialmente activas (15 a 64 años). Se calcula sobre la base de un cociente entre ambos segmentos etarios.

³ El índice de envejecimiento equivale al cociente entre el número de personas de 65 y más años de edad y el de menores de 15 años de edad.

b) Mortalidad

Mortalidad general

Durante el período 1990-1995 a 2000-2005 la esperanza de vida al nacer aumentó en prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe. Los incrementos fueron de pocos meses a algo más de dos años y superiores a los dos años en países de América Central (El Salvador, Honduras y Nicaragua), Bolivia y Colombia.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), aprobado en El Cairo en 1994, en el capítulo sobre salud, morbilidad y mortalidad, se fija como meta una esperanza de vida al nacer $E(0)$ superior a 70 años para el año 2005. En el caso de aquellos países de mortalidad más elevada se propone una esperanza de vida al nacer superior a 65 años para la misma fecha (Naciones Unidas, 1995). Más de las dos terceras partes de los países de América Latina y el Caribe ya tenían una $E(0)$ de 70 años en el período 2000-2005 y, según las proyecciones, el progreso en general continuará. Sin embargo, Bolivia, Guatemala, Haití y Guyana parecen estar todavía a cierta distancia de la meta mientras que Bahamas, Brasil, Nicaragua y Perú podrían acercarse, con una $E(0)$ de alrededor de 69 años. Prácticamente todos los países de la región tendrán una $E(0)$ superior a los 65 años en el año 2005.

La mayor esperanza de vida de las mujeres con respecto a los hombres se observa en todos los países de la región, con valores que van de sólo dos años y medio a más de nueve años de diferencia, sin que se advierta una relación muy marcada entre el nivel de mortalidad y dicha diferencia. Esta disparidad ha tendido a reducirse en los últimos años, de hecho, la diferencia de $E(0)$ entre los sexos en Chile, México y Costa Rica decreció levemente, y se estabilizó en Uruguay, Argentina, Panamá y Venezuela, entre otros países (Chackiel, en prensa).

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil de los países de América Latina y el Caribe ha seguido una tendencia descendente casi sin excepciones desde el decenio de 1980. La mayor parte de las tasas más bajas se observan en el Caribe. En 2000-2005, las Antillas Neerlandesas, Barbados, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía y Trinidad y Tabago exhibieron tasas de mortalidad infantil inferiores a 15 por mil nacidos vivos y, Cuba, Guadalupe y Martinica, tasas inferiores a 10 por mil. Sin embargo, más de la mitad de los países de la región registraron tasas del 20 al 40 por mil y persistieron tasas del 40 al 55 por mil en dos países (Ecuador y Guatemala), y superiores a esa cifra en Bolivia, Guyana y Haití.

Si bien las cifras de mortalidad infantil presentadas muestran un panorama general de la región bastante positivo, existen indicios de que aún no se estaría cumpliendo cabalmente con los objetivos fijados en la Conferencia de El Cairo, en particular en lo que se refiere a la reducción de las disparidades en la mortalidad dentro de cada país (Chackiel, en prensa). Aunque hay evidencias de que la mortalidad infantil ha disminuido en todos los sectores, las diferencias relativas —entre las zonas urbanas y rurales o según el nivel educativo de las madres, entre otros indicadores— no se habrían reducido. Con frecuencia, las tasas de mortalidad infantil correspondientes a los niños de madres con menos años de estudio continúan triplicando las de aquellos de madres con niveles educativos elevados.

Mortalidad materna y atención del parto

Problemas ligados a la información acerca de la mortalidad materna —identificación, clasificación y registro de los casos— restringen la adecuada medición de su incidencia, así como la elaboración de una serie cronológica que permita evaluar los logros alcanzados por los países en su reducción. Según una estimación, referida al año 1995, realizada por OMS/UNICEF y UNFPA e incorporada al Sistema Regional de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la razón de mortalidad materna tenía en la región un rango de variación extremadamente alto, de entre 20 y más de 1.000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Los valores más bajos se encontraban en el Caribe; la razón de mortalidad materna de Bahamas, Guadalupe y Martinica era igual o inferior a 10. Niveles relativamente bajos, de 20 a 35 por 100.000, se registraban en las Antillas Neerlandesas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico. En Brasil, según estimaciones recientes, la mortalidad materna se sitúa en 75 por cada 100.000 nacidos vivos. En casi la mitad de los países la razón de mortalidad materna tomaba valores de entre 100 y 300 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y en Haití superaba las 500.

Uno de los factores que más influyen en la mortalidad materna es la disponibilidad de servicios médicos para la atención del parto, en particular el acceso a servicios obstétricos de emergencia. En América Latina y el Caribe, la atención del nacimiento por personal calificado está bastante difundida, pero no es todavía una situación generalizada. En Anguila, Aruba, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela más del 90% de los nacimientos son asistidos por profesionales. El resto de los países —excepto Guatemala y Haití, donde menos de la mitad de los nacimientos recibe atención calificada— acusan tasas del 55% al 85%.

La atención profesional del parto es menor en áreas rurales y en el caso de las mujeres con bajo nivel de instrucción. En un grupo de nueve países, más de la mitad de las mujeres que habitan en zonas rurales no reciben ese tipo de atención y en Bolivia, Guatemala, Haití y Perú más del 70% de los partos rurales no son atendidos por profesionales.

c) Fecundidad y anticoncepción

Fecundidad general y fecundidad adolescente

Salvo en tres casos (Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas y Bahamas), en los que hubo un ascenso o una estabilización de la intensidad reproductiva, la tasa global de fecundidad ha venido descendiendo en la región. Esta reducción se ha verificado tanto en los países que en 1985-1990 tenían tasas bajas (Barbados y Cuba, cuyo nivel era inferior al de reemplazo) como en aquellos en los que aún eran elevadas. Durante el último decenio del siglo XX, la disminución fue equivalente a casi 1 hijo en Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, y Trinidad y Tabago y en Granada y Haití, a 1,5 hijos. Sin embargo, en 12 países que registraron descensos en el nivel de fecundidad, las tasas globales seguían siendo de 3 o más hijos por mujer.

La fecundidad adolescente ha tenido una trayectoria diferente a la general, puesto que su descenso ha sido significativamente menor.⁴ Como resultado, la proporción de nacimientos de madres

⁴ La fecundidad adolescente se refiere a la fecundidad de mujeres menores de 20 años y suele medirse de las siguientes formas: i) la tasa específica de fecundidad del grupo de 15-19 años; ii) la proporción de madres entre

adolescentes ha aumentado. Además, la evidencia que brindan diversas fuentes (censos, encuestas especializadas y estadísticas vitales) sugiere que la fecundidad adolescente aumentó a lo largo de los últimos 10 años en varios países y territorios, entre otros Anguila, Brasil, Chile, Colombia, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis y Uruguay. Incluso en algunos países en los que hay indicios de una caída reciente de la fecundidad adolescente (como Nicaragua), ésta sigue siendo muy alta, de 100 por mil o más. La fecundidad adolescente y, en general, la reproducción en edades tempranas se concentra abrumadoramente en los grupos más pobres de la población (CEPAL, 2002b). Si bien se observan variaciones entre países, las mujeres pobres tienen probabilidades mucho más altas de ser madres durante la adolescencia. Este es un asunto de la mayor importancia, puesto que hay señales de que la maternidad adolescente en condiciones de soltería o de unión inestable está aumentando (Rodríguez, 2003). Este fenómeno compromete cada vez más a tres generaciones: la de los hijos, la de los progenitores adolescentes y la de sus padres, que se ven en la necesidad de brindar apoyo a las muchachas (incluida la residencia en el mismo hogar), para que puedan enfrentar la crianza (CEPAL, 2002b).

Anticoncepción, fecundidad no deseada y demanda insatisfecha de planificación familiar

Se dispone de mediciones del uso de anticonceptivos en un buen número de países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, en algunos casos sólo se cuenta con datos para una fecha, lo que impide establecer tendencias. En todos los países sobre los que existe más de una medición, se verifica un aumento de su difusión desde fines del decenio de 1980 o comienzos del de 1990 y los primeros años del siglo XXI.⁵ Esto refleja el deseo creciente de las parejas e individuos de tener familias más pequeñas y de elegir el momento en que tendrán sus hijos. El uso de anticonceptivos aumentó más rápidamente en los países en que su empleo inicial era relativamente bajo.

Según la información disponible, existen marcadas diferencias entre los países en materia de uso de anticonceptivos y de combinación de métodos. Sólo en unos pocos (Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico) de aquellos sobre los que se dispone de mediciones recientes (en Brasil el dato se remonta a 1996) se registran tasas de uso que superan el 75%. En la mayoría de los restantes, las tasas se sitúan entre el 45% y el 70%, pero en tres (Bolivia, Guatemala y Haití) se observan valores inferiores. La información también muestra que los métodos modernos —incluso la esterilización femenina— son los más utilizados. Los métodos tradicionales tienen considerable importancia únicamente en dos países, Bolivia y Haití. En los países que cuentan con los datos pertinentes se advierte que el uso de anticonceptivos es mayor en el caso de las mujeres que residen en las zonas urbanas, y que la frecuencia de su empleo guarda una relación inversa con el nivel de instrucción de las mujeres. Asimismo, el uso es menor en las edades reproductivas extremas. La utilización de anticonceptivos por parte de las adolescentes varía considerablemente según los países; en Costa Rica y Cuba supera el 60% y en Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras no alcanza al 30%.

La fecundidad no deseada es elevada, incluso en países con una alta tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos, como Colombia. Así, pese al incremento del uso de anticonceptivos y al descenso de la fecundidad, en los países de la región aún hay muchas mujeres que declaran no haber deseado a su último hijo, o haberlo deseado para una fecha posterior. La fecundidad no deseada sigue siendo, de manera sistemática, más alta en el caso de las mujeres pobres (CEPAL, 2000a). A su vez, en Bolivia, Guatemala

las muchachas de 15 a 19 años en el momento del censo o encuesta; iii) el porcentaje de mujeres que fueron madres antes de cumplir los 20 años de edad.

⁵ No todas las mediciones son estrictamente comparables, pues en algunos casos el denominador está constituido por las mujeres en unión de 15 a 44 años y, en otros, por las de 15 a 49 años. Además, no siempre se consideran exactamente los mismos métodos anticonceptivos.

y Haití la demanda insatisfecha de planificación familiar alcanza al 25% o más de las mujeres en unión. Esta demanda insatisfecha es mayor en las zonas rurales y entre las mujeres con niveles bajos de educación.

Las diferencias entre subpoblaciones, definidas según su lugar de residencia o nivel de instrucción, ponen en evidencia que los estratos más vulnerables desde el punto de vista social son los más desprotegidos en cuanto al ejercicio de sus derechos reproductivos. También se advierte que algunos países están aún muy distantes de alcanzar el objetivo en materia de planificación familiar formulado en la Conferencia de El Cairo, de reducir por lo menos en un 50% la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Iniciación sexual y nupcialidad

La iniciación sexual de las mujeres latinoamericanas es algo más tardía que la de sus congéneres de los Estados Unidos, el Reino Unido y de los países de África subsahariana, aunque más temprana que las de Asia (Contreras y Hakkert, 2001); entre las caribeñas esta iniciación es más precoz que entre las latinoamericanas. Pese a que la mayoría de las mujeres de la región se inicia sexualmente antes de cumplir los 20 años, sólo entre el 6% y el 14%, según el país, lo hace antes de los 15 años (CEPAL, 2000a). No se sabe a ciencia cierta si este patrón está cambiando, ya que los procesos de modernización desencadenan fuerzas contrapuestas. Por una parte, se erosionan las modalidades tradicionales de constitución familiar muy temprana, lo que favorece la postergación de la iniciación sexual y, por otra, la mayor exposición a mensajes eróticos y los crecientes espacios de autonomía de los adolescentes estimulan el adelantamiento de la iniciación sexual.

Resulta sorprendente que el descenso de la fecundidad y la ampliación de la educación no hayan incidido en aplazamientos significativos y sistemáticos de la iniciación de la unión. Esto explica, en parte, la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente. Lo que sí se aprecia es que la tríada de iniciaciones reproductivas, primera relación sexual, primera unión y primer hijo, es más precoz en el caso de las mujeres pobres. Esta brecha es especialmente notoria respecto de la iniciación nupcial y de la edad a la que se tiene el primer hijo, y menos nítida en lo que se refiere a la iniciación sexual (CEPAL, 2000a). La información sobre la salud reproductiva de los varones es escasa. Algunas encuestas especializadas y estudios multicéntricos recientes (como el realizado en Buenos Aires, La Habana, La Paz y Lima) han permitido recabar este tipo de datos.⁶

d) Migración internacional

La migración internacional en la región ha seguido tradicionalmente los siguientes tres patrones: la inmigración extrarregional, que ha ido en constante disminución; la migración intrarregional, cuya intensidad también tendió a decrecer en los últimos decenios, y la emigración extrarregional, dirigida sobre todo a los Estados Unidos. Durante la década de 1990 se insinuó la configuración de un nuevo patrón. Numerosos emigrantes, buena parte de ellos mujeres, procedentes de diversos países de la región se dirigieron a Europa y Japón. De acuerdo con la información disponible, alrededor del año 2000 unos 2,8 millones de personas oriundas de países latinoamericanos (en especial, argentinos, brasileños, colombianos, ecuatorianos y peruanos) y caribeños residían en España, Canadá, el Reino Unido y Japón.

⁶ En una encuesta entre varones de 20 a 29 años en las ciudades de Buenos Aires, La Habana, La Paz y Lima, y en las encuestas nacionales de salud masculina en Colombia en 1996 y en 2001 se recogió información sobre comportamiento sexual de los hombres, fecundidad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

La migración intrarregional tiene larga data y su influencia se deja sentir sobre todo en las regiones fronterizas. Los migrantes trasladan su residencia, o se mueven de manera temporal o circular, de acuerdo con los ciclos agrícolas, la construcción de grandes obras de infraestructura y el comercio. Este patrón es sensible a las coyunturas de expansión o retracción económicas, como lo demuestra la reciente inmigración de peruanos a Chile, y a la violencia sociopolítica, que redundó en oleadas de exiliados y “retornantes” entre naciones vecinas. En algunos casos, Colombia entre otros, los movimientos son consecuencia de los desplazamientos internos forzosos vinculados a la violencia y a los conflictos internos; en general estos desplazamientos afectan en mayor grado a mujeres y niños. Sin embargo, los acuerdos de paz, las repatriaciones y la estabilidad democrática no parecen haber alterado el mapa migratorio en Centroamérica, donde Belice y Costa Rica continúan siendo los países de destino más frecuentes para los emigrantes provenientes principalmente de El Salvador, Guatemala y Nicaragua. La migración entre los países de habla inglesa de la Comunidad del Caribe se distingue más por la circulación de personas que por los traslados de residencia; la migración de haitianos a República Dominicana es una de las corrientes más numerosas y sostenidas (CELADE, 2003b; Villa y Martínez, 2002 y Thomas-Hope, 2002).

Casi las tres cuartas partes de los emigrantes latinoamericanos y caribeños se dirigen a los Estados Unidos. En el censo realizado en 2000 en ese país se empadronaron aproximadamente 15 millones de personas nacidas en América Latina y el Caribe (la mitad en México y casi un tercio en Centroamérica y el Caribe). Si los inmigrantes aumentaron significativamente desde 1970, durante el decenio de 1990 se advirtió un ritmo de incremento algo menor.⁷ Cabe destacar que estas corrientes de migrantes se distinguen por su composición heterogénea, en términos de índices de masculinidad y grados de calificación de la mano de obra. La corriente procedente de México y Centroamérica presenta una mayor concentración de varones en edades activas y perfiles de escolaridad inferiores a la proveniente del Caribe y América del Sur; el flujo de personal calificado desde el Caribe ha sido objeto de debates recientes.⁸

América Latina es la región en desarrollo que registra una mayor proporción de mujeres emigrantes. Esta feminización relativa es un rasgo característico de la migración en los últimos decenios (Villa y Martínez, 2002). Este rasgo se hace patente en la mayoría de las principales corrientes migratorias dentro de la región y se relaciona con las modalidades de inserción laboral en los países de destino (Thomas-Hope, 2002 y Martínez Pizarro, 2003). En cambio, la emigración a los Estados Unidos presenta altos índices de masculinidad, ligados a la elevada participación de los hombres en las corrientes procedentes de México y Centroamérica. Otro rasgo importante de la migración es el fenómeno de las remesas, que ascendió a un monto de casi 30.000 millones de dólares de los Estados Unidos en el año 2003. En otros términos, la región es exportadora neta de fuerza de trabajo y recibe a cambio recursos que tienen una enorme gravitación macroeconómica y social, lo que no está exento de numerosos riesgos para los países y, en especial, para las personas. El contexto de la migración internacional, caracterizado por la ilegalidad, el tráfico y trata de personas, la xenofobia, las dificultades de integración, las restricciones cada vez mayores y su relación con temas de seguridad, se traduce en la vulnerabilidad social que afecta a muchas de las personas que se desplazan a través de las fronteras. Por lo tanto, la protección de los derechos humanos de los migrantes constituye uno de los imperativos más importantes en la región, como se ha reconocido en distintos foros intergubernamentales y en el marco del proceso de la Cumbre de las Américas.

⁷ El marcado ritmo de aumento de latinoamericanos y caribeños residentes en los Estados Unidos en el decenio de 1980 se vio influido por la amnistía concedida por la Ley de control y reforma migratoria adoptada por ese país en 1986.

⁸ Véase el caso de las enfermeras en <http://rnb.nursing.emory.edu/INC%202004/INC%20conf%202004.asp>.

e) **Distribución espacial de la población y migración interna**⁹

En los últimos diez años continuó el proceso de ocupación de los espacios “vacíos” de la región, particularmente, en América del Sur. La existencia de recursos de alto valor, la disponibilidad de tierras y el efecto de las grandes inversiones públicas y privadas efectuadas en los decenios previos favorecen su poblamiento. Asimismo, algunos lugares se han revitalizado gracias al aprovechamiento de su vocación exportadora o de su posición fronteriza. La incorporación de varias zonas de la región, sobre todo en Centroamérica y el Caribe, al circuito mundial del turismo ilustra los efectos de la globalización sobre la distribución de la población. De todas formas, más allá de las ventajas comparativas que favorecen la expansión demográfica de los espacios “vacíos” y de frontera, y el turismo global, el poblamiento masivo y la circulación de personas pueden ocasionar daños irreparables en ecosistemas esencialmente frágiles. La existencia de importantes brechas en las condiciones de vida entre las diversas regiones de los países está documentada. Se advierte que algunas de estas regiones atraviesan por una sostenida declinación, principalmente a causa de las dificultades para competir a escala internacional, incluidas la pobreza y la baja calificación de la mano de obra (Cuervo, 2003; Rodríguez, 2002; CEPAL/HABITAT, 2001 y Ocampo, 2000). Lo señalado permite reiterar la validez de uno de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo: procurar “*una distribución espacial más equilibrada de la población, estimulando de manera integrada el desarrollo equitativo y ecológicamente sostenible*” (párrafo 9.2.a).

El avance de la transición demográfica en América Latina y el Caribe se tradujo en la desaceleración del incremento de la población urbana, cuya tasa media anual fue del 2% aproximadamente. Sin embargo, la región sigue siendo la más urbanizada del mundo en desarrollo. Persisten, asimismo, grandes diferencias entre los países; en la gran mayoría, más del 80% de la población reside en áreas urbanas, mientras que en Guatemala, Haití y Honduras ese porcentaje aún no alcanza al 50%. A su vez, las zonas rurales, en las que vive el 25% de la población de la región, han mantenido su ya secular condición de expulsoras de población. Pese a la revalorización de la producción primaria orientada al mercado internacional, el medio rural sigue presentando un claro rezago en materia de indicadores sociales.

Destaca también en la región la gran cantidad de ciudades con más de un millón de habitantes, en las que reside un tercio de la población (Naciones Unidas, 2002). Sin embargo, y de conformidad con lo postulado por el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo en el párrafo 9.4, el segmento más dinámico del sistema urbano es el de las ciudades medianas (Rodríguez, 2002; CEPAL/HABITAT, 2001). Las megaciudades (de 10 millones de habitantes o más) tuvieron en el decenio de 1990 una expansión inferior al resto de las localidades urbanas.¹⁰ Esta tendencia ha contribuido a la reducción de la concentración demográfica en Argentina, Brasil, México y Venezuela, entre otros países, pero en Guatemala, Haití, Panamá y República Dominicana la ciudad principal continuó reforzando su preeminencia demográfica y económica (Naciones Unidas, 2002). Entre los procesos de cambio de las ciudades en los últimos diez años, que inciden en el logro del objetivo de mejora de la gestión urbana propuesto por el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, caben mencionar los siguientes:

- i) La conexión de las ciudades grandes con centros urbanos relativamente lejanos (distantes 100 kilómetros o más), mediante sistemas viales y de transporte público, lo que configura áreas metropolitanas expandidas que carecen de una autoridad administrativa unificada (Pinto da Cunha, 2002; Lattes, Rodríguez y Villa, 2002 y Garza, 1981).

⁹ Esta sección ha sido elaborada sobre la base de J. Rodríguez (2002 y 2003).

¹⁰ Las megaciudades de la región comprenden a São Paulo, Ciudad de México, Buenos Aires y Rio de Janeiro.

- ii) La expansión periférica, que resulta del tradicional desplazamiento de los grupos pobres y el asentamiento de migrantes de escasos recursos extramuros, así como del traslado de residencia de grupos acomodados hacia ámbitos rurales cercanos, donde disfrutaban de una mejor calidad de vida sin perder sus vínculos cotidianos con la gran ciudad.
- iii) La segregación intrametropolitana, que adquirió mayor visibilidad, a raíz de la reducción de los espacios públicos que antaño congregaban a grupos sociales diferentes (en particular la escuela) y del efecto reproductor de la pobreza que tiene la concentración y el aislamiento de los pobres en las ciudades (Rodríguez y Arriagada, 2003; Kaztman, 2001; CEPAL/HABITAT, 2001, y Massey, White y Phua, 1996).

En lo que respecta a la migración interna, junto con la declinación de los traslados del campo a la ciudad, se registra una migración más intensa entre ciudades y la persistencia de la movilidad estacional.¹¹ Asimismo, la información más reciente permite advertir que los migrantes tienden a ser jóvenes con un nivel educativo superior al promedio, y que el sesgo femenino que la migración interna había tenido hasta el presente está disminuyendo. También, se aprecia una combinación de áreas “duras” de atracción y expulsión con áreas “blandas”, que cambian su signo según coyunturas económicas y sociales. Algunas de estas tendencias contribuyen al cumplimiento del objetivo del Programa de Acción de “*reducir el papel de los diversos factores de presión en lo que respecta a las corrientes migratorias*” (párrafo 9.2.b). Estas corrientes migratorias normalmente resultan de la facultad de las personas de decidir libremente y de usar la migración como una estrategia para el mejoramiento individual. Sin embargo, en algunos países se observan desplazamientos involuntarios, forzados por conflictos internos (el caso de Colombia) o incentivados por las inequidades sociales y geográficas.

¹¹ Cabe indicar que la migración neta negativa sigue siendo relevante para el ámbito rural, ya que explica su estabilización demográfica y un envejecimiento más acentuado que el que cabría esperar a la luz de la evolución de su transición demográfica.

II. LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

1. Integración de los asuntos de población en la agenda y las políticas públicas

En esta sección se pasa revista a los avances y los obstáculos que han afectado la puesta en práctica del Programa de Acción de El Cairo, en los países de América Latina y el Caribe. Se examinan los resultados de una encuesta promovida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el propósito de evaluar los avances realizados por los países en la implementación de los compromisos y recomendaciones del Programa de Acción de El Cairo y del examen quinquenal de su ejecución (CIPD+5), así como las dificultades y desafíos encontrados. La encuesta se realizó en cada país mediante diversos mecanismos de consulta, y contó con la participación de organismos gubernamentales, de la sociedad civil y del ámbito académico, y de instituciones internacionales de cooperación.¹²

Entre los objetivos del Programa de Acción de El Cairo se encuentra el de "...integrar plenamente los factores demográficos en: a) las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles y en todas las regiones, con la finalidad de satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras; b) todos los aspectos de la planificación del desarrollo..." (Programa de Acción de El Cairo, párrafo 3.4). Estos propósitos también se reflejan en la Declaración de Puerto España sobre la población y el desarrollo sostenible, adoptada por los países del Caribe, en la que se establece que "la introducción de políticas de población en forma integrada en las estrategias de desarrollo va a acelerar el ritmo del desarrollo sustentable. En la medida en que los procesos poblacionales son influenciados por los procesos de desarrollo, dicha integración también va a acelerar el logro de los objetivos poblacionales".

a) Creación de ámbitos institucionales e incorporación de las variables demográficas en la programación del desarrollo económico y la erradicación de la pobreza

En el ámbito institucional, ciertos países (Bolivia, Brasil, Jamaica, Nicaragua, Panamá y Perú) han establecido, en las estructuras gubernamentales de mayor jerarquía, instancias responsables de la promoción e integración de los temas de población en la planificación del desarrollo económico y social.ⁱ México y Trinidad y Tabago ya contaban con este tipo de instancias institucionales.ⁱⁱ En los países en los que estas no existen, los entes rectores de la política social o los ministerios de planificación o los de medio ambiente han realizado importantes esfuerzos para incluir las variables demográficas en la planificación del desarrollo económico y social.

La incorporación de las variables demográficas en la programación del desarrollo ha alcanzado niveles desiguales entre los países. Existen experiencias consolidadas (como las de Cuba y México) y otras más recientes (como en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Santa Lucía y Trinidad y Tabago).ⁱⁱⁱ En Venezuela, la Constitución de 1999 incorporó principios relativos a las relaciones entre la población, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.

En Brasil, Chile, Dominica, Guyana, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas las variables demográficas se han incorporado en los programas relacionados con la promoción social y la erradicación de la pobreza.^{iv} Sin embargo, en Costa Rica, Honduras, Trinidad y Tabago y Uruguay, entre otros países, la vinculación de los factores demográficos a

¹² En cuadro anexo se identifican para cada país los detalles de la consulta, de manera de facilitar la comprensión de las diferencias en los informes.

las estrategias de desarrollo y superación de la pobreza ha sido limitada o no se plasmó de forma explícita. Por último, en algunos países, las variables de población se integraron a programas o proyectos relacionados con temas específicos, como la salud sexual y reproductiva, el medio ambiente, la violencia contra la mujer o la migración.

b) Creación de ámbitos institucionales e incorporación de las variables demográficas en la programación del desarrollo sustentable y el manejo del medio ambiente

En el Programa de Acción de El Cairo se reconoce que "la satisfacción de las necesidades humanas básicas de una población en aumento depende de que haya un medio ambiente saludable" y que "los factores demográficos, junto con la pobreza y la falta de acceso a los recursos en algunas regiones, pautas de consumo excesivo y de producción derrochadora en otras, provocan o agudizan los problemas de degradación del medio ambiente y agotamiento de los recursos y, por ende, impiden el desarrollo sostenible" (párrafos 3.24 y 3.25). En virtud de lo señalado, el Programa estipula la adopción de medidas orientadas a integrar los aspectos demográficos y ambientales con el desarrollo.

En la Declaración de Puerto España se establece que los factores demográficos pueden exacerbar la degradación ambiental y el agotamiento de los recursos, inhibiendo el desarrollo sustentable. Se advierte, además, que los países costeros e insulares son particularmente vulnerables a desastres naturales. En la Declaración y Programa de Acción aprobados en la Conferencia Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, que se realizó en Barbados en 1994, se estableció un marco de referencia para el desarrollo y la protección de su frágil ambiente. La ocupación no planificada de los territorios es problema ambiental de importancia en la región, que resulta en el uso inadecuado de las tierras, la aplicación de tecnologías inapropiadas, la erosión y contaminación, la formación de grandes cordones de miseria y la construcción de viviendas que sufren graves daños en caso de desastres naturales.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se ha incorporado el tema del medio ambiente en las políticas públicas y se han creado instituciones para su manejo, aunque las variables demográficas no siempre sean tomadas en cuenta de manera explícita. En Bahamas se estableció la Comisión de medio ambiente ciencia y tecnología. Brasil cuenta con un Ministerio del medio ambiente —cuyos cometidos están vinculados a la política ambiental en general— y con un Consejo nacional de desarrollo sustentable. En Colombia, se creó en 1993 el Ministerio del ambiente, responsable de liderar los temas relacionados con la dinámica de la población, y se aprobó en 1997 una Ley de desarrollo territorial, que considera los aspectos demográficos en relación con la distribución espacial de la población, el patrimonio ecológico y cultural, y el uso equitativo y racional del suelo. En Ecuador se creó el Ministerio de medio ambiente en 1996 y la Constitución de 1998 incluye la defensa del patrimonio natural y cultural del país y la protección del medio ambiente. En El Salvador existe una Estrategia nacional de desarrollo local, que tiene como principio armonizar población y territorio. En Guyana se estableció el Organismo de protección del medio ambiente en 1995 y se dictó la Ley de protección del medio ambiente en 1998. Haití cuenta con un Ministerio del medio ambiente, que elaboró un Plan de acción nacional para el medio ambiente para el período 1996-1999. En México, el Programa nacional de población 2001-2006 tiene entre sus objetivos propiciar "una distribución territorial de la población acorde con las potencialidades del desarrollo sustentable", así como la reorientación de los flujos migratorios a ciudades con potencial de desarrollo sustentable o de "desarrollo estratégico". Paraguay cuenta ahora con una Secretaría de medio ambiente.

También se han formulado programas nacionales en favor de las comunidades rurales, para evitar el desarraigo y asegurar la sustentabilidad de las actividades mediante la autogestión y la participación

comunitaria; la Estrategia nacional para el desarrollo sustentable en Argentina y la Estrategia nacional del ambiente de Panamá, entre otras. En Cuba, el tema ambiental está incluido en la Constitución desde 1976. En 1977 se creó una Comisión nacional para la protección del medio ambiente y el uso racional de los recursos naturales y, más recientemente, el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Asimismo, se aprobó la Estrategia ambiental nacional y se promulgó la Ley del medio ambiente.

En otros países, como Dominica, Honduras y Panamá, se recurre a la participación de la población de las comunidades vecinas en el cuidado de las reservas nacionales, con el propósito de desincentivar la migración hacia esas áreas de gran fragilidad ecológica. Se cuenta también con programas para reubicar las poblaciones residentes en zonas vulnerables y establecer sistemas de alerta temprana en poblaciones situadas en áreas de alto riesgo de inundación. En Panamá, Colombia y Venezuela se han desarrollado, en el ámbito de la educación formal e informal, actividades orientadas a propiciar un cambio de la cultura ambiental. Estas abarcan el suministro de información, la creación de espacios para la participación responsable de los ciudadanos, de organizaciones de la sociedad civil y de grupos empresariales. Para enfrentar un problema que afecta especialmente a la región, en el Caribe se creó el Organismo para situaciones de emergencia y casos de desastre y se establecieron entidades nacionales de coordinación. Varios países desarrollaron sus propias instituciones y programas, entre los que se cuentan los Comités de preparación para desastres naturales de Antigua y Barbuda, que aplican a nivel local el Plan nacional para casos de desastre.

c) Incorporación de las variables demográficas en los procesos de descentralización

Si bien los procesos de descentralización son relativamente nuevos, en muchos países de la región se realizan esfuerzos para integrar las variables demográficas en la planificación local. En Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, variables como el tamaño de la población, el crecimiento natural, el intercambio migratorio y la estructura por edad y sexo se toman en cuenta para transferir, a las regiones y municipalidades, recursos destinados a proyectos de desarrollo en los ámbitos de la educación, la salud, la vivienda, el transporte y la construcción. Asimismo, en Brasil, Ecuador, Guatemala y Venezuela se desarrollan actividades dirigidas a mejorar y ampliar la disponibilidad de estadísticas desagregadas, para facilitar su uso en los procesos de planificación regional y local. El sistema DATASUS que utiliza el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil para desplegar información demográfica y epidemiológica a escala municipal, el Sistema de información local (SIL) en Ecuador y el Sistema de información para la gestión local (SIGEL) en Venezuela son ejemplos de la construcción de sistemas de información a escala local. En Brasil, las secretarías de asistencia social de estados y municipios participan en el proceso de concesión y revisión de los beneficios otorgados a grupos vulnerables, como los adultos mayores. En Bolivia se desarrolló un programa informático y un sistema de información para integrar las variables de población en los planes de desarrollo municipales; asimismo, se elaboró una guía interactiva de capacitación en la integración de variables de población en el desarrollo municipal. En Colombia existe un proyecto, a cargo del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, para incorporar la dimensión demográfica en los procesos de ordenamiento territorial. Una iniciativa similar, orientada a la adquisición de capacidades técnicas para incorporar los aspectos de población en la planificación local, se ha propuesto en Ecuador. Se trata del Subprograma estrategias de población y desarrollo, que ejecuta la Oficina de planificación de la presidencia de la República. En Cuba, las características de la población son consideradas en la gestión de los órganos de gobierno local o Poderes populares. Jamaica desarrolló un marco de planificación para el desarrollo sustentable a nivel local. En Guatemala se crearon recientemente los Consejos de desarrollo departamental, encargados de velar por la consideración de los factores demográficos en la planificación local. En México, mediante la creación de instancias para instrumentar la política de población en los estados y municipios se procura que los programas de población se adapten a cada lugar y circunstancia.^v Los lineamientos programáticos

del Plan nacional de población 2003-2010 de Perú incluyen la regionalización de la política de población. A su vez, la Ley orgánica de gobiernos regionales dispone la incorporación de los factores demográficos en la formulación y ejecución de los Planes de desarrollo regional, así como la difusión de información sobre población, para dar continuidad al proceso de regionalización de las políticas respectivas. El planeamiento local en Trinidad y Tabago toma en cuenta las variables de población. Por último, en el Plan de desarrollo económico social 2001-2007 en Venezuela, los factores de población se consideran elementos clave de las estrategias de desarrollo territorial equilibrado.

2. Actividades emprendidas

a) Migración internacional e interna, y distribución espacial

En los últimos diez años, los programas oficiales de colonización virtualmente desaparecieron y las intervenciones públicas dirigidas a promover o desincentivar el poblamiento de ciertas regiones han disminuido. Sin embargo, en Bahamas, Bolivia, Colombia, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago se han formulado políticas, planes y programas para desalentar o propiciar flujos de migración interna, y regular el adecuado uso de los suelos y la explotación racional de los recursos naturales. En Cuba, El Salvador, Haití, México, Panamá, Perú, y Venezuela, los lineamientos de las políticas sobre migración interna y distribución de la población se han plasmado en documentos oficiales.^{vi} En cambio, en Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Brasil, Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Uruguay no se han adoptado programas que incidan sobre las migraciones internas.^{vii}

Los gobiernos, por medio de subsidios, inversiones y ventajas tributarias, siguen proporcionando incentivos para la localización de la población en zonas específicas de los países. Mediante los procesos de descentralización promovidos por el Programa de Acción de El Cairo (párrafo 9.4) se promueve la redistribución de la población, pero sus resultados han sido relativamente limitados. En cambio, las políticas de construcción de la vivienda han demostrado tener un efecto significativo en la distribución de la población, en particular en las áreas metropolitanas. Sin embargo, esto no siempre favorece a los pobres, ya que muchas viviendas sociales se construyen en áreas periféricas con escasa infraestructura.

Las desigualdades económicas, la pobreza, la inseguridad y las violaciones de los derechos humanos, entre otros factores, estimulan la migración internacional y pueden generar tensiones socioeconómicas en los países receptores, y entre estos y los países de origen. El Programa de Acción de El Cairo propone que “para que la migración internacional tenga dimensiones manejables a largo plazo, es preciso que la opción de permanecer en el propio país sea viable para todos” (párrafo 10.1). Para lograrlo, los gobiernos deberán centrar su atención en las causas básicas de la migración, especialmente las relacionadas con la pobreza. El Programa de Acción de El Cairo también reconoce la necesidad de fomentar la cooperación entre los países de origen y destino, de modo de aumentar los efectos positivos de la migración.

Entre las medidas explícitas adoptadas para incidir sobre la migración internacional destacan los intentos de regionalizar la política migratoria en el contexto de los acuerdos de integración. Así, en el Mercosur se establecieron acuerdos sobre regularización migratoria y residencia para los estados miembros y asociados. Los convenios alcanzados en el ámbito de la Economía y Mercado Únicos del Caribe se están aplicando en los países de la CARICOM para facilitar el libre movimiento de profesionales calificados dentro de la región y enfrentar el problema de la fuga de cerebros, especialmente en el sector salud. En materia de reformas legislativas, en Chile se introdujo una reforma de la Ley de

extranjería, que apunta a mejorar la gobernabilidad migratoria, y se creó una comisión interministerial para fijar los principales criterios de la política migratoria.^{viii} En Bahamas se establecieron normas en relación con la inmigración ilegal. En Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Honduras se han tomado medidas para regularizar la situación de los inmigrantes y protegerlos.^{ix}

La preocupación por la población emigrada se ha hecho evidente en varios países. Así, Bolivia y Argentina llegaron a un acuerdo que beneficia a los emigrantes de ambos países; Cuba firmó un acuerdo con Estados Unidos y con países de la cuenca del Caribe para ordenar la emigración de sus nacionales; Ecuador cuenta con una Subsecretaría de asuntos migratorios y consulares que, entre otras tareas, coordina la ejecución interinstitucional del plan nacional para migrantes ecuatorianos en el exterior. Haití creó un Ministerio de los haitianos que viven en el exterior. Por su parte, en México se cuenta con una Dirección general del programa para las comunidades mexicanas en el exterior y enlace estatal, adscrita a la Secretaría de relaciones exteriores. Asimismo, se insistió en la coordinación con los Estados Unidos para mejorar el nivel y la calidad de vida de las comunidades mexicanas radicadas en ese país. Con tal fin, se elaboró el Plan de acción para la cooperación sobre seguridad fronteriza México-Estados Unidos. En Antigua y Barbuda, Argentina, Santa. Lucía, Saint Kitts y Nevis, Suriname, y Trinidad y Tabago existe preocupación por la emigración de personal calificado, lo que ha llevado a presentar solicitudes a los países de destino para convenir criterios de regulación. En Antigua y Barbuda, Argentina, y Granada se concibieron programas para atraer y reinsertar migrantes de retorno. En Guyana se puso en práctica un programa de reinsertión y en Jamaica se creó el Departamento jamaicano de ultramar y se estableció el programa “Retorno y reinsertión de jamaicanos calificados”. Por su parte, los gobiernos de Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas buscan oportunidades laborales en el exterior para sus trabajadores, especialmente los no calificados, como forma de reducir el desempleo.

El combate a la trata de personas, en particular de las mujeres, es el principal objetivo de la adopción de penas más severas para estos delitos en Cuba, así como la creación del Comité interinstitucional de protección a la mujer migrante y del Centro de acogida para mujeres migrantes, traficadas y retornadas en República Dominicana. Las migraciones forzadas, generalmente consecuencia de desastres naturales o conflictos internos, redundan en una marcada vulnerabilidad de las personas migrantes. El gobierno de Colombia decidió enfrentar las enormes repercusiones del conflicto armado mediante la creación de la Consejería para la equidad de la mujer, diseñada para respaldar y capacitar a las mujeres desplazadas, facilitando sus iniciativas económicas y su acceso a la propiedad. En este país también se estableció la Red de solidaridad social, que ejecuta las políticas y programas destinados a la población desplazada por el conflicto armado. Por su parte, Perú cuenta con el Programa de apoyo al repoblamiento, orientado a las poblaciones desplazadas por la violencia política y de las zonas declaradas en emergencia. Por otra parte, migrantes de algunos países del Caribe están siendo objeto de repatriación forzada, problema preocupante que el gobierno de Haití intentó solucionar mediante la firma de acuerdos con los Estados Unidos.

b) Salud sexual y reproductiva, y maternidad segura

En la Conferencia de El Cairo se logró un progreso importante en la conceptualización de la salud sexual y reproductiva, en estrecha relación con los derechos reproductivos. En el Programa de Acción de El Cairo se estipula que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso” (párrafo 7.3). Este concepto trasciende claramente la planificación familiar, para incluir a la reproducción y las relaciones de género. En el documento se insta a velar porque todas las personas y parejas, de acuerdo a su edad,

puedan ejercer sus derechos reproductivos.¹³ Se pretende, lo antes posible y a más tardar para el año 2015, garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva de atención primaria, incluidos los relacionados con la maternidad segura, la salud sexual, la planificación familiar, el VIH/SIDA y las complicaciones del aborto inseguro. También se insta a los países a proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, información y atención en materia de salud reproductiva, y a satisfacer sus necesidades especiales mediante programas adecuados, que cuenten con la participación de quienes están en condiciones de darles orientación, incluidos los padres y las familias.

Con posterioridad a la Conferencia de El Cairo, en Argentina, Belice, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Santa Lucía y Venezuela se adoptaron políticas y programas nacionales de salud sexual y reproductiva integrales, sobre la base de la concepción de los derechos reproductivos como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres, la focalización y la calidad de los servicios.^x En Uruguay, los programas de salud reproductiva no fueron objeto de medidas legislativas pues se logró, mediante reformas internas del Ministerio de Salud Pública, su cobertura en los servicios públicos de salud. En Cuba esos programas ya existían con anterioridad a El Cairo y fueron reforzados con posterioridad a esta Conferencia Internacional.

Reconocimiento de las necesidades reproductivas de la mujer, el hombre, los adolescentes y los jóvenes¹⁴

En muchos países no se hace una mención explícita a los diversos grupos de población en la legislación, los programas o los mandatos de las instituciones, ya que se considera a toda la población en general; en otros, la atención de salud de las mujeres sigue considerándose exclusivamente dentro del contexto de la salud maternoinfantil. En algunos países se reconocen las necesidades específicas de determinados grupos. En las Bahamas, por ejemplo, el Departamento de Salud Pública, que se ocupa de la salud de los adolescentes y la planificación familiar, también está a cargo de la Iniciativa nacional de salud masculina, que comprende actividades de promoción de la salud de los hombres. Brasil cuenta con una política nacional para la atención integral de la salud de la mujer y un programa de asistencia integral a la salud del adolescente (este último desde 1989). En Chile se pusieron en práctica programas especiales orientados a mujeres y a adolescentes de ambos sexos. En Dominica, el “Plan quinquenal estratégico 2002-2006” incluye programas específicos para hombres, mujeres, adolescentes e indígenas. En Honduras se está diseñando un programa de atención integral orientado a los hombres. En Trinidad y Tabago, además del programa de atención para las mujeres, se identificó a los jóvenes, los varones y las personas en edad posfértil como grupos prioritarios. En el programa nacional de salud sexual y reproductiva se definen las siguientes áreas de atención: anterior a la concepción, maternoperinatal, adolescencia,

¹³ En el párrafo 7.3 del Programa de Acción se definen los derechos reproductivos como el “...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 estos 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.” En el capítulo II de ese documento se estipula que “toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción” (principio 8).

¹⁴ Como la pregunta en la encuesta enviada a los países para la elaboración de este informe se planteaba en el contexto de la adopción del conjunto de reformas del sector salud, algunos de los países que no han efectuado reformas en este campo no la respondieron.

planificación familiar, ginecología, menopausia y climaterio, urología y andropausia, y violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

En el Programa de Acción de El Cairo se sugiere prestar particular atención "a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable", con lo que se reconoce el derecho de este grupo etario a servicios de salud reproductiva (párrafo 7.3). Este propósito también aparece contemplado en los planes o los programas de muchos países destinados a los adolescentes y los jóvenes.^{xi} Concretamente, en Colombia, Guatemala, Honduras y México, la atención de las necesidades de la población adolescente es una de las prioridades de las políticas o programas nacionales de salud sexual y reproductiva. Hay otros países que en sus programas nacionales de población asignan particular atención a los adolescentes (México y Perú, entre otros) o en las políticas de (Panamá y Perú).^{xii} En Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá y Paraguay también existen programas nacionales de atención integral de la salud de este grupo etario. En algunos países el tema es considerado en leyes más generales: en la Ley de desarrollo social de Guatemala se estipula que en el programa de salud reproductiva se brindará atención específica y diferenciada a la población adolescente, mientras que en la Ley para el desarrollo integral de la juventud de Guatemala se consagra la obligación del Estado de prestar servicios de salud y educación sobre salud sexual y reproductiva a dicho grupo.

En las políticas y estrategias desarrolladas a la fecha se prevén las siguientes actividades:

- creación de unidades específicas de atención de adolescentes en los establecimientos de salud, para la prestación de servicios de promoción, prevención, detección precoz, y tratamiento y curación de los problemas de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva;
- capacitación de los agentes de salud sobre las necesidades de los adolescentes y formas adecuadas de atención;
- mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y aumento de la oferta de insumos para la población joven;
- realización de talleres con grupos de jóvenes sobre derechos de salud sexual y reproductiva, y maternidad y paternidad responsables;
- ejecución de acciones dirigidas expresamente a la prevención del embarazo precoz y la atención de madres adolescentes, y
- en la mayoría de los países del Caribe de habla inglesa, programas educativos escolares integrales, llamados "Programas de educación sobre salud y vida familiar".

Medidas para reducir la mortalidad y morbilidad materna

En el Programa de Acción de El Cairo se insta a los países a tomar medidas con los siguientes propósitos: "a) promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la

morbilidad causados por abortos realizados en condiciones inseguras; b) mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes” (párrafo 8.20).

Prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe informan que han tomado medidas orientadas al logro de los objetivos propuestos.^{xiii} En algunos de ellos este tema ha sido objeto de legislación, mientras que en otros forma parte de las políticas de salud. Varios países (Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis) establecieron programas de capacitación de proveedores o aumentaron la dotación existente. En Jamaica se han creado clínicas prenatales para la atención de embarazos de alto riesgo en todas las subdivisiones administrativas. En Uruguay se logró mantener una mortalidad materna baja mediante la atención de un alto porcentaje de los partos (99%) en instituciones de salud, la elevada calificación del personal de salud, el acceso a servicios de emergencia obstétrica; la generalización del control prenatal y la extensión de los servicios de anticoncepción a todas las usuarias que lo requieren en forma gratuita. En Suriname se ha venido realizando un esfuerzo considerable para la identificación temprana de mujeres embarazadas. En las Bahamas se estableció un grupo técnico consultivo sobre salud maternoinfantil y se adoptó, al igual que en Santa Lucía, un programa de capacitación prenatal para madres y padres. En Colombia, la maternidad segura es una prioridad de la política nacional de salud sexual y reproductiva, de modo que en los planes obligatorios de salud se contempla la prestación de los siguientes servicios: control prenatal, atención del parto, control posterior al parto y la atención de las afecciones relacionadas con la lactancia. En Cuba se garantiza la atención gratuita de las embarazadas, el parto y los recién nacidos. En Ecuador se dictó la Ley de maternidad gratuita, en cuya aplicación participa la sociedad civil mediante comités de usuarias; además se adoptó un plan de maternidad saludable (1999-2003). En Paraguay recientemente se instauró la gratuidad de la atención prenatal y del parto.

En cuanto a la mortalidad materna, este es uno de los objetivos explícitos de la Ley de desarrollo social de Guatemala, lo que ha llevado a fortalecer los centros de atención primaria en salud, a difundir mejor información sobre su incidencia y a realizar actividades destinadas a reducirla. En varios países de la región se han formulado planes y programas específicos para abordar el problema de la mortalidad materna. En Brasil se capacitó a profesionales, técnicos y parteras, se creó el sistema de atención de la gestante de alto riesgo y se puso en marcha el Programa de humanización del parto y el nacimiento.^{xiv} En Honduras se adoptó el Plan estratégico prioritario para la reducción de la mortalidad materna, en Nicaragua la Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad Materna ha elaborado un Plan nacional,^{xv} en Paraguay se impulsó un plan estratégico que incluyó la capacitación de personal, la vigilancia epidemiológica, la extensión de la planificación familiar y la ampliación de la atención institucional del parto, y en Venezuela se instrumentó el Plan nacional de prevención. En Perú la reducción de la mortalidad materna es considerada una prioridad nacional, lo que se expresa en el Plan de emergencia para la reducción de la mortalidad materna, el Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2000-2005) y en la política de acceso universal a los servicios de salud y seguridad social del Acuerdo nacional del 2003.

En la mayoría de los países se han realizado esfuerzos para fomentar el acceso a los servicios de control prenatal y puerperal y de atención institucional del parto, elevar su calidad y capacitar a los prestadores de servicios de atención de la salud materna y perinatal. En El Salvador, Chile, México y Paraguay se han elaborado normas y guías para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como para la atención del recién nacido. En Brasil, Costa Rica, Panamá, Paraguay y Venezuela se desarrollaron programas alimentarios y de fortificación de alimentos, mediante los cuales se procura mejorar el estado nutricional y de salud de las gestantes y lactantes y los niños en riesgo nutricional, pertenecientes a grupos en situación de pobreza. En El Salvador se han diseñado modelos de calidad de atención en el ámbito ginecoobstétrico de los hospitales y unidades de salud; también se ha

elaborado un manual para la vigilancia de la morbilidad materna en la red de establecimientos del Ministerio de Salud y se cuenta con una red de promotores de salud que trabajan a nivel comunitario.

En numerosos países se han creado instituciones específicas para abordar el problema de la mortalidad materna. Aunque con variados resultados, Brasil, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana establecieron comisiones de vigilancia de la mortalidad materna, iniciativa que se tradujo, en el caso de Ecuador, en el desarrollo de un sistema informático para el seguimiento de la salud perinatal, similar al que existe en Panamá. Por otra parte, en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela se han creado comités de mortalidad materna con la finalidad de mejorar el registro de los casos de muerte materna, realizar estudios sobre esta materia y proponer medidas para evitarla.^{xvi} En Brasil, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, se crearon comités regionales y locales. En algunos países (México, Nicaragua, Perú) se establecieron entidades encargadas de articular los esfuerzos de las distintas instituciones que trabajan en este campo.

Un aporte importante al logro del objetivo de reducción de la mortalidad materna son las iniciativas regionales promovidas desde ámbitos multilaterales. Un ejemplo de ello es la elaboración de un proyecto de consenso regional para la reducción de la mortalidad materna, que ha sido recibido favorablemente por muchos gobiernos de la región. Participaron en la redacción del texto la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional y la Fundación Científica Internacional.

Integración de los servicios a la atención primaria y mejoramiento de la calidad y el acceso

La integración de los servicios de salud sexual y reproductiva en la estructura general de servicios de salud ha dado resultados muy variados. En muchos países y territorios (Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guatemala, Granada, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Suriname, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) los servicios ya se integraron o están en vías de integrarse, total o parcialmente, al sistema de atención primaria o al sistema básico de salud. En América Latina esta integración fue, en general, posterior a la Conferencia de El Cairo; en cambio, en gran parte del Caribe de habla inglesa, así como en Cuba, le antecedió. En Granada se estableció una red de atención, organizada por distritos e integrada por enfermeras que prestan servicios de planificación familiar y cuidado prenatal y posnatal. En Haití, la promoción de la salud reproductiva es responsabilidad de los servicios primarios de salud. En Uruguay, los servicios de salud sexual y reproductiva se integraron en la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública.

Respecto al mejoramiento de la calidad de los servicios, en muchos países se han adoptado normas para reglamentar su funcionamiento, que se basan en el principio de respeto de los derechos reproductivos de todas las personas a lo largo de todo el ciclo de vida, toman en consideración los avances científicos y tecnológicos en materia de anticoncepción, y amplían las opciones de métodos anticonceptivos y las actividades de orientación. Las medidas pueden agruparse en las siguientes categorías:

- incorporación de servicios de salud sexual y reproductiva en la estructura orgánica y funcional del ministerio de salud;

- elaboración o actualización y difusión de normas y procedimientos de atención;
- capacitación del personal;
- establecimiento de indicadores para evaluar, monitorear y certificar los servicios.^{xvii}

En algunos casos se han adoptado técnicas que mejoran los resultados de las intervenciones, como la vasectomía sin cirugía en Jamaica y las mamografías en Suriname, o su uso ha aumentado.

Respecto a la ampliación del acceso de los usuarios a los servicios, en la mayoría de los casos se han logrado adelantos en los siguientes campos:

- campañas de difusión para promover el conocimiento de los derechos reproductivos;
- programas de capacitación y orientación de equipos de salud, agentes comunitarios y usuarios sobre derechos reproductivos, género, técnicas anticonceptivas, violencia contra las mujeres y salud sexual y reproductiva;
- extensión de los servicios a grupos con escasa cobertura (hombres, adultos mayores, indígenas, trabajadoras sexuales, discapacitados y adolescentes);
- desarrollo de la infraestructura física, generalmente bajo la forma de creación de nuevos centros de atención;
- extensión de los horarios de atención, y
- atención gratuita.

Anticoncepción: mejora de la provisión de servicios y ampliación de los servicios disponibles

Numerosos países han tomado medidas para ampliar la gama de procedimientos de anticoncepción disponibles. Una de las líneas de acción prioritarias de la política nacional de salud sexual y reproductiva de Colombia es la mejora de las condiciones de acceso y del suministro oportuno de métodos anticonceptivos; las normas técnicas de atención ya incluyen una oferta completa de métodos para hombres y mujeres. En Ecuador y Perú las normas garantizan el acceso libre e informado a una amplia gama de métodos anticonceptivos, pero se reconoce que no siempre están disponibles para todos. En Cuba es posible recurrir a ocho métodos anticonceptivos y en México todos los métodos están a disposición de los usuarios en los servicios de planificación familiar del Sistema Nacional de Salud. En Panamá se establecieron alianzas estratégicas con empresas distribuidoras de condones y se realizaron actividades de capacitación sobre los métodos de planificación familiar dirigidas a comunidades, educadores, funcionarios de salud y jóvenes. En Bolivia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Uruguay se prevé también la provisión de anticonceptivos de emergencia.

En general, los preservativos femeninos son poco conocidos o usados. En Brasil y Panamá se distribuyen anticonceptivos de emergencia y preservativos femeninos a determinados grupos. En Colombia, la anticoncepción de emergencia se incluyó dentro de las normas que reglamentan las acciones de demanda inducida y cumplimiento obligatorio en virtud del Plan obligatorio de salud del Sistema general de seguridad social en salud. En Chile se están realizando estudios sobre la aceptación de los preservativos femeninos y en las farmacias se venden anticonceptivos de emergencia con receta médica

retenida. En Paraguay la anticoncepción post evento se brinda en hospitales públicos a la mayor parte de los usuarios que la requieren. La anticoncepción posterior a una cesárea, un parto o un aborto se incorporó en los servicios de salud en Honduras, México y Nicaragua. En Antigua y Barbuda, Granada, República Dominicana, Santa Lucía y Suriname, hay organizaciones no gubernamentales que distribuyen condones para mujeres y anticonceptivos de emergencia; en Jamaica y Trinidad y Tabago se distribuyen mediante la cooperación, formal o informal, entre los sectores público y privado. En Bahamas los anticonceptivos de emergencia sólo se ofrecen en los servicios de urgencia de los hospitales, mientras que en República Dominicana y Perú se venden en las farmacias del sector privado, y en Jamaica y Trinidad y Tabago, en las farmacias, sin necesidad de receta médica.

Para asegurar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, algunos países han establecido sistemas de distribución y seguimiento. En Argentina se diseñó un instrumento de seguimiento de la distribución y el control de la gestión. En Bolivia, Chile, Nicaragua, México, Trinidad y Tabago y Venezuela se desarrollaron sistemas informáticos de administración logística y en El Salvador se adoptó una estrategia de distribución comunitaria de anticonceptivos; asimismo, el país cuenta con una dotación de unidades móviles equipadas para la prestación de servicios de salud reproductiva en las áreas de difícil acceso. En Guatemala y Jamaica se hace seguimiento de las líneas de distribución y de abastecimiento de anticonceptivos. La Asociación Hondureña de Planificación Familiar estableció el programa "Pipeline", que garantiza el suministro adecuado de anticonceptivos en todas sus clínicas; un sistema similar se adoptó en Paraguay. En México, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, se encarga de la compra de anticonceptivos, con el fin de distribuirlos a los servicios de salud de algunas entidades que han registrado problemas de suministro. En Panamá existen mecanismos para la distribución sistemática de anticonceptivos en todas las regiones, de acuerdo a sus demandas; el país también cuenta con un sistema de registro y cobertura de atención. En Perú se definieron procedimientos específicos y protocolos para la adquisición y posterior provisión de anticonceptivos. Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, Paraguay, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas y Uruguay establecieron procedimientos para asegurar los recursos que permitan un abastecimiento regular.^{xviii} En varios países el suministro de anticonceptivos ha sido posible gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales.

Adopción de estrategias para enfrentar la pandemia de VIH/SIDA

En el boletín del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de diciembre del 2003 se estima que en la región dos millones de personas viven con el VIH y que su prevalencia es igual o superior al 1% en doce países, todos ellos del Caribe. El contagio se debe a comportamientos de alto riesgo, que incluyen el inicio precoz de la actividad sexual, las relaciones sexuales no protegidas con parejas múltiples y el uso de agujas hipodérmicas no esterilizadas. Según la misma publicación, la forma más común de propagación en América del Sur es a través del consumo de drogas por vía intravenosa y de relaciones sexuales entre hombres; en cambio, en Centroamérica y el Caribe es por vía sexual (heterosexual y entre varones).

Para enfrentar la pandemia del VIH/SIDA, la mayoría de los países han adoptado nuevas normas y definido planes y programas específicos para dar apoyo a las actividades de prevención y control, así como para cautelar los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA. En este plano destacan acciones específicas en todos los países del Caribe y la creación en 1998 del grupo de trabajo del Caribe sobre VIH/SIDA, pues la subregión registra la segunda mayor prevalencia de SIDA en el mundo. Brasil cuenta con un programa de combate a enfermedades sexualmente transmisibles/SIDA internacionalmente reconocido. En Ecuador en 1999 se aprobó la Ley sobre atención de VIH/SIDA, que prohíbe la discriminación a portadores y enfermos. Guatemala cuenta con una Ley General para el combate del

VIH/SIDA y la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al VIH/SIDA (decreto 27-2000); además, en la política de desarrollo social y población (abril del 2002) se identifican dos objetivos para el programa nacional de prevención del VIH/SIDA: a) fortalecer la atención integral y b) mejorar los niveles de información y educación de la población, buscando prevenir la enfermedad. En el ámbito institucional, en Antigua y Barbuda existe un Secretariado del SIDA y en Chile, Costa Rica, Honduras, México y Nicaragua hay comisiones nacionales integradas por representantes del Estado y de organizaciones sociales, responsables de promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a la prevención y control del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. En Colombia existe voluntad política para reactivar el Consejo Nacional del SIDA como instancia de participación y concertación intersectorial para asesorar y apoyar las decisiones del gobierno central. En Cuba se creó el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; además, dentro del marco institucional del Ministerio de salud pública existen comisiones nacionales integradas por representantes del Estado y organizaciones sociales, responsables de promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a la prevención y el control del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. En el ámbito programático, la mayoría de los países ha elaborado planes y programas orientados a ofrecer una atención integral del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, en los que se da prioridad a la prevención y la promoción de un ejercicio seguro y responsable de la sexualidad en los diferentes grupos de población; los planes y programas se rigen por principios de equidad, calidad, y respeto de las diferencias y de los derechos.^{xix}

Las intervenciones en materia de prevención y control consideran varios de los aspectos siguientes:

- producción y distribución de materiales educativos, realización de campañas en medios masivos de comunicación;
- exámenes obligatorios de sangre y hemoderivados usados en transfusiones;
- campañas para ampliar el acceso a los servicios de diagnóstico del VIH;
- distribución de medicamentos antirretrovirales;
- capacitación de personal del sector salud;
- conformación de redes de información, investigación y sensibilización;
- instalación de servicios de orientación en los lugares de atención, hospitales y centros de salud;
- distribución masiva y gratuita de preservativos, y
- campañas de información y difusión para adolescentes y mujeres en edad fértil a los efectos de lograr el consentimiento voluntario para la realización de la prueba del VIH/SIDA.

Muchas de las iniciativas adoptadas en los últimos años han dado resultados satisfactorios. En Argentina se logró la distribución gratuita de medicamentos antirretrovirales al 100% de la población detectada; el proyecto LUSIDA (1997-2001) articuló la acción del Estado y de la sociedad civil y uno de sus logros fue el fortalecimiento de las redes de personas que viven con VIH/SIDA. En las Bahamas, las

actividades del Departamento de VIH/SIDA recibieron el apoyo del Ministerio de Educación y se promulgó una ley sobre empleo, en virtud de la cual se pone fin a todas las formas de discriminación en el trabajo contra de las personas que viven con VIH y SIDA. En Brasil hubo una intensa movilización de diversos sectores de la sociedad civil, que contribuyó a que se fortalecieran las articulaciones intersectoriales y de las instancias de consenso y control social con las políticas y programas sociales y de salud, y con el programa de reducción de daños provocados por drogas inyectables, actividad que figura entre los compromisos suscritos por los países que integran el Mercosur. En Colombia la prevención y control del VIH/SIDA se incluyó dentro de los componentes de la política nacional de salud sexual y reproductiva; asimismo, se conformó el Fondo de medicamentos de alto impacto social con el fin de mejorar el acceso de la población a terapia con antirretrovirales. Se puso en marcha el proyecto "Escuchamos propuestas" (1998-1999), destinado a los adolescentes escolarizados, y se desarrollaron experiencias piloto para la reducción de casos de VIH/SIDA mediante la difusión de información, ofrecimiento de pruebas voluntarias y tratamiento a madres seropositivas.¹⁵ En Ecuador se diseñó un proyecto de prevención del VIH/SIDA, una de cuyas estrategias es la conformación de centros de orientación sobre prevención y convivencia con personas afectadas por estas enfermedades.

En Honduras se han adoptado una serie de medidas que han dado buenos resultados, entre otras la creación de la Asociación de Personas Viviendo con VIH/SIDA; el manejo de las infecciones de transmisión sexual mediante un enfoque sindrómico; la validación y revisión de flujogramas; la creación de las clínicas de manejo de dichas infecciones; el establecimiento de un programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, con cobertura nacional, y la creación del foro nacional sobre VIH/SIDA, de carácter multilateral y con cinco filiales regionales. En México está operando el programa "Vete sano y regresa sano", destinado a proteger a los migrantes y las poblaciones receptoras, como parte del cual se distribuye una tarjeta que sirve a los prestadores de servicios de salud para la vigilancia epidemiológica del migrante y su familia; además, desde 1998 se viene ejecutando el programa "Lazo rojo", mediante el cual el personal de los salones de belleza, peluquerías y farmacias brinda información sobre las formas de contagio y métodos de prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. En Panamá se han logrado resultados satisfactorios mediante actividades educativas sobre el uso continuo y correcto del condón y de distribución gratuita de preservativos; el fortalecimiento de la atención integral, incluida la ampliación de la cobertura de la terapia antirretroviral para las personas con VIH/SIDA; la disminución del costo de los medicamentos en un 55%, y la estandarización de un protocolo de atención de las mujeres embarazadas. En Paraguay se creó en el año 2002 una red de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA (2002) y se está realizando un proyecto de venta de condones a bajo costo. En Perú, destacan la creación de la Comisión de Prevención del SIDA en las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional de Perú, que incorporó el enfoque de derechos reproductivos en el programa institucional de prevención. República Dominicana puso en marcha una estrategia nacional de información, educación y comunicación a través de jóvenes. En Uruguay se inició el tratamiento antirretroviral gratuito de todos los enfermos; hasta 1999 se realizaron campañas de difusión y se han organizado talleres de capacitación de dirigentes comunitarios de todo el país; el fortalecimiento de las organizaciones no gubernamentales que ejecutan actividades relacionadas con el VIH/SIDA, y la capacitación en centros militares, y escuelas de policía y de bomberos; también se hizo entrega de canastas de alimentos a personas de escasos recursos aquejadas de SIDA y se desarrolló un proyecto de capacitación del personal de salud con una perspectiva de género. En casi todos los países de la región se destaca el trabajo de las organizaciones no gubernamentales, que impulsan, mediante estrategias focalizadas, la conformación de redes, la realización de actividades de

¹⁵ El objetivo fue sensibilizar e informar en el tema de prevención de ITS/VIH/SIDA, y para apoyar la formulación de proyectos educativos en las escuelas a partir de la estrategia de formación de líderes juveniles en cada institución educativa.

sensibilización y la ejecución de investigaciones cuantitativas y cualitativas que contribuyen tanto a la comprensión del problema y sus dimensiones como a la elaboración de propuestas de intervención.

c) Violencia contra la mujer

En el Programa de Acción de El Cairo se afirma que la eliminación de todo tipo de violencia contra la mujer y la promoción de la equidad e igualdad de género, así como la capacidad de las mujeres de controlar su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo.¹⁶

Más aún, en su décimo primer período de sesiones, celebrado en 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer observó que “la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”.¹⁷ Por lo tanto, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para poner fin a la violencia contra la mujer, de conformidad no sólo con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, sino también de otros instrumentos internacionales de derechos humanos.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se otorgó atención prioritaria al tema de la violencia contra la mujer. En la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, adoptada en Belém do Pará en 1995 y ratificada por un numeroso grupo de países de la región, se definen las responsabilidades de los Estados en esta materia. Además, en la II Conferencia Interamericana de Derechos Humanos, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Cumbre sobre Desarrollo Social y la Convención sobre los Derechos del Niño se establecen compromisos que constituyen el marco de acción en este ámbito.

En la agenda política de la mayoría de los países se han hecho esfuerzos por dar carácter prioritario al tema de la violencia contra la mujer, en vista del creciente reconocimiento de su complejidad y de la necesidad de contar con políticas públicas consistentes y sostenidas que lo aborden en forma multidimensional, considerando los factores culturales, sociales, jurídicos, políticos y económicos que la determinan o modifican. Las mujeres y los niños son las víctimas más frecuentes de la violencia intrafamiliar, por lo que los gobiernos suelen integrar las acciones contra ella a los ámbitos de la equidad de género y de protección a la infancia.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe ha adoptado leyes que regulan la prevención, atención y sanción de la violencia intrafamiliar y de la violencia sexual en particular.^{xx} Bahamas, El Salvador, Colombia, Chile, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana han constituido comisiones interinstitucionales e intersectoriales de alto nivel, con el propósito de formular articulada y concertadamente un plan o programa nacional contra la violencia hacia la mujer, en que esta problemática sea abordada como un tema de discriminación, con un enfoque que incorpore los derechos humanos y la perspectiva de género de manera transversal.^{xxi}

Con el fin de reducir los índices de violencia familiar y sexual, los países han realizado variadas actividades, entre las que figuran las indicadas a continuación:

¹⁶ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, principio 4.

¹⁷ Recomendación general N° 19.

- estudio intersectorial (salud, educación, administración de justicia, organizaciones sociales) para la elaboración y aplicación de modelos de prevención y atención de la violencia intrafamiliar (Chile, Colombia);
- sensibilización de funcionarias y funcionarios públicos que trabajan en los sectores de educación y salud, el poder judicial, las municipalidades y los cuerpos policiales (Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Dominica, Honduras, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Suriname);
- creación de instituciones para la protección de las víctimas (Brasil, Bahamas, Guyana, Paraguay, Santa Lucía);
- adopción de normas y procedimientos oficiales para la prestación de servicios de salud, incluidos criterios para la atención médica de las víctimas de la violencia familiar (Brasil, Ecuador, México);
- desarrollo de campañas nacionales de prevención que contribuyan en la sensibilización de la población (Jamaica, México, Paraguay y Saint Kitts y Nevis);
- creación o fortalecimiento de un sistema de información y seguimiento de la violencia contra la mujer (Argentina, Paraguay y Perú), y
- establecimiento de cuerpos especializados de salud, asistencia social y policiales con funciones represivas y educativas (Bahamas, Belice y República Dominicana).

En las respuestas a la encuesta, Costa Rica, Perú y Venezuela informan sobre la labor que están realizando las defensorías del niño, el adolescente y la mujer, adjuntas a la Defensoría del Pueblo, que reciben y procesan denuncias de violencia familiar y sexual.

Asimismo, se han tomado medidas encaminadas al establecimiento de instituciones encargadas de aplicar las políticas adoptadas a nivel local y de facilitar la participación de las comunidades organizadas y de la ciudadanía en general.^{xvii}

En el campo legislativo, cabe mencionar que Belice, Chile, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Perú y Santa Lucía han aprobado reformas al Código Penal en materia de delitos sexuales. En Brasil se creó el Estatuto del niño y del adolescente, que otorga especial importancia a la protección jurídica y social de los niños y adolescentes víctimas de abuso y explotación. Colombia aprobó en 1997 una ley sobre delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana, complementada por las reformas al Código Penal realizadas en los años 2000 y 2002 y la adopción de un estatuto legal para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual de menores de edad; en 1996 se creó un Comité Interinstitucional para la Lucha contra el Tráfico de Mujeres y más tarde se suscribió un convenio interinstitucional para la atención integral a las víctimas de delitos sexuales y violencia sexual. En Costa Rica se cuenta con una Ley contra el hostigamiento sexual en el empleo y la docencia y la ley contra la explotación sexual de las personas menores de edad; además el Código de la Niñez y la Adolescencia establece un marco de protección contra la violencia sexual en los menores de edad. En Ecuador el Consejo Nacional de las Mujeres impulsó el cambio de la normativa interna del Ministerio de Educación para sancionar el acoso sexual en el sistema educativo. Antigua y Barbuda, Aruba, México, Perú y Santa Lucía han adoptado normativas para la protección de los derechos de los niños y adolescentes, cuyo

propósito es garantizar el derecho a la integridad moral, física y psíquica, y evitar prácticas como la tortura y el trato cruel o degradante, el trabajo forzado, la explotación económica, la prostitución, y la trata, venta o tráfico de menores.

d) Educación primaria y secundaria

En el Programa de Acción de El Cairo se reconoce que “la enseñanza es un factor clave del desarrollo sostenible: constituye al mismo tiempo un componente del bienestar y un factor para aumentar el bienestar a causa de sus vínculos con los factores demográficos y los factores económicos y sociales. Además es un medio para que cada persona pueda obtener conocimientos, que son indispensables para que todo el que desee pueda desenvolverse en el complejo mundo de hoy. Los avances en este campo contribuyen en gran medida a la reducción de las tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad, a la habilitación de las mujeres, al mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo y al fenómeno de una auténtica democracia política. La integración de los migrantes también se ve facilitada por el acceso universal a la enseñanza, respetando las creencias religiosas y la cultura de los migrantes” (párrafo 11.2). En consecuencia, se insta a los países a “lograr el acceso de todos a una enseñanza de calidad, dando especial prioridad a la enseñanza primaria y técnica y la capacitación para el empleo, la lucha contra el analfabetismo y la eliminación de las desigualdades entre los sexos con respecto al acceso, la retención y el apoyo a la educación; promover la educación no académica para los jóvenes, garantizando la igualdad de acceso de hombres y mujeres a los centros de alfabetización; incorporar en los programas de estudios temas sobre la relación entre la población y el desarrollo sostenible, las cuestiones de salud, incluida la salud reproductiva, y la igualdad entre los sexos, y mejorar su contenido a fin de fomentar una mayor responsabilidad y conciencia al respecto” (párrafo 11.5).

El panorama educativo en América Latina y el Caribe es muy variado. La tasa de analfabetismo muestra que todavía queda mucho por hacer en cuanto a educación mínima para toda la población; si bien presenta una tendencia descendente en todos los países, sigue siendo alta en varios de ellos. En Haití llega a algo más de un 50%. En algunos países se han logrado avances en cuanto a la extensión del número de años de la enseñanza básica que son de carácter obligatorio. Por ejemplo, en Argentina se aprobó la ampliación de la educación general básica obligatoria de siete a nueve años; además, se garantiza su gratuidad, al igual que la de la educación polimodal no obligatoria, impartida en escuelas públicas administradas por el Estado. En Chile se aprobó recientemente la extensión de la enseñanza obligatoria de ocho a doce años. En Brasil, la educación básica es gratuita y obligatoria hasta el octavo grado por disposición constitucional. En virtud de la reciente reforma educativa, en Paraguay se incorporó el ciclo básico de la antigua enseñanza secundaria a la educación escolar básica, por lo que también pasa a ser obligatoria; esta medida ha propiciado un incremento notable de la matrícula. La educación es obligatoria en Santa Lucía hasta los 16 años; en Barbados, Dominica y Saint Kitts y Nevis entre los 5 y los 16 años; en Guyana entre los 6 y los 14 años; en Trinidad y Tabago entre los 6 y los 12 años y en Jamaica, entre los 6 y los 11 años;

En Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Cuba, Haití, Honduras, Nicaragua Panamá, Suriname, San Vicente y las Granadinas y Venezuela se han tomado medidas para fortalecer la infraestructura educativa y perfeccionar la formación de los docentes. Otros países han aumentado la provisión de textos escolares a las bibliotecas (Cuba) o a bajo costo (República Dominicana) y han extendido la disponibilidad de computadoras (Cuba), en tanto que Bolivia, Guyana y México han incrementado los recursos asignados a la educación.

e) Atención de las necesidades de las personas mayores

En el Programa de Acción de El Cairo se advierte que el envejecimiento de la población tiene importantes repercusiones para los países y se insta a los gobiernos a: “i) aumentar, mediante los mecanismos adecuados, la autonomía de las personas de edad y crear condiciones que mejoren su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir en forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como puedan o deseen; ii) establecer sistemas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social para las personas de edad, según proceda, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres; y iii) establecer un sistema de apoyo social, en los planos oficial y no oficial, con vistas a aumentar la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad” (párrafo 6.17).

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos, algunos países han adoptado medidas de carácter legislativo. Los derechos de las personas mayores están consagrados en la constitución de numerosos países: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Además, en los últimos años, Brasil, Costa Rica, México, Paraguay y El Salvador han promulgado leyes especiales que norman los derechos de las personas mayores y en Honduras, Panamá y Venezuela existen proyectos similares que se encuentran en trámite legislativo; en general, este tipo de leyes se rige por los lineamientos establecidos por las Naciones Unidas en 1991 y en algunos casos constituyen el sustento legal de una política relativa a las personas mayores.

En el ámbito programático, se destacan tres áreas de acción: los planes nacionales de desarrollo, las políticas nacionales de vejez y los programas sectoriales (de salud y seguridad social, especialmente). En Colombia, Costa Rica y Panamá se presta atención a las necesidades de las personas mayores en el marco de los planes nacionales de desarrollo o de igualdad de oportunidades; Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Jamaica, y Perú son pioneros en la formulación y puesta en marcha de políticas nacionales dirigidas a las personas mayores. En cuanto a los programas de salud, Panamá, Chile y México han adoptado planes concebidos especialmente para este grupo etario y los planes nacionales de salud de varios países contienen disposiciones específicas sobre las personas de edad. Respecto de los sistemas de seguridad social, en Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Colombia, Granada, Guyana, República Dominicana y Santa Lucía se asignan pensiones a las personas mayores sin recursos; en otros se revisan los sesgos de género en dichos sistemas. En Brasil se instauró el programa de beneficio por prestación continuada (BPC), que garantiza ingresos de un salario mínimo mensual a las personas pobres de 65 años y más y que no están protegidas por la seguridad social. En Cuba, desde el decenio de 1980 el sistema de seguridad y asistencia social garantiza pensiones de jubilación a todos los trabajadores de forma universal, sin un sistema obligatorio de jubilación por edad. Por su parte, la asistencia social asigna prestaciones sociales en dinero o especie a los adultos mayores sin recursos

Para facilitar la ejecución de las medidas adoptadas, algunos países han hecho reformas institucionales. Se crearon nuevas instituciones en Brasil (el Consejo nacional de los derechos de las personas mayores), Chile (Servicio nacional para el adulto mayor), Costa Rica (Consejo nacional de la persona adulta mayor), México (Instituto nacional de las personas adultas mayores), Trinidad y Tabago (División de envejecimiento) y Venezuela (Instituto nacional de geriatría y gerontología), entre otros. Asimismo, en Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua y Panamá se han creado organismos de planificación de actividades en favor de las personas mayores, que también están abiertos a su participación; ejemplos de ellos son los consejos provinciales en Argentina y los comités regionales del adulto mayor en Chile.

Finalmente, en relación con la adopción de instrumentos internacionales, cabe destacar que la CARICOM hizo suyo en 1999 el Capítulo Regional del Caribe sobre Envejecimiento y Salud, cuyo objetivo es orientar las acciones dirigidas a velar por la salud y la plena integración y participación de las personas mayores en las sociedades y economías del Caribe. A raíz de este llamamiento se han realizado reuniones de expertos y se emprendió un estudio de situación. Por otra parte, en virtud del proceso de seguimiento regional de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en noviembre del 2003 se realizó la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en la sede de la CEPAL, en Santiago de Chile; en esa oportunidad, los países adoptaron la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en la que se consideran varios temas abordados en el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo: la creación de espacios ambientales favorables para las personas mayores; la equidad de género en los sistemas de seguridad social; el establecimiento de mecanismos de apoyo a las familias, y especialmente a las mujeres, que brindan cuidado a las personas mayores; la atención de la salud sexual y reproductiva en la vejez con un enfoque de ciclo de vida.

f) Información, investigación y capacitación

En el Programa de Acción de El Cairo se insta a los gobiernos de todos los países a reforzar la capacidad nacional para ejecutar programas sostenidos y amplios de recolección, análisis, difusión y utilización de información sobre población y desarrollo. En respuesta a ello, en América Latina y el Caribe han tomado numerosas medidas. En el plano subregional, los países del Mercosur ampliado (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) acordaron comenzar a utilizar metodologías y contenidos comunes en la ronda de censos de 2000, con el fin de disponer de datos comparables. A escala regional cabe destacar la formación de la Red de instituciones y expertos en estadísticas sociales y de medio ambiente de América Latina y el Caribe (REDESA), coordinada por la División Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL; la organización del Programa para el mejoramiento de las encuestas y la medición de las condiciones de vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la CEPAL y el propósito de otorgar asistencia técnica en materia de metodología, investigaciones y capacitación para mejorar la calidad, la cobertura y relevancia de la información recopilada en las encuestas de hogares.

Un número importante de países estableció sistemas intersectoriales de información.^{xxiii} Por ejemplo, en Panamá todos los ministerios encargados de la implementación de la agenda social para el período 2000-2004 colaboraron en la creación del Sistema integrado de indicadores para el desarrollo. En otros países las oficinas o direcciones generales de estadística se transformaron en institutos nacionales de estadísticas, lo que refleja el reconocimiento de la creciente importancia de la labor que realizan estos organismos. Varios países avanzaron en el mejoramiento de sus sistemas de recolección de información y capacitación del personal técnico, mientras que otros crearon o ampliaron las unidades de estadísticas de los ministerios o perfeccionaron su sistema de estadísticas vitales.

Respecto de la producción de información, durante el último decenio se advirtió que un número cada vez mayor de países realiza sus encuestas de hogares para el diagnóstico de la situación económica y laboral, de manera periódica y con muestras representativas de total nacional. En varios casos también se incluyen en estas encuestas módulos sobre salud, discapacidad, envejecimiento (Brasil, Costa Rica), condiciones de vida (Guyana), violencia doméstica y abuso infantil (Santa Lucía) o propósitos múltiples (Suriname). Además, se continuaron aplicando encuestas específicas, entre otras, sobre demografía y salud, y de planificación familiar (Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Santa Lucía y Venezuela), lo que ha permitido contar con datos actualizados sobre los niveles de fecundidad y mortalidad infantil, conocimiento y uso de

métodos de planificación familiar, salud maternoinfantil, nutrición, VIH/SIDA y violencia doméstica, entre otros temas. Las encuestas regulares destinadas a la evaluación de programas sociales y focalización del gasto social, como la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) de Chile, también ofrecen una variada gama de antecedentes sociodemográficos útiles y pueden servir para evaluar programas de población.

Con relación a los censos de población y vivienda, cabe señalar que todos los países del Caribe realizaron hasta el 2003 los empadronamientos correspondientes a la ronda de 2000, aunque no todos han terminado de procesar la información recopilada; en América Latina, ya lo han hecho quince de veinte países. Entre los aspectos más destacados de los censos de la ronda de 2000 cabe hacer hincapié en las dificultades que la mayoría de los países tuvieron para financiar su realización y el importante progreso registrado en la difusión de los resultados a través de Internet. Concretamente, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá y Santa Lucía permiten procesar los datos censales en línea, por Internet, lo que es una muestra fehaciente de su disposición a democratizar el acceso a la información sociodemográfica.

Como contrapunto de los avances logrados, en varias reuniones intergubernamentales, entre otras en la Conferencia Estadística de las Américas y el Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, se ha reconocido la necesidad de dar un mayor impulso a la recopilación periódica de estadísticas, entre otras, de estadísticas vitales.

En materia de investigación, todos los temas abordados en la Conferencia de El Cairo han recibido atención en los países de la región. Uno de los más importantes de los que han sido objeto de estudio es la relación entre desarrollo, por una parte, y población y medio ambiente, por otra, lo que se vincula con los temas de la pobreza y de la migración internacional.^{xxiv} Otros temas que han merecido especial atención son el de la situación de los adultos mayores y de la inequidad de género, sobre todo la condición de la mujer; investigaciones de este tipo se han efectuado, entre otros países, en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay.^{xxv} También se han hecho investigaciones epidemiológicas sobre prevalencia, incidencia y medición de riesgo de enfermedades no transmisibles, factores de riesgo de la desnutrición, mortalidad materna, mortalidad perinatal y enfermedades emergentes.^{xxvi} Abundan los estudios sobre salud sexual y reproductiva, incluida la de los adolescentes y en mucho menor medida de los hombres, y sobre salud comunitaria y medicina preventiva, y acceso a los servicios y calidad de estos (Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Perú y Venezuela).^{xxvii} En Colombia se realizó un estudio sobre derechos humanos de algunas comunidades indígenas y grupos desplazados y Haití informa de una investigación sobre la migración al área metropolitana de Puerto Príncipe; en Antigua y Barbuda se han hecho investigaciones sobre uso de drogas.

En materia de formación de recursos humanos especializados, la única actividad regional de capacitación sobre demografía que se sigue realizando es la Maestría en Población y Salud que se imparte en el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica; cabe señalar que a raíz de la falta de recursos financieros se interrumpieron los cursos de especialización ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y tuvo que suspenderse el curso de posgrado en población y desarrollo que ofrecía la Universidad de Chile con el apoyo del mismo Centro. Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Honduras, México y Perú cuentan actualmente con programas de maestría en demografía, demografía social y estudios de población.^{xxviii} En tres de ellos (Argentina, Brasil y México) también se ofrecen programas de doctorado sobre estas materias. En Uruguay destaca la creación de espacios de análisis y reflexión sobre los temas de población en la Universidad de la República.^{xxix} Debido a la escasez de programas de este tipo en la región, en muchos países no hay nuevos profesionales

especializados en población y la formulación de una estrategia regional para hacer frente a esta situación sigue siendo una tarea pendiente.

En Argentina, México y Nicaragua se han establecido alianzas entre el gobierno, las universidades, los centros de investigación y las asociaciones de investigadores para identificar temas prioritarios y dar impulso a la investigación. En algunos casos las alianzas trascienden las fronteras de los países y permiten aprovechar la experiencia y los recursos humanos de centros de excelencia dentro de la región.

3. Derechos y equidad

a) Equidad social

La distribución del ingreso es un indicador del grado de equidad social existente en los países. En América Latina el ingreso está muy concentrado y no ha mostrado tendencias alentadoras en los últimos años, ya que, salvo escasas excepciones, se observa un estancamiento de los indicadores de concentración del ingreso e incluso un deterioro en algunos países (CEPAL, 2003a).¹⁸ El gasto público social es uno de los mecanismos que permiten corregir la falta de equidad social. La expansión del gasto social que se registró en América Latina entre 1990 y 1997 se frenó en los años siguientes, a causa de la reducción del crecimiento económico. Sin embargo, el impacto negativo de esta reducción se vio aminorado en parte gracias a la mayor prioridad otorgada al gasto social como porcentaje del PIB, que evitó una disminución aun mayor en términos per cápita, y en parte por la asignación de recursos a educación y salud, que tuvo efectos redistributivos (CEPAL, 2003a). Pese a las mejoras logradas en cuanto al nivel general de vida, en los países del Caribe también se observa una desigual distribución del ingreso.

Los estratos más vulnerables de la población siguieron teniendo un acceso limitado a los canales de movilidad social, entre otros la educación, ámbito en que el aumento de la matrícula no revela la profundidad de las desigualdades existentes en materia de calidad y contenido. Los programas de ajuste estructural realizados en el Caribe afectaron el acceso de los más pobres a la educación, ya que en varios países se reintrodujo el pago de la matrícula secundaria y universitaria. Asimismo, en varios países de América Latina los niños y niñas en situación de extrema pobreza o pertenecientes a grupos étnicos marginados suelen ingresar al primer año de primaria sin haber recibido estimulación precoz ni educación preescolar; estos factores suelen reflejarse en crecientes tasas de ausentismo y de repetición, retraso en el inicio de la vida escolar y abandono temprano de la escuela. Todo esto obedece a la situación económica de las familias, pero también está vinculado a problemas de desintegración familiar, migración y trabajo infantil, entre otros.

Con el fin de corregir los factores de inequidad, discriminación y aislamiento que restringen el acceso y la permanencia en los centros de enseñanza primaria y secundaria, en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Honduras, El Salvador, México, Panamá, Venezuela y Perú se han tomado medidas destinadas específicamente a algunos grupos étnicos, la población rural, los desplazados por la violencia, y los niños y niñas con necesidades educativas especiales. Específicamente, se han iniciado programas complementarios de alimentación, de transporte y de becas escolares, sobre todo en zonas marginales urbanas y áreas rurales, a lo que se suma la exención del cobro de derechos académicos, y la aplicación de metodologías pedagógicas y modelos educativos novedosos. En Bolivia, Ecuador y Perú se ha realizado

¹⁸ Los datos sobre distribución del ingreso no están disponibles para todos los países, las generalizaciones se basan en datos de 5 países del Caribe y 18 países de América Latina.

un esfuerzo importante por impartir educación intercultural y bilingüe, que permita a la población indígena recibir una educación de calidad y respetuosa de su identidad, conforme a lo dispuesto en el párrafo 6.27 del Programa de Acción de El Cairo, en el que se insta al respeto de las culturas indígenas.^{xxx} En Ecuador el Ministerio de salud creó la Dirección de salud de los pueblos indígenas en 1999.

b) Equidad de género

En el Programa de Acción de El Cairo se insta a los países a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la eliminación de todas las formas de discriminación de la niña y la promoción de la participación masculina en los ámbitos de la familia, y la salud sexual y reproductiva.

En este capítulo se dará cuenta de las medidas adoptadas por los países para materializar dos de los principios fundamentales del Programa de Acción de El Cairo: la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres. La equidad de género apunta a “sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos...”, mientras que el empoderamiento alude tanto a “la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como al fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político en favor de una efectiva igualdad de derechos y de oportunidades” (CEPAL, 1999).

Durante la década transcurrida luego de la Conferencia de El Cairo, en la mayoría de los países de América Latina ha cobrado más fuerza la percepción pública de la discriminación contra la mujer. Ello se ha expresado en la adopción de una serie de medidas en el campo jurídico, institucional y de las políticas públicas, dirigidas a mejorar la condición de las mujeres, en especial de las que viven en situación de pobreza.

Dada la necesidad de contar con instituciones que puedan desarrollar actividades de coordinación y articulación de políticas orientadas a lograr la igualdad de oportunidades para ambos sexos, cada vez más países han creado instancias responsables de los asuntos relacionados con la mujer, o han fortalecido las existentes. En algunos países se han establecido ministerios o secretarías específicos. En Brasil se cuenta con la Secretaría especial de políticas para mujeres, que depende de la Presidencia; en Bolivia existe un Viceministerio de género, generacionales y familia; en 1997 se creó el Consejo nacional de las mujeres de Ecuador, dependiente de la Presidencia; en Haití, hay un Ministerio de la condición femenina y los derechos de la mujer; en Panamá, un Ministerio de la juventud, la mujer, la niñez y la familia; en Paraguay, una Secretaría de la mujer; en Perú, un Ministerio de la mujer y desarrollo social y en República Dominicana, una Secretaría de Estado de la mujer, con dependencias en todas las provincias, y oficinas de equidad de género y desarrollo en cada Secretaría de Estado. Varios países cuentan actualmente con un Instituto, oficina, división o consejo de la mujer.^{xxxi} En Belice hay una Comisión nacional de mujeres y, en Cuba, una Comisión permanente de atención a la niñez, la juventud y la igualdad de derechos de la mujer. Otros países han optado por instancias vinculadas a la Presidencia de la República, como la Secretaría especial de políticas para las mujeres en Brasil, recientemente instaurada, y la Consejería presidencial para la equidad de la mujer en Colombia.

La institucionalización de los asuntos de la mujer a nivel local ha progresado en países como Argentina, donde se están creando “áreas mujer” a nivel provincial y municipal. En Chile, el Servicio nacional de la mujer ha instalado, en todas las regiones del país, oficinas encargadas de brindar información y de atender demandas de las mujeres, y del seguimiento del Plan de igualdad de oportunidades 2000-2010. En Ecuador, se han establecido 30 comisarías de la mujer y la familia y, en

algunos municipios, funcionan comisiones de la mujer. En Paraguay desde 1999 se han creado secretarías de la mujer en las gobernaciones departamentales y algunos municipios.

En otros países son escasas las instancias regionales que se ocupan de estos temas. Estas instancias dependen de las oficinas de asuntos internos o asuntos sociales, que se ocupan también de otros grupos considerados vulnerables.

También se han formulado políticas y programas para promover la mejora de la situación de la mujer y la igualdad de oportunidades. En Guatemala, El Salvador y Honduras se cuenta con políticas nacionales de la mujer, en Colombia se está trabajando en la política "Mujeres constructoras de paz y desarrollo", que prevé acciones encaminadas a reducir la pobreza y la discriminación, y en Ecuador se implementaron el bono solidario y la ley de maternidad gratuita.

En Argentina se aprobó en 1999 el Plan federal de la mujer, con el objetivo de mejorar la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas públicos que benefician a las mujeres, y que incluye la creación de un sistema de información. En Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú y Uruguay, el compromiso de avanzar en la erradicación del trato discriminatorio que han recibido las mujeres en los ámbitos familiar, jurídico, educativo y laboral se ha expresado en la aprobación de planes de igualdad de oportunidades, que constituyen un instrumento orientador de las políticas públicas y de coordinación de los esfuerzos de las instancias gubernamentales, de las organizaciones de la sociedad civil y de las instituciones académicas.^{xxxii} En Cuba se han revitalizado las comisiones coordinadoras de empleo femenino. En México se desarrolló un Programa nacional de la mujer 1995-2000, al que le sucedió el Programa nacional de igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres ("Proequidad") 2000-2006. Hay países que han puesto en práctica programas específicos dirigidos a las mujeres pobres y a las jefas de hogar en situación de pobreza, que fomentan la obtención de vivienda, la capacitación para el trabajo, el acceso al microcrédito, entre otros aspectos. También se han emprendido acciones educativas o campañas de sensibilización sobre el tema de la igualdad entre hombres y mujeres.

En el ámbito de las reformas jurídicolegislativas, se ha intentado proteger los derechos de las mujeres y de las niñas, así como eliminar los elementos discriminatorios que obstaculizan su plena integración a la vida nacional. En ese sentido se han propiciado reformas de las normas existentes y la creación de nuevos instrumentos. Ese proceso ha sido impulsado, en parte, por los compromisos suscritos en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en la Convención sobre los Derechos del Niño, y en la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

En Bahamas, una ley sobre la herencia establece la igualdad entre hijos de ambos sexos y otra está dirigida a erradicar la discriminación laboral. En Brasil entró en vigencia un nuevo Código civil, que incorporó los cambios en el papel de la mujer en el contexto familiar y en la sociedad en general. En Cuba se promulgó una modificación a la Ley de maternidad para las mujeres trabajadoras, ampliando el tiempo de licencia con goce total de sueldo a un año después del parto y a dos años con goce parcial de sueldo y conservación del puesto de trabajo. En Honduras se promulgó la Ley de igualdad de oportunidades para la mujer y en Panamá, la Ley N° 4 de 1999, que promueve la igualdad de oportunidades. En República Dominicana, tanto la Ley de reforma agraria como el nuevo Código de trabajo contienen disposiciones orientadas a eliminar las desigualdades. En Saint Kitts y Nevis se dictaron leyes sobre acoso sexual e igual pago por igual trabajo.

En varios países del Caribe se instalaron Cortes de familia, a las que las mujeres pueden recurrir para sus demandas de alimentos y de protección del maltrato.

Educación

En América Latina y el Caribe no se registra, en general, desigualdad entre los sexos en el acceso a la educación primaria y secundaria. En efecto, el índice de paridad entre los sexos es aproximadamente igual o superior a 100 en la mayoría de los países, con la excepción de Bolivia y Guatemala, en que toma valores algo superiores a 90.¹⁹ El panorama en la educación superior es más variado, pues mientras que en Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Dominica, El Salvador, Guyana, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela, los valores van de alrededor de 100 a 180 mujeres por cada 100 varones; en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Honduras, Perú y Trinidad y Tabago los índices son de entre 68 y 90. Sobre la base de estos datos es posible determinar que existe inequidad de género en la enseñanza superior en algunos países, pero que esta no es muy marcada. Las cifras revelan, de hecho, que son los niños quienes se encuentran en desventaja numérica en la enseñanza primaria y secundaria, y tienen los índices de deserción y repetición más elevados. En Argentina, Bahamas, Costa Rica, Dominica, Perú, y San Vicente y las Granadinas se están poniendo en práctica medidas para remediar el problema. La cobertura educativa más favorable de la población femenina también se verifica en Honduras y Nicaragua; sin embargo, se señala que no es suficiente para mejorar las condiciones de su inserción en la vida productiva. En otros países se advierte que, si bien el acceso a la educación es, en general, igualitario, existen áreas geográficas en el interior de los países en las que la situación es diferente. Asimismo, subsisten diferencias entre varones y mujeres a la hora de elegir las áreas de estudio; pocas mujeres eligen carreras vinculadas con la tecnología.

Algunos países han tomado las siguientes medidas para promover la asistencia de aquellas mujeres que se hallan en desventaja:

- adopción de un sistema de incentivos económicos para las niñas, orientado a estimular su asistencia escolar (Guatemala y México) y la aplicación de criterios de género en el otorgamiento de becas para la educación superior;^{xxxiii}
- puesta en práctica de medidas para evitar el abandono o la marginación de estudiantes embarazadas o madres adolescentes (Chile, Cuba, Panamá y México);^{xxxiv}
- promoción del acceso de las mujeres a las carreras o actividades no tradicionales (El Salvador, Granada, Jamaica y Panamá), y
- programas de educación de adultos, que ofrecen la oportunidad de alfabetizarse o completar sus estudios de primaria o secundaria a las mujeres mayores, indígenas, residentes en áreas rurales y con hijos (México, Perú, Chile y El Salvador).

Si bien la mujer no tiene, en general, problemas de acceso a la educación, persisten en los contenidos y la práctica de la enseñanza orientaciones que significan una desvalorización del género femenino. Por lo tanto, muchos países se han comprometido a incorporar la perspectiva de género en el sistema educativo, mediante las actividades siguientes:

¹⁹ El índice de paridad entre los sexos equivale a la razón entre el número de mujeres y el número de varones, multiplicada por 100.

- capacitación de los docentes, con el fin de generalizar el enfoque de género, erradicar ciertas prácticas y formarlos para tratar el tema con alumnos y alumnas (Argentina, Cuba, Ecuador, Jamaica, Panamá y Paraguay);
- modificaciones a los textos escolares, para suprimir estereotipos negativos de género, así como imágenes y textos discriminatorios, en (Belice, Chile, Cuba, Ecuador, Jamaica, Honduras, Panamá, Paraguay y República Dominicana);
- diseño de herramientas metodológicas y adopción de modalidades pedagógicas en (Colombia y Ecuador), y
- producción de estadísticas educativas desagregadas por sexo, en Chile, Costa Rica, Cuba y El Salvador, y la incorporación de la variable de género en la formulación de las políticas del sector, así como en los procesos de medición y evaluación de la calidad de la educación, en Chile y Costa Rica.

En algunos países se ha legislado o se han creado instancias orientadas a impulsar el acceso a la educación de las niñas y las mujeres. En Colombia, los objetivos del Plan decenal de educación 1996-2005 incluyen la superación de todas las formas de discriminación por razones de género relativas al acceso y la permanencia de las mujeres en el sistema educativo. En Guatemala se creó el Consejo consultivo de la niña y la mujer, para asesorar, ejecutar y supervisar proyectos y programas, en el ámbito nacional, relativos a la educación femenina; en Panamá funciona la Oficina de asuntos de la mujer del Ministerio de educación y en Perú, la Comisión multisectorial de fomento de la educación de las niñas y adolescentes rurales tiene como propósito la concertación de políticas y acciones interinstitucionales para dar cumplimiento a las metas de la Ley N° 27558 de fomento de la educación de la niña y adolescente rural, el objetivo de mejoramiento de la calidad de la educación rural del Plan estratégico sectorial multianual 2002-2006 y los lineamientos del Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2002-2010. En Paraguay funciona el Programa de igualdad de oportunidades para las mujeres en la educación, vinculado a la Secretaría de la mujer y al Ministerio de educación y cultura, que pretende incorporar la perspectiva de género en la reforma educativa. Venezuela lleva adelante el programa “Educando para la igualdad”.

Igualdad y respeto entre hombres y mujeres

En muchos de los países de la región, el marco normativo e institucional se opone a la discriminación por sexo, lo que ha permitido que se extienda entre la población el reconocimiento del principio de igualdad de género. Sin embargo, esto es insuficiente, de modo que se han desarrollado las siguientes iniciativas para propiciar cambios de comportamiento en favor de la igualdad y del respeto mutuo entre las mujeres y los hombres:^{xxxv}

- campañas de sensibilización, información y comunicación en medios masivos, que promueven la equidad entre los sexos (Haití, Jamaica y México);
- inclusión de temas relacionados con la igualdad y el respeto entre hombres y mujeres en los planes de estudio, incluida la preparación de materiales didácticos diseñados con perspectiva de género, que promueven la participación de niños y niñas por igual (Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Cuba, Dominica, Guatemala, Guyana, México y Santa Lucía);

- actividades educativas, dirigidas a integrantes de la familia y miembros de la comunidad, sobre la importancia de las responsabilidades compartidas en el hogar y la crianza de los hijos (Chile, Colombia, Cuba y El Salvador);
- actividades de sensibilización y capacitación de funcionarios y funcionarias, para promover la equidad de género en la formulación e instrumentación de políticas, así como en sus campos de competencia;
- apoyo económico a las organizaciones que se dedican a la promoción de los derechos y el empoderamiento de las mujeres (México), y
- Actividades educativas dirigidas a miembros de las fuerzas armadas y la policía en temas de violencia de género, derechos y salud reproductivos, prevención de infecciones de transmisión sexual y equidad de género (Ecuador).

Entre los obstáculos encontrados en la adopción de actitudes que se funden en el reconocimiento de la igualdad entre los géneros, cabe destacar la dificultad para asimilar los cambios culturales. También se señala la escasez de los recursos financieros destinados a difundir —entre las mismas mujeres, los ejecutores de las políticas y la población en general— las normas que consagran los derechos de la mujer, y a fortalecer los mecanismos de ejecución y de evaluación de estas normas.

En los países de América Latina y el Caribe, es frecuente que las estrategias de las políticas y programas se funden en una perspectiva de género en lo que respecta a la responsabilidad compartida por hombres y mujeres, acerca del cuidado de la salud —sobre todo la salud sexual y reproductiva— y la crianza de los hijos. A continuación se señalan algunas de las actividades que se han emprendido en la materia:

- debate público del tema de la paternidad;
- jornadas de reflexión, dirigidas al fomento del cuidado personal de ambos miembros de la pareja;
- campañas educativas y de información sobre enfermedades de transmisión sexual y profilaxis;
- sensibilización y capacitación de los funcionarios en la perspectiva de género;
- promoción de la responsabilidad compartida y de la participación de los varones en todos los programas de salud, particularmente en los de salud reproductiva;
- promoción de nuevos modelos de masculinidad y feminidad, que fomenten la participación y equidad de ambos sexos en todos los espacios de vida, y
- promoción de la responsabilidad compartida frente a la sexualidad, como una forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Participación política

Se han aprobado leyes electorales o reformado la normativa existente para promover una mayor equidad de género en la participación política. En Costa Rica, el Tribunal supremo de elecciones ha emitido un pronunciamiento que obliga a los partidos políticos a contar como mínimo con un 40% de mujeres entre sus candidatos a las elecciones en municipalidades y diputaciones. En Dominica se establece que el 40% de los gobiernos locales deben estar integrado por mujeres. En Ecuador, la participación mínima de las mujeres en los puestos electorales será del 40% en las elecciones del 2004 y la ley de elecciones prevé seguir avanzando hasta llegar a la paridad; esta proporción es del 30% en Argentina, Bolivia, Brasil, Honduras, Panamá, México y Perú,, del 25% en República Dominicana y del 20% en Paraguay.^{xxxvi} En Nicaragua y Uruguay, entre otros, los proyectos de ley para regular la participación femenina en los ámbitos de representación política están en proceso de discusión en las respectivas instancias legislativas. En Guyana, el Instituto de liderazgo de las mujeres realiza actividades orientadas a su empoderamiento.

Sin embargo, en algunos de los países en los que se han registrado estos progresos normativos no se tomó la precaución de establecer los lugares que deben ocupar las mujeres en las listas electorales, por lo que no se han observado los resultados esperados, porque los partidos políticos no han brindado suficiente atención a la incorporación de las mujeres en la formación de sus cuadros políticos y las ubican en los últimos puestos.

c) Derechos reproductivos

Después de la Conferencia de El Cairo muchos países revisaron sus marcos legales y adoptaron leyes encaminadas a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud sexual y reproductiva. En las nuevas constituciones de Ecuador, Perú y Venezuela se consagra explícitamente el derecho a la toma de decisiones libre y responsable, sin discriminación, violencia ni coerción; sobre la vida sexual y el número de hijos que se desee procrear, adoptar, mantener y educar. En la nueva Ley de desarrollo social de Guatemala se garantiza la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia las parejas podrán procrear de una forma responsable (artículo 25). En México, Nicaragua y Perú, los principios que garantizan el ejercicio pleno de los derechos reproductivos y el acceso a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva están reconocidos en la política de población.

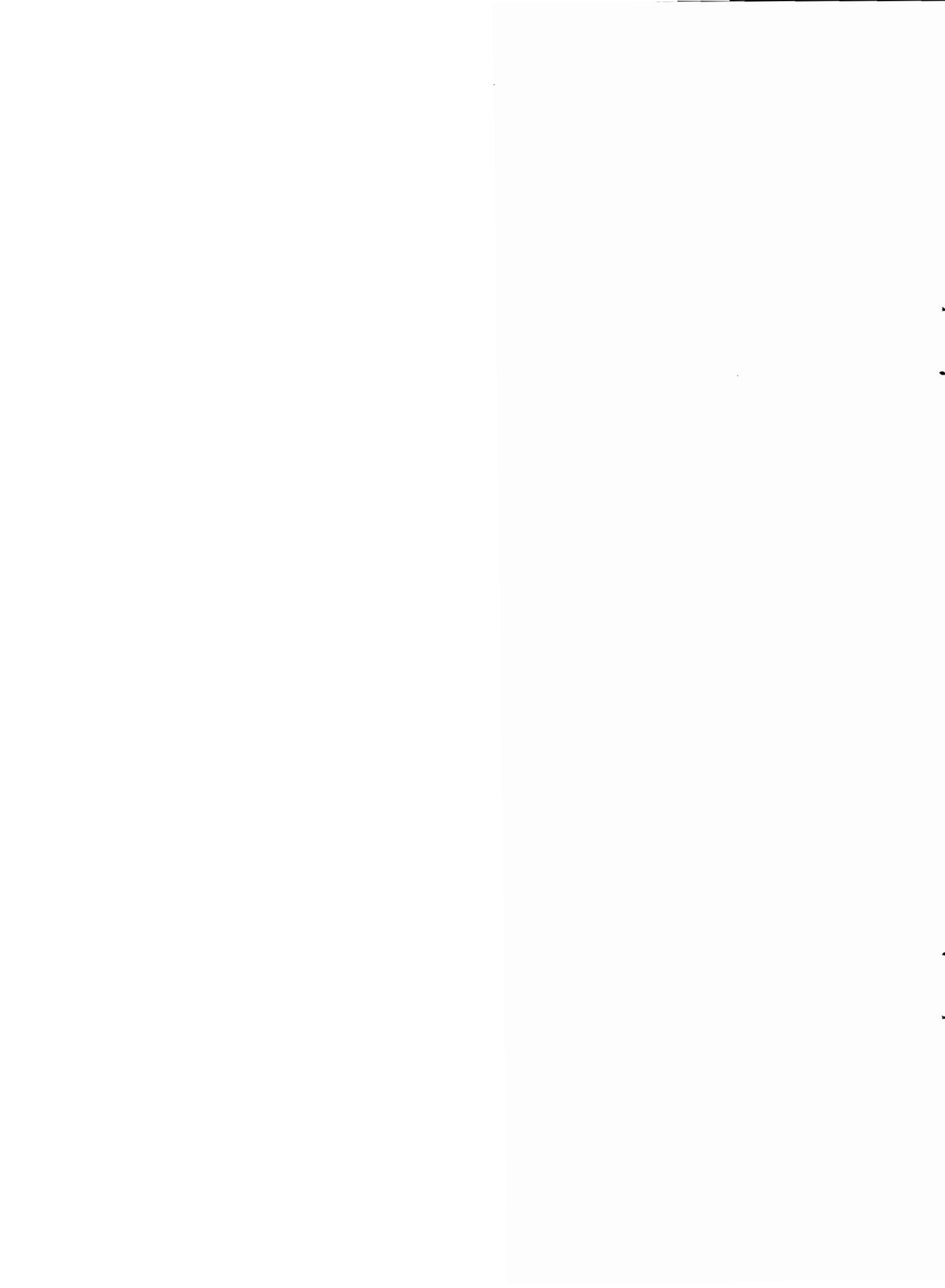
También se han dictado leyes y establecido programas que avanzan en el reconocimiento de los derechos mencionados. En Brasil la ley dispone que el Sistema Único de Salud debe proveer asistencia integral a hombres, mujeres y parejas en todas las etapas de su vida. En Chile, la Carta de derechos de los pacientes y los proyectos de reforma de los servicios de salud que se encuentran actualmente en trámite legislativo contienen disposiciones sobre los deberes y derechos de las personas en el campo de la salud así como sobre los derechos de los pacientes. En Costa Rica se aprobó el Decreto Ejecutivo 27913-S (1999), referido fundamentalmente a los derechos reproductivos y que, según se prevé, será promulgado como ley. Numerosos países cuentan con políticas o programas nacionales de salud sexual y reproductiva, basados en la concepción de los derechos reproductivos —como parte de la amplia gama de derechos humanos reconocidos a nivel internacional—, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres, la focalización y la calidad de los servicios. En otros países de la región se ha modificado la orientación de los servicios de salud para hacer efectivos estos derechos.^{xxxvii}

Establecimiento de mecanismos de vigilancia

En numerosos países los derechos reproductivos también están contemplados, en alguna medida, en los mecanismos de vigilancia del respeto a los derechos humanos. En Argentina, Bolivia, Perú y Venezuela se ha recurrido con tal objeto a defensorías del pueblo locales o nacionales; en Colombia se ha usado, junto a estas defensorías, la coordinación de diferentes organismos públicos vinculados con la justicia, el bienestar y la educación para garantizar los derechos reproductivos, evitar la violencia sexual, atender a las víctimas y sancionar a los victimarios. En Chile y Ecuador, en cambio, las organizaciones que se ocupan de esta tarea son de carácter no gubernamental. En Guyana, el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Asociación de Derechos Humanos de Guyana se ocupan del seguimiento de la situación de derechos humanos y de informar al respecto; en México esta tarea está a cargo de las comisiones estatales de derechos humanos de todas las entidades federativas y en Nicaragua, la Procuraduría de derechos humanos es la entidad que asume tal responsabilidad.^{xxxviii} En Perú se creó, por iniciativa de la sociedad civil, la Mesa de vigilancia en salud reproductiva (2002), integrada por las organizaciones que trabajan en este campo; otras entidades de la sociedad civil constituyen el Foro de la sociedad civil y la Coalición por los derechos humanos en salud y la Red Nacional de Promoción de la Mujer.^{xxxix}

Varios países hacen referencia a los derechos reproductivos en los informes presentados a los organismos creados en virtud de tratados internacionales sobre derechos humanos. El tema de los derechos reproductivos también se incluye en los informes de los países al Comité para la eliminación de la discriminación contra la Mujer, órgano de las Naciones Unidas encargado del seguimiento de la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Así se advierte en los casos de Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Suriname; Dominica estableció un comité para prepararlo. En los informes que dan a conocer las organizaciones de la sociedad civil en Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela se toman en consideración los derechos y la salud sexual y reproductiva. En Perú estos temas también son considerados en los informes para el seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Salvador informa, aunque de manera general, sobre el tema de la salud reproductiva en relación con el seguimiento de este último pacto, mientras que en Honduras se informa sobre el tema en los informes anuales del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, en el marco del derecho a la salud. En los demás informes nacionales que se presentan en relación con otros tratados de derechos humanos, la información es limitada debido a la falta de normas y programas nacionales que fiscalicen la observancia de estos derechos.

A escala regional, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe se ocupa del seguimiento del Programa de Acción de El Cairo. Esta iniciativa surgida de la sociedad civil ha permitido establecer mecanismos de seguimiento en siete países (Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Suriname), conectados a través de la base de datos "Atenea", que permite disponer de datos e indicadores para la vigilancia ciudadana y la interlocución con los gobiernos; esta base de datos se puede consultar en Internet.



III. COLABORACIÓN ENTRE EL GOBIERNO, LA SOCIEDAD CIVIL Y EL SECTOR PRIVADO

En las últimas décadas la cooperación internacional en materia de población y desarrollo ha tenido una importante evolución, que se refleja en las formas que adopta la colaboración entre las organizaciones multilaterales y los gobiernos nacionales, locales y las organizaciones no gubernamentales. Esta alianza es fundamental para la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en el que se exhorta a la comunidad internacional a incrementar su participación en el financiamiento de los programas y a los gobiernos a aumentar su presupuesto nacional y local destinado a las cuestiones de población.

Las medidas concretas adoptadas por los países para conseguir la participación activa de los diversos sectores o para lograr consenso político respecto de los programas de población, salud y equidad, abarcan desde el establecimiento de diálogos, la conformación de grupos de discusión y el apoyo a determinados proyectos hasta la convocatoria a consultas nacionales. La formulación del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable en Argentina, de la Política nacional de salud sexual y reproductiva en Colombia y de la Ley de desarrollo social en Guatemala consistió en un proceso de discusión y búsqueda de consenso entre los organismos del Estado y las organizaciones de mujeres, científicas y profesionales. En Antigua y Barbuda se realizaron talleres con grupos de mujeres, instituciones religiosas y organizaciones civiles, que condujeron a la aprobación de la Ley sobre ofensas sexuales. En Belice, las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil han participado en el desarrollo de las políticas de salud reproductiva y de género. En Dominica se realizó una amplia consulta comunitaria para formular el plan quinquenal de salud, mientras en Ecuador la concepción de la reforma nacional de salud concitó una gran participación de diversos organismos. En Perú se convocó a una consulta nacional para la aprobación del Plan nacional de igualdad de oportunidades entre mujeres y varones 2003-2010 y algo similar se hizo en República Dominicana pero con respecto a la reducción de la pobreza.

Los mecanismos de participación se han activado para el análisis de proyectos de ley o reformas de los instrumentos legales vigentes. Eso es lo que ha ocurrido, por ejemplo, en la formulación de una ley destinada a sancionar la discriminación contra las personas con VIH en Chile; la reforma del Código Penal en Colombia; la Ley general de salud en Costa Rica, y la aprobación de la Ley sobre violencia contra la mujer y la familia, y la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en las nuevas constituciones de Ecuador y de Venezuela. En algunos países, entre otros Paraguay y Uruguay, se han creado comisiones parlamentarias encargadas de las cuestiones de género y equidad, con el propósito de impulsar la incorporación del enfoque de equidad de género en la labor legislativa con la participación de diferentes sectores sociales.

En algunos países se han realizado esfuerzos por institucionalizar la participación de la sociedad civil en el estudio de las estrategias de población y desarrollo. Por ejemplo, en Bolivia el Foro Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva coordina las actividades de donantes internacionales, los sectores de salud y educación, las instituciones a cargo de los temas de género y las organizaciones no gubernamentales. En Brasil se han tomado medidas para incorporar a distintos sectores de la sociedad civil en el Consejo Nacional de Salud y en la Comisión Intersectorial de Salud de la Mujer de ese mismo Consejo, así como en la comisión y los comités técnicos responsables de la elaboración de políticas destinadas a reducir la mortalidad materna y la violencia sexual y familiar. Además, la Ley 8142 establece la participación de consejos de salud a escala estadual y municipal en la formulación, ejecución y evaluación de la política de salud. En Cuba varias comisiones y grupos que trabajan en materias relacionadas con población y salud reproductiva están integrados por representantes de ministerios,

organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas. En Jamaica se creó el grupo de trabajo sobre políticas para los adolescentes, en el que participan representantes del gobierno, de organismos y donantes internacionales y de proyectos dirigidos a este segmento de la población. En México se han creado consejos consultivos de ciudadanos, encargados de analizar las estrategias y programas de población y desarrollo y de evaluar las acciones instrumentadas; el Grupo interinstitucional de salud reproductiva, integrado por representantes de instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, y el Consorcio Nacional Mujer y Salud, que representa los intereses y las necesidades identificadas por las propias mujeres y promueve la colaboración y participación de la sociedad civil. En Nicaragua se constituyó la Red de Mujeres contra la Violencia y la Comisión Nicaragüense de SIDA. En El Salvador se han conformado comités interinstitucionales y se estableció la Red de Comunicadores Sociales para abordar cuestiones concernientes a la población adolescente. En Panamá destacan las actividades impulsadas por el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU), el Consejo Nacional de la Familia y el Menor (CONAFAME), el Consejo Nacional del Adulto Mayor y la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En Colombia, la organización PROFAMILIA está constituida por representantes del Estado y de la sociedad civil, y en Paraguay sucede algo similar con el Consejo Nacional de Salud Reproductiva, la Red CIDEM y la red de organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención del VIH/SIDA y el apoyo a los afectados. En Santa Lucía se organizó una mesa redonda sobre violencia doméstica con representación de todos los sectores y en San Vicente y las Granadinas el Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social reúne a representantes de los sectores público y privado y la sociedad civil.

Muchos países de América Latina y el Caribe han abierto una amplia gama de actividades a la participación del sector privado y de organizaciones no gubernamentales, entre otras la provisión y distribución de anticonceptivos, la prestación de servicios, la ejecución de censos de población y el patrocinio de campañas de difusión. En Paraguay el sector privado participa activamente en el financiamiento de campañas de información en medios de comunicación y se han suscrito acuerdos o contratos entre laboratorios y organizaciones no gubernamentales; en El Salvador, Guatemala y casi todos los países del Caribe de habla inglesa se han logrado excelentes resultados gracias a la contratación de organizaciones no gubernamentales para la prestación de servicios de salud reproductiva o la delegación a estas entidades de las actividades pertinentes; en Honduras se han suscrito acuerdos con el sector privado para desarrollar programas de educación y prevención en los lugares de trabajo. En El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá la suscripción de acuerdos de otra índole permitieron ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar, mediante el establecimiento del programa de mercadeo social de anticonceptivos. Por otra parte, en Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay se reconoce que la coordinación de actividades entre el sector público y organismos no gubernamentales es insuficiente, pero está en vías de expansión.

IV. RECURSOS DISPONIBLES

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se propone como uno de sus objetivos lograr una asignación suficiente de recursos a nivel nacional para los programas de población (párrafo 13.21), además de “aumentar considerablemente la asistencia financiera internacional en la esfera de la población y el desarrollo para que los países en desarrollo y los países con economías en transición puedan alcanzar los objetivos” además de “diversificar las fuentes de las contribuciones” (párrafo 14.10).

Los países que según la encuesta han logrado mantener o aumentar la provisión de recursos para la ejecución de programas de salud en general y salud reproductiva en particular son Antigua y Barbuda, Belice, Brasil, Colombia, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y Uruguay, como contrapartida, otros países señalaron que la escasa movilización figura entre los obstáculos para una provisión adecuada de servicios de salud reproductiva, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

En cuanto al incremento de la cooperación internacional para la ejecución de ciertos programas, muchos países informan que actualmente cuentan con más apoyo de los organismos internacionales; en esta situación se encuentran Antigua y Barbuda, Bahamas, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. En Brasil el apoyo financiero de los organismos internacionales fue muy importante para la ejecución de actividades sobre salud sexual y reproductiva, mientras que Colombia y Argentina reconocen la importancia de la asistencia financiera del UNFPA para el fortalecimiento de las acciones en esta materia. En México y Nicaragua, el volumen de la asistencia internacional se había incrementado hasta 1999, y después de esa fecha la tendencia ha sido decreciente. Chile y San Vicente y las Granadinas se encuentran en una situación muy particular porque, luego de haber recibido un gran volumen de asistencia, han dejado de ser elegibles para recibir fondos de cooperación, debido a que presentan positivos indicadores de nivel de vida y salud.



V. TEMAS PENDIENTES

En todos los ámbitos analizados en este documento, se advierte que quedan numerosos desafíos para el futuro. A continuación se identifican algunos temas que los países consideran pendientes o que pueden considerarse como tales en vista de lo indicado en las secciones anteriores, y que sugieren las direcciones hacia las cuales cabría orientar las acciones futuras.

La equidad social y la reducción de la pobreza fueron objetivos esquivos durante los últimos diez años; lo ocurrido en este período indica que no basta con el mero crecimiento económico para lograrlos. El diseño y la aplicación de políticas redistributivas, que pongan el acento en el incremento sostenido de los activos de los pobres, y de intervenciones multidimensionales encaminadas a romper los mecanismos que los excluyen y aíslan —y a fomentar su empoderamiento en tanto personas capaces de tomar de decisiones libres, informadas y responsables y sujetos con capacidad de organización y participación en la toma de decisiones— son fundamentales para avanzar en el pago de esta deuda histórica que tiene la región.

El logro de una mayor estabilidad política es un desafío ineludible, que exige cambios profundos en las instituciones y en las modalidades de ejercicio del poder y de adopción de decisiones. Impone, asimismo, una maduración de las fuerzas políticas y sociales que facilite el logro de acuerdos, sin limitar su capacidad de disentir y de presentar puntos de vista alternativos. También hace necesario enfrentar de manera decidida vicios que erosionan la confianza de los ciudadanos, como la corrupción, la impunidad, la ineficiencia, el clientelismo y la concentración del poder en unos pocos.

La reforma del Estado, incluida la de sectores estratégicos como la salud y la educación, es una meta cuya consecución ha sido más bien errática y en varios países de la región aún no se han logrado los acuerdos necesarios para impulsarla de manera coherente. Es imprescindible que esta reforma se base en un enfoque estratégico, cuya primera prioridad sea fortalecer la capacidad del sector público para diseñar y poner en práctica políticas y programas que aseguren el logro de las metas básicas y que se concentren en los sectores que se encuentran en una situación de desventaja. También es clave que el cambio de los estilos de conducción y administración no se limite a los aspectos administrativos y de uso eficiente de los recursos, sino que se extienda también a la reglamentación y la adopción de medidas que garanticen el ejercicio de los derechos en estos planos (justicia, participación, salud, educación), el financiamiento sostenible basado en principios de equidad social, y la satisfacción y evaluación de los usuarios.

En cuanto a las interacciones entre población, desarrollo y medio ambiente, varios países señalan que no se han incorporado a los planes nacionales de desarrollo o de manejo ambiental o que no se las ha tenido en cuenta en la planificación a nivel local. En otros casos, la falta de una definición clara de las atribuciones institucionales y de sus articulaciones impide la adopción de medidas concretas, por lo que la referencia a dichas interrelaciones suele quedarse en el plano de las declaraciones o en legislaciones que no se ponen en práctica. Todo esto hace pensar que en realidad estas cuestiones no representan un tema prioritario para los sectores políticos.

En el ámbito de la salud se advierte una evidente falta de equidad, ya que los sectores con mejores ingresos acceden a servicios de primer nivel, comparables con los mejores del mundo, mientras que los más pobres —entre otros, los residentes en áreas rurales y los indígenas— tienen un acceso limitado o nulo a estos servicios, lo que se manifiesta en todos los indicadores de salud.

Respecto a las acciones en materia de salud reproductiva, en algunos países aún persisten políticas y programas formulados exclusivamente con criterios de atención de la salud maternoinfantil. No siempre se toman en consideración las distintas necesidades de las mujeres, los hombres y las y los adolescentes; en particular, los intentos de acercar a los hombres a los servicios siguen siendo mínimos. Además, incluso en los casos en que se han promulgado leyes específicas en las que se reconocen derechos y se establecen normas y garantías para su cumplimiento, la falta de difusión hace que ni los usuarios ni los prestadores las conozcan y nos las apliquen ni exijan su cumplimiento.

La mortalidad materna sigue presentando niveles elevados en muchos países, lo que es aún más preocupante por el hecho de que es prevenible. Evidentemente, para el diseño y el seguimiento adecuados de programas de reducción de la mortalidad materna es preciso disponer de registros apropiados y de perfeccionar su medición.

En respuesta a la encuesta, varios países señalan que los bajos niveles de cooperación internacional y la escasa movilización de recursos a escala nacional figuran entre los obstáculos para una provisión adecuada de servicios de salud reproductiva, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

El logro de la equidad de género exige un cambio cultural a largo plazo. Si bien ha habido avances significativos en la mayoría de los países —sobre todo en el plano educativo, pues la escolarización femenina sobrepasa a la masculina en la mayor parte de la región—, esta dimensión de la equidad está lejos de ser considerada un aspecto crucial del desarrollo y de la reducción de la pobreza. Incluso en el plano educativo, persisten prácticas discriminatorias, que se expresan en una concentración de las mujeres en carreras y disciplinas desvalorizadas en el mercado.

En lo que respecta a la violencia doméstica y la violencia sexual, que suelen afectar sobre todo a las mujeres, se aprecia una incidencia de factores culturales, que tienden a justificarlas o restarles dramatismo mediante argumentos, prácticas y mecanismos, y de factores institucionales que favorecen la impunidad del agresor y el descrédito de las denunciantes, y retardan el reconocimiento de su existencia y gravedad, tanto entre la población en general como entre las autoridades. La aprobación de leyes para poner fin a estas formas de violencia ha sido insuficiente, especialmente en los casos en que no han sido tipificadas como delito y, por tanto, no se prevén sanciones.

Entre las limitaciones que restringen el logro de una educación de calidad para todos se mencionan la debilidad institucional, la insuficiencia de los presupuestos, el escaso desarrollo de los docentes, los déficit en materia de infraestructura y equipamiento y, en algunos casos, la ejecución de un proceso incompleto de descentralización de los servicios de educación, que transfirió esta responsabilidad a las comunidades sin dotarlas de los recursos necesarios.

En cuanto a la producción de información relevante, son necesarios mayores esfuerzos para mejorar la cobertura y comparabilidad de las fuentes, satisfacer las necesidades de información a nivel local, aumentar la utilización de la información disponible mediante la adecuada capacitación de los recursos humanos y ampliar los mecanismos de difusión. En los países que no han realizado encuestas de demografía y salud es evidente la escasez de información sobre temas demográficos como la fecundidad y la mortalidad, y en la mayoría de los países no se dispone de información específica sobre los hombres o ésta no ha sido compilada de una manera que permita enfocar la atención en sus necesidades. También se advierten deficiencias en los registros de nacimientos, muertes y migración internacional. En suma, es imperioso fortalecer las instituciones pertinentes y mejorar los sistemas de recolección y difusión de los datos recopilados.

La investigación se ve afectada en casi todos los países por la falta de financiamiento, y, en algunos casos, incluso por la escasez de recursos humanos calificados. Las investigaciones que se realizan reciben insuficiente difusión, por lo que sus conclusiones se debaten sólo en círculos especializados y no llegan a los niveles de decisión, donde podrían alimentar las políticas públicas, ni muchos menos a la población.



Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2003a), *Panorama social de América Latina 2002-2003* (LC/G.2209-P/E), Santiago de Chile, agosto.
- _____ (2003b), “América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950 – 2050”, *Boletín Demográfico*, N° 72 (LC/G.2211-P/E), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, julio.
- _____ (2000a), *Globalización y desarrollo* (LC/G.2157(SES29/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2002b), *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas* (LC/G.2170(SES.29/16)), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- _____ (2000a), “Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos”, *Libros de la CEPAL*, N° 59 (LC/G.2113-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.131
- _____ (1999), *América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (LC/DEM/G.184), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL.
- _____ (s/f), “Resumen y aspectos destacados de la Conferencia hemisférica sobre migración internacional: derechos humanos y trata de personas en las Américas”, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- CEPAL/HABITAT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos) (2001), “El espacio regional: hacia la consolidación de los asentamientos humanos en América Latina y el Caribe”, *Libros de la CEPAL*, N° 69 (LC/G.2116/Rev.1-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.68.
- Chackiel, Juan (1999), “Mortality in Latin America”, *Health and Mortality. Issues of Global Concern; proceedings of the Symposium* (ST/ESA/SER.R/152), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.99.XIII.17.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1999), “Centros proveedores de servicios, una estrategia para atender la dispersión de la población” [en línea] (<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99008.pdf>.)
- Contreras, Juan Manuel y Ralph Hakkert (2001), “La sexualidad y la formación de uniones”, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, José Miguel Guzmán y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Cuervo, Luis (2003), “Evolución reciente de las disparidades económicas territoriales en América Latina: estado del arte, recomendaciones de política y perspectivas de investigación”, *serie Gestión pública*, N° 41 (LC/L.2018-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Garza, G. (1981), “Proceso de industrialización de la Ciudad de México: 1845-2000”, *Lecturas del CEESTEM*, vol. 1, N° 3.
- Guzmán, José Miguel y otros (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Hakkert, Ralph (2001), “Preferencias reproductivas en adolescentes”, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, José Miguel Guzmán y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Katzman, Rubén (2001), “Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos”, *Revista de la CEPAL*, N° 75 (LC/G.2150-P/E), Santiago de Chile, diciembre.

- Lattes, Alfredo, Jorge Rodríguez y Miguel Villa (2002), "Population dynamics and urbanization in Latin America: concepts and data limitations", documento presentado en el "Seminario de expertos sobre nuevas formas de urbanización: conceptualización y medición de los asentamientos humanos en el siglo 21", Bellagio, 11 al 15 de marzo.
- Marpsat, Maryse (1999), "La modélisation des 'effets de quartier' aux États-Unis", *Population*, vol. 54, N° 2.
- Martínez Pizarro, Jorge (2003), "El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género", *serie Población y desarrollo*, N° 44 (LC/L.1974-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S:03.II.G.133.
- Massey, Douglas, Michael White y Voon-Chin Phua (1996), "The dimensions of segregation revisited", *Sociological Methods & Research*, vol. 24, N° 2.
- Naciones Unidas (2002), *World Urbanization Prospects. The 2001 Revision* (ST/ESA/SER.A/216), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.02.XIII.16.
- _____ (1995), "Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994), *Población y desarrollo*, vol. 1 (ST/ESA/SER.A/149), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.7.
- Ocampo, José Antonio (coord.) (2000), "La reestructuración de los espacios nacionales", *serie Gestión pública*, N° 7 (LC/L.1418-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.90.
- Pinto da Cunha, Marcos (2002), "Urbanización, redistribución espacial de la población y transformaciones socioeconómicas en América Latina", *serie Población y desarrollo*, N° 30, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.97.
- Rodríguez, Jorge (2003), "La fecundidad alta en América Latina", *serie Población y desarrollo*, N° 46 (LC/L.1996-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.158.
- _____ (2002), "Distribución territorial de la población de América Latina y el Caribe: tendencias, interpretaciones y desafíos para las políticas públicas", *serie Población y desarrollo*, N° 32 (LC/L.1831-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.7.
- Rodríguez, Jorge y Camilo Arriagada (2003), "Segregación residencial en áreas metropolitanas de América Latina: magnitud, características, evolución e implicaciones de política", *serie de Población y desarrollo*, N° 47 (LC/L.1997-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.159.
- SECEP (Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia de Nicaragua) (2003), "Plan nacional de desarrollo" [en línea] (http://www.presidencia.gob.ni/secep/plan_desarrollo.html).
- Thomas-Hope, E. (2002), "Human Trafficking in the Caribbean and the Human Rights of Migrants", documento presentado en la Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas en las Américas, Santiago de Chile, 20 al 22 de noviembre.
- Villa, Miguel y Jorge Martínez (2002), "Rasgos sociodemográficos y económicos de la migración internacional en América Latina y el Caribe", *Capítulos del SELA*, N° 65, mayo-agosto.

Anexo 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ORGANIZACIONES QUE PARTICIPARON EN LA ENCUESTA DEL UNFPA SOBRE LOS LOGROS Y OBSTÁCULOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

PAÍS	COORDINACIÓN	ORGANIZACIONES PARTICIPANTES	MECANISMOS
Antigua y Barbuda	The Directorate of Gender Affairs	Entidades gubernamentales: Department of Statistics, Ministry of Planning Health Information Division and Health Education Unit, Ministry of Health and Social Improvement Ministry of Finance Directorate of Gender Affairs Ministry of Legal Affairs and Justice Department of Local Government Ministry of Youth Empowerment, Sports, Carnival, and Community Development Ministry of Education, Culture and Technology Ministry of Home Affairs, Urban Development and Renewal and Community Development AIDS Secretariat Office of the Ombudsman ONGs: Antigua and Barbuda Planned Parenthood Association Soroptimist International The Mothers' Union of the Anglican Church Otras entidades: The Antigua and Barbuda Workers' Union The University of the West Indies, School of Continuing Studies The ABS Radio and Television The Observer Newspaper The Sun Newspaper	
Argentina	Secretaría ejecutiva del consejo nacional de coordinación de políticas sociales	Entidades gubernamentales: Consejo nacional de coordinación de políticas sociales Ministerio de salud Ministerio de cultura y educación Sistema de información, monitoreo y evaluación de programas sociales	Consenso entre representantes de organismos del Estado y posterior a la participación de organizaciones no gubernamentales, universidades, investigadores, legisladores y

			<p>Instituto nacional de estadística y censos Secretaría de medio ambiente y desarrollo sustentable Ministerio de desarrollo social Ministerio del interior</p>	<p>otros</p>
Bahamas	<p>Consultor o consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)</p>			
Belice	<p>Ministry of Human Development, Local Government and Labor</p>			
Bolivia	<p>Secretaría técnica del consejo de población para el desarrollo sostenible Ministerio de desarrollo sostenible y planificación</p>	<p>Entidades gubernamentales: Ministerio de desarrollo sostenible y planificación Ministerio de salud y deportes Ministerio de educación Viceministerio de la mujer Viceministerio de la juventud y de asuntos generacionales Instituto nacional de estadística Oficina del defensor del pueblo</p>	<p>En la elaboración del informe sólo participaron organismos del Estado</p>	
Brasil	<p>Ministerio de relaciones exteriores y comissão nacional de população e desenvolvimento</p>	<p>Comissão nacional de população e desenvolvimento Ministerio de la salud Ministerio de la educación Ministerio de planificación, presupuesto y gestión Ministerio del medio ambiente Secretaría especial de políticas para las mujeres</p>		
Chile	<p>Ministra Directora del Servicio nacional de la mujer</p>	<p>Entidades gubernamentales: Servicio nacional de la mujer Ministerio de educación Ministerio de salud Ministerio de planificación y cooperación Ministerio de interior Agencia de cooperación internacional Instituto nacional de la juventud Comisión nacional del medio ambiente Servicio nacional del adulto mayor Comisión nacional del SIDA Instituto nacional de estadísticas</p>	<p>El informe se elaboró solamente con la participación de organismos del Estado</p>	
Colombia	<p>Ministerio de relaciones exteriores</p>	<p>No se recibió respuesta</p>		<p>No se recibió respuesta</p>

Costa Rica	Representante auxiliar del UNFPA	Entidades gubernamentales: Instituto nacional de las mujeres Ministerio de salud Defensoría de los habitantes de Costa Rica Entidades no gubernamentales: Organizaciones no gubernamentales participantes en la Mesa Tripartita en apoyo a la implementación del Programa de Acción de El Cairo Centro de orientación familiar Asociación de mujeres en salud Alianza de mujeres costarricenses	La encuesta fue respondida con la colaboración de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales señaladas
Cuba	Organismos económicos internacionales Ministerio para la inversión extranjera y la colaboración económica	Entidades gubernamentales: Ministerio de economía y planificación Oficina nacional de estadísticas Ministerio de salud pública Ministerio de relaciones exteriores Ministerio para la inversión extranjera y la colaboración económica Federación de mujeres cubanas Sociedad cubana para el desarrollo de la familia	
Dominica	Ministry of Finance		
Ecuador	Ministerio de relaciones exteriores	Entidades gubernamentales: Oficina de planificación de la presidencia de la república Ministerio de ambiente Ministerio de educación y cultura Ministerio de relaciones exteriores Ministerio de salud pública Instituto nacional de estadística y censos Congreso nacional Consejo nacional de las mujeres Entidades no gubernamentales: Asociación pro-bienestar de la familia ecuatoriana Centro de estudios de población y desarrollo social Centro médico de orientación y planificación familiar Centro ecuatoriano para la promoción y acción de la mujer	La encuesta fue respondida con la colaboración de las organizaciones señaladas

El Salvador	Secretaría nacional de la familia	<p>Coordinadora política juvenil por la equidad de género Servicios para un desarrollo alternativo del sur</p> <p>Entidades gubernamentales: Secretaría nacional de la familia Ministerio de relaciones exteriores Instituto salvadoreño de protección al menor Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer Ministerio de salud pública y asistencia social Ministerio de educación Ministerio del medio ambiente y recursos naturales Fondo de inversión social para el desarrollo local Dirección de estadísticas y censos</p>	La encuesta fue respondida con la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales señaladas
Granada	Central Statistical Office Ministry of Finance, Trade and Planning	<p>Entidades gubernamentales: Ministry of Health Ministry of Social Services, Gender and Family Affairs and Housing Ministry of Education and Labour Legal Aid and Counselling Clinic</p>	
Guatemala	UNFPA	<p>Entidades gubernamentales: Ministerio de salud pública y asistencia Unidad de población Secretaría de planificación y programación de la presidencia Secretaría de la mujer (Presidencia)</p>	La encuesta fue respondida con la colaboración de las organizaciones señaladas
Guyana	Ministry of Health	<p>Entidades gubernamentales: Ministry of Health Research and Documentation Centre Ministry of Health Ministry of Culture, Youth and Sports Ministry of Education Ministry of Labour and Human Services Ministry of Local Government and Regional Development Central Planning and Housing Authority Statistical Bureau National Youth Commission Women's Affairs Bureau Office of the Ombudsman Guyana Responsible Parenthood Association Women's Progressive Organization</p>	

Haïti	Secrétariat d'État à la population (SEP)	<p>Youth Challenge Government of Guyana/Inter-American Development Bank, Health Sector UNICEF Environmental Protection Agency</p> <p>Entidades gubernamentales: Ministère de la santé publique et de la population Ministère du plan et de la coopération externe Ministère de l'environnement Ministère des affaires sociales Ministère à la condition féminine et aux droits de la femme Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports Secrétariat d'état à la population Office nationale de la migration Institut haïtien de statistiques et d'informatique École nationale des infirmières École nationale des infirmières sages-femmes</p> <p>ONGs: Mouvement des femmes haïtiennes pour l'éducation et le développement Femmes démocratique Population Services International - Haiti Association pour la promotion de la famille haïtienne Fondation pour la santé reproductive et l'éducation familiale Volontariat pour le développement d'Haïti Promoteurs objectif zéro SIDA Groupe haïtien d'étude du sarcome de kaposi et des infections opportunistes Policy projects Groupe d'appui aux réfugiés rapatriés Coalition haïtienne pour la défense des droits de l'enfant Institut haïtien de l'enfance Association des oeuvres privées de santé</p> <p>Organizaciones internacionales: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNFPA</p>	
-------	--	---	--

Honduras	Instituto nacional de la mujer	<p>Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS)</p> <p>UNICEF</p> <p>Agence canadienne de développement international</p> <p>United States Agency for International Development</p> <p>Entidades gubernamentales:</p> <p>Instituto nacional de la mujer</p> <p>Comisionado de los derechos humanos</p> <p>Secretaría de educación</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>Instituto nacional de estadística</p> <p>Entidades no gubernamentales y organismos internacionales:</p> <p>Asociación hondureña de planificación de la familia</p> <p>Centro de estudios de la mujer</p> <p>OPS</p> <p>UNFPA</p>	La encuesta fue respondida con la participación de las organizaciones señaladas
Jamaica México	<p>Planning Institute of Jamaica</p> <p>Secretaría general del Consejo nacional de población</p>	<p>Entidades gubernamentales:</p> <p>Consejo nacional de población</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>Entidades no gubernamentales:</p> <p>Foro nacional de mujeres y políticas de población católicas para el derecho a decidir</p> <p>Salud integral</p>	Se constituyó en grupo de trabajo, que analizó las respuestas y luego las adoptó de común acuerdo
Nicaragua	Representante del UNFPA	<p>Entidades gubernamentales:</p> <p>Ministerio de salud</p> <p>Ministerio de familia</p> <p>Secretaría de la juventud</p> <p>Instituto nicaragüense de la mujer</p> <p>Entidades no gubernamentales y organismos internacionales:</p> <p>Facultad de medicina de la Universidad nacional de Nicaragua</p> <p>ONGs:</p> <p>Organización Internacional del Trabajo (OIT)</p> <p>UNFPA</p>	La encuesta fue respondida con la participación de las organizaciones señaladas

Perú	Ministerio de la mujer y desarrollo social	Entidades gubernamentales: Ministerio de la mujer y desarrollo social Dirección general de inversión social Ministerio de salud Gabinete de asesores del despacho ministerial Dirección general de salud de las personas Gabinete social Comisión nacional sobre salud sexual y reproductiva (integrada por 18 representantes de entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales)	La encuesta fue respondida con la participación de las organizaciones señaladas
Panamá	Gabinete social		La respuesta a cada sección del cuestionario estuvo a cargo de las entidades más representativas de cada sector, incluidas organizaciones no gubernamentales y grupos de mujeres Se está programando un evento más amplio en el que participen otros sectores de la sociedad civil con el fin de analizar los avances y obstáculos relacionados con el Programa de Acción
Paraguay	Asociación paraguaya de estudios de población	Entidades gubernamentales: Secretaría técnica de planificación Secretaría de acción social Secretaría de la mujer Ministerio de la salud pública Ministerio de educación y cultura Dirección general de encuestas, estadísticas y censos Departamento de población y desarrollo Entidades no gubernamentales: Facultad de economía Centro paraguayo de estudios de población Asociación paraguaya de estudios de población Entidades gubernamentales: Secretaría de Estado de salud pública y asistencia social Secretaría de la mujer Consejo nacional de población y familia	La encuesta fue respondida con la participación de las organizaciones señaladas
República Dominicana	Consultora contratada por UNFPA		

		<p>Consejo presidencial del SIDA Dirección general de control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA</p>	
Suriname	Ministry of Health	<p>Entidades no gubernamentales: Asociación pro bienestar de la familia Colectiva mujer y salud Instituto dominicano de desarrollo integral</p> <p>Entidades gubernamentales: Ministry of Health Ministry of Home Affairs Ministry of Social Affairs and Housing Ministry of Labour Ministry of Regional Development Planning Bureau National AIDS Program Regional Health Department General Bureau of Statistics Committee on the Rights of the Child Basic life skills program</p> <p>Organizaciones Internacionales: OPS/OMS UNICEF Caribbean Epidemiology Centre/OPS Family Health International</p> <p>ONGs: Stichting Lobi Stichting Projekta ProHealth Mamio Namen Project Marron Women's Network Claudia A Foundation Peer Education Program Suriname (Pepsur) Forum NGO</p> <p>Entidades gubernamentales: Ministry of Social Development, Community and Gender</p>	
Saint Kitts y Nevis	Ministry of Social Development, Community and Gender Affairs		

		<p>Affairs</p> <p>Ministry of Information, Culture, Youth and Sports The Planning Unit Ministry of Education Ministry of Health and Environment Ministry of Justice and Legal Affairs Nevis Island Administration Family Life Services Youth Parliament</p> <p>Organizaciones internacionales: Family Health International</p>	
San Vicente y las Granadinas	Central Planning Division	<p>National Family Planning Coordinator Gender Affairs Ministry of Education, Youth and Sports UN Volunteer for Health and Family Life Education</p> <p>Entidades gubernamentales: Ministry of Health, Human Services and Family Affairs Ministry of Education, Human Resource Development, Youth and Sports Ministry of Home Affairs and Gender Relations Ministry of Finance, International Financial Services and Economic Affairs</p> <p>Organizaciones no gubernamentales no identificadas</p>	
Santa Lucía	The Statistics Department Ministry of Finance, International Financial Services and Economic Affairs	<p>Entidades gubernamentales: Population Council, Ministry of Planning and Development Population Programme National AIDS Programme Ministry of Health Ministry of Community Development and Gender Affairs Ministry of Public Administration and Information Ministry of Social Development Ministry of Sport and Youth Affairs Central Statistical Office</p> <p>ONGs: Family Planning Association of Trinidad and Tobago</p>	
Trinidad y Tabago	Population Council, Ministry of Planning and Development		

	<p>Men against Violence against Women Child Welfare League</p>	<p>Anexo al informe se incluyó una amplia lista de representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, del poder político, del medio académico y de otras entidades de la sociedad civil</p>	<p>La encuesta fue respondida sobre la base de las respuestas proporcionadas en las entrevistas que se efectuaron con el cuestionario del UNFPA</p>
Uruguay	<p>Programa de población de la Facultad de ciencias sociales, Universidad de la República</p>	<p>Anexo al informe de país se incluyó una lista de 48 instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participaron en la consulta</p>	<p>A partir de una lista de informantes claves, se realizaron entrevistas y posteriormente se realizó un taller de evaluación del decenio en materia de población y desarrollo, que permitió completar el proceso de consulta para dar respuesta a la encuesta</p>
Venezuela	<p>Ministerio de salud y desarrollo social</p>		

-
- i El Consejo de población para el desarrollo sostenible en Bolivia, la Comisión nacional de población y desarrollo en Brasil, la Comisión de población y desarrollo en Jamaica, que reemplaza al Comité intersectorial coordinador de la política de población, la Comisión nacional de población de Nicaragua y el Comité técnico de población en Panamá, ambos incorporados los gabinetes sociales de sus respectivos países, y la Comisión nacional de coordinación del Plan nacional de población 1998-2002 en Perú.
- ii En México el Consejo Nacional de Población se consolidó como la entidad responsable de la conducción de la política de población y de la coordinación de las instancias encargadas de la planificación económica y social. En Trinidad y Tabago el Consejo de Población se integró al Ministerio de Planificación y Desarrollo y se creó en 2003 un subcomité de población y desarrollo a nivel ministerial.
- iii En Bolivia, las variables demográficas se incorporaron al Plan general de desarrollo económico y social de 1994 y la Agenda nacional XXI, de 1998. En Ecuador, el tema de población abarca las estrategias de combate a la pobreza y el logro de la equidad y mejoramiento del capital humano, de acuerdo con el Plan estratégico de desarrollo y seguridad nacional "Ecuador 2025". En Guatemala se ha aprobado una Política de desarrollo social y población y las variables de población son un insumo principal del Sistema nacional de inversión pública. En Nicaragua está en proceso la formulación de una Estrategia nacional de desarrollo que incorpora temas de población. En Jamaica se diseñó un Plan nacional de acción sobre población y desarrollo 1995-2015, para implementar los objetivos de la política de población. En México, la dinámica demográfica es uno de los componentes sobre los que se fundan las estrategias de desarrollo previstas en el Plan nacional de desarrollo 2001-2006. En Trinidad y Tabago se está formulando un Plan de desarrollo estratégico, "Vision 20/20", que integrará las variables demográficas. En Venezuela estas variables se consideran en el Plan de Desarrollo Económico Social 2001-2007.
- iv En Brasil, se redujo la edad para el acceso al beneficio asistencial pagado a los adultos mayores de 67 a 65 años, atendiendo a las tendencias de la esperanza de vida en el país, y se unificaron varios programas de transferencias hacia los pobres en uno llamado Beca familia, que reconoce la acumulación de desventajas sociales, nutricionales y demográficas de los pobres. En Chile, el Programa Nacional de Superación de la Pobreza, iniciado en 1994, se concentró, en su fase inicial, en 71 comunas prioritarias seleccionadas según los índices de pobreza de su población; además, la política social ha operado con programas intersectoriales e integrales basados en la atención de poblaciones vulnerables, destacando entre estas últimas los niños, las mujeres, los adultos mayores, los discapacitados, los indígenas y los habitantes de asentamientos precarios; el hábitat y la situación social de estos últimos ha sido objeto de mejoramiento mediante un programa especial de intervención multidimensional denominado Chile-Barrio. En virtud de estas políticas y en el marco de un crecimiento económico sostenido, Chile ya ha cumplido la meta del Milenio referida a la reducción de la pobreza en el año 2015. La persistencia de un núcleo de pobreza extrema difícil de superar motivó el diseño e implementación de un programa especial, denominado Chile Solidario. Este combina criterios de asistencia y promoción y persigue empoderar, habilitar y dotar de activos a familias indigentes mediante transferencias financieras decrecientes, asistencia sicosocial especializada y apoyo técnico personalizado, las que se otorgan según contraprestaciones de los beneficiarios, como el envío de los niños y las niñas a la escuela o la regularidad de controles de salud preventivos (incluido el examen de detección de cáncer cérvico-uterino). Dominica y Guyana están desarrollando estrategias nacionales de reducción de la pobreza. Jamaica cuenta con una Política nacional para la erradicación de la pobreza y su respectivo Programa de acción. En Nicaragua, las relaciones entre población y pobreza han recibido atención en la Estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de la pobreza. En Panamá, las variables demográficas se incorporaron en la Política y estrategia de desarrollo social, en Paraguay, en la Estrategia nacional de reducción de la pobreza y la desigualdad, y en Perú, en la Estrategia de lucha contra la pobreza (1998-2000); en República Dominicana, en las Estrategias para la reducción de la pobreza 2000-2015, y en Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas en las evaluaciones nacionales de pobreza.
- v En México se ha buscado fortalecer el federalismo en materia de población mediante la creación de los Consejos estatales de población y la formación de los Consejos municipales de población. Recientemente se ha constituido la Comisión consultiva de enlace con las entidades federativas, un foro de consulta entre los responsables de los Consejos estatales de población, destinado a la formulación del Programa nacional de población 2001-2006.

-
- vi En Cuba se dictó una norma de control de la migración interna a la ciudad de La Habana; en El Salvador se promulgó el Plan nacional de ordenamiento y desarrollo territorial; en Haití se creó la Oficina nacional de la migración; en México se instrumentó el Programa de las 100 Ciudades y el Programa para el desarrollo local (microrregiones), y se fortalecieron los Centros estratégicos comunitarios; en Panamá, se desarrolló el Plan general de usos de suelos y el Plan regional para el desarrollo de la región interoceánica; en Perú, el Plan nacional de desarrollo territorial, y en Venezuela, el Programa de desconcentración poblacional del eje nortecostero y zonas económicas especiales, contemplado en el Plan nacional de desarrollo económico y social 2001-2007.
- vii Las razones son variadas. El problema no se considera importante en Antigua y Barbuda, debido a su reducida superficie, ni en Costa Rica, porque sólo el 20% de su población se desplaza internamente. En Uruguay no existe aún una reflexión sobre estos aspectos que permita adoptar políticas al respecto. En Nicaragua no se han adoptado políticas en materia de migración interna, pero se reconoce su importancia y en la Estrategia nacional de desarrollo se incluirá una política de promoción de la inversión pública y privada en las ciudades con un claro potencial de desarrollo.
- viii En la Ley de extranjería se redefinen los derechos y libertades personales, y se mejoran el concepto de residente, la coordinación entre las autoridades migratorias y las policiales, y la tipificación del delito de tráfico ilegal de inmigrantes.
- ix Belice implementó una amnistía para refugiados y migrantes indocumentados; Colombia reglamentó la expedición de visas, puso en práctica un Programa de regularización de extranjeros y dio prioridad y reglamentó la atención de salud de los desplazados por causa del conflicto interno; Costa Rica diseñó un conjunto de políticas y actividades relacionadas con la atención de los migrantes internacionales en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 y en Ecuador se ha elaborado un Plan operativo de los derechos humanos de los migrantes, extranjeros y refugiados. Honduras ha dispuesto, en la Ley de migración y extranjería, una serie de medidas para proteger a los migrantes internacionales.
- x En Argentina se promulgó una Ley nacional de salud sexual y procreación responsable, que creó el Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. En Belice se aprobó la Política nacional de salud, en la que se destacan los derechos reproductivos; también se aprobó la política de salud reproductiva. En El Salvador, la salud reproductiva se incluyó en el capítulo de salud del plan de gobierno "La nueva alianza" y en el Plan nacional de salud reproductiva. En Colombia se implementó la Política nacional de salud sexual y reproductiva, inspirada en los principios emanados de El Cairo. En Guatemala, en la Ley de desarrollo social se regulan por primera vez los temas de salud reproductiva, planificación familiar y educación sexual. Esta ley sirvió de marco para un Programa nacional de salud reproductiva. En Honduras, la Política nacional de salud sexual y reproductiva ofrece el marco político y las orientaciones pragmáticas pertinentes. En México se cuenta con el programa de acción "Salud reproductiva". En Paraguay se ha promulgado la Política nacional de atención a la salud integral de la mujer y se crearon el Programa de derechos sexuales y reproductivos y el Plan nacional de salud sexual y reproductiva. En Santa Lucía los servicios de salud maternoinfantiles fueron rebautizados y reorientados como servicios de salud reproductiva y familiar. Venezuela cuenta con un Plan estratégico social, en el que se insertan la Política y el Programa nacional de salud sexual y reproductiva, elaborados sobre la base del concepto de "ciclo de vida", y el enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos definidos en la Constitución de 1999.
- xi En Brasil, el Programa de salud del adolescente y del joven; en Chile, el Programa del adolescente del Ministerio de salud, la Política nacional de salud para adolescentes y jóvenes y la Política de educación en sexualidad; en El Salvador, el Programa nacional de atención integral a la salud de adolescentes y la Política nacional de la niñez y adolescencia; en México el Programa nacional de la juventud 2002-2006; en Nicaragua, el Programa nacional de atención al adolescente; en Paraguay, el Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes; en Perú el Plan nacional de acción por la infancia 1996-2000, el Programa nacional de salud escolar y adolescente, el Plan nacional de acción por la infancia y adolescencia 2002-2010 y el programa de capacitación laboral juvenil "Projoven", que incluyó la orientación en salud sexual y reproductiva en la capacitación laboral a jóvenes de ambos sexos en situación de pobreza, y en Venezuela, el Programa nacional de salud y desarrollo de los y las adolescentes.
- xii Las Políticas y Estrategias 2000-2004 del Ministerio de salud de Panamá, y la Política de acceso universal a los servicios de salud y la seguridad social en Perú.

-
- xiii Excepto en Antigua y Barbuda, donde se registran entre 0 y 1 muerte materna por año desde 1991.
- xiv Se implementó también un proyecto para impulsar la implantación de Centros de parto normal y se ha estimulado el trabajo de las maternidades que privilegian el parto normal.
- xv Se ha impulsado el fortalecimiento de las casas maternas, que facilitan el acceso de mujeres de sectores rurales a la atención institucional del parto.
- xvi En Bolivia se establecieron además el Comité Nacional por una maternidad segura y el Consejo interinstitucional de maternidad segura. En Cuba se denomina Comité nacional auditor; en Ecuador, Comité de vigilancia de la muerte materna, en El Salvador, Comité nacional de vigilancia de la morbimortalidad materno perinatal; en México, Comités interinstitucionales de estudios en mortalidad materna; en Nicaragua, Comisión nacional de lucha contra la mortalidad materna y perinatal; en Paraguay, Comité de vigilancia epidemiológica de la salud y mortalidad maternas, y en República Dominicana, Comisión nacional de vigilancia de la mortalidad materna.
- xvii En Colombia, en la Política nacional de salud sexual y reproductiva se prioriza el mejoramiento de la calidad de los servicios en seis áreas de acción: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de adolescentes, cáncer de cuello uterino y mamario, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual. En República Dominicana se ha creado un Comité de calidad de atención que certifica centros de salud y en Costa Rica, el Ministerio de salud ha iniciado un programa de acreditación de maternidades públicas y privadas y aplica la metodología de trazadores, que realiza el análisis del proceso y el resultado de la atención en forma simultánea. En México se puso en marcha el Plan de acción para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en materia de planificación familiar. En el año 2001 se impulsó la Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud con la instalación del Comité nacional por la calidad de los servicios de salud. En Nicaragua existe una iniciativa para crear un Sistema de garantía de calidad del sector salud. Paraguay aplicara la herramienta “Cliente orientado proveedor eficiente” en casi 50 servicios de salud, para mejorar la calidad de atención al usuario. En Trinidad y Tabago se está aplicando un Programa de fortalecimiento de la calidad de atención.
- xviii En Brasil, el Ministerio de salud transfiere recursos a los estados y municipios para financiar el suministro de métodos anticonceptivos. En Colombia se financia con recursos de los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado. En Costa Rica, el abastecimiento de suministros en salud reproductiva para los servicios públicos es responsabilidad de la Caja costarricense de seguro social. En Honduras se están haciendo esfuerzos para asegurar la compra de anticonceptivos en el presupuesto de la Secretaría de Salud. En Panamá el presupuesto del Ministerio de salud cuenta con un rubro específico —aunque limitado— para su adquisición. En Paraguay, a través de la inclusión del Programa de salud sexual y reproductiva en el presupuesto del Ministerio de salud pública y bienestar social, por primera vez se han previsto fondos para la adquisición de insumos de planificación familiar y se ha iniciado la promoción social de condones femeninos y masculinos, a través de organizaciones no gubernamentales. En Perú, a partir de 1999, se ha contemplado una partida especial en el presupuesto público del Ministerio de salud para la adquisición de anticonceptivos, por lo que este ha pasado a ser la principal fuente de abastecimiento en el país.
- xix Estos son, en Argentina, el Plan estratégico y el programa nacional del VIH/SIDA; en Bolivia, el Plan estratégico 2000-2004 de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, y el Programa nacional de infecciones de transmisión sexual y SIDA; en Brasil, la Coordinación nacional de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. En ese país existe además el compromiso gubernamental de garantizar y controlar las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA a través de las políticas públicas que se ejecutan por medio del Sistema único de salud. En Colombia, se cuenta con el Programa nacional de prevención y control de las ETS/VIH/SIDA; en Costa Rica, con el Plan estratégico, que será reemplazado por un Plan de acción que se está elaborando; en Cuba, con un Programa de control y prevención del VIH/SIDA y en El Salvador, con un Plan estratégico nacional de prevención, atención y control de ITS/VIH/SIDA. En Guatemala se ha otorgado al Programa de VIH/SIDA el carácter de prioritario y básico en el sistema de salud pública. Haití cuenta con un Plan nacional de lucha contra el VIH/SIDA y un Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA; en Honduras se ha aprobado el II Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA. En Jamaica existe un Programa de prevención y control del VIH/ITS y un Programa de prevención de la transmisión madre hijo. México cuenta, desde 1986,

con disposiciones legales para garantizar sangre segura y existe una política nacional de prevención de la transmisión del virus por vía perinatal. En Nicaragua se aprobó un Plan quinquenal estratégico nacional (2000-2004), que cuenta con participación multisectorial. En Panamá, el Eje de VIH/SIDA es uno de los componentes del Plan nacional de salud sexual y reproductiva; en Perú se ha elaborado un Plan de acción que está a la espera de aprobación y República Dominicana dictó una Ley de SIDA. En Uruguay se cuenta con un Programa Nacional de HIV/SIDA, al igual que en Venezuela, donde se crearon el Plan de mejoramiento de la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, el Plan de integración de la prevención VIH/SIDA en consultas materno-infantiles y la Oficina de VIH/SIDA en el Ministerio de salud y desarrollo social. En Dominica, Granada, Guyana, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago se cuenta con programas nacionales de SIDA.

xx Actas o leyes sobre ofensas sexuales o sobre violencia doméstica se adoptaron o expandieron En Antigua y Barbuda, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago se han adoptado leyes sobre ofensas sexuales y sobre violencia doméstica, o se ha perfeccionado las ya vigentes. En Argentina se han promulgado leyes sobre la materia en casi todas las provincias; en Bolivia se han dictado las leyes contra la violencia familiar o doméstica y protección de las víctimas de ofensas contra la libertad sexual; en Brasil destacan la ley n° 9.099 del año 1995, sobre juzgados especiales civiles y criminales, los que han canalizado una gran cantidad de demandas por violencia doméstica. Aunque la severidad de sus condenas ha sido considerada baja, la tipificación de delitos de violencia doméstica en el nuevo Código Civil (Ley n° 10.406 de 2002) y la Ley n° 10.445 de 2002 permite apartar a los agresores del hogar como medida precautoria. En Ecuador, la Constitución de 1998 prohíbe explícitamente la violencia, física, sexual y psicológica. En República Dominicana se promulgó la ley contra la violencia intrafamiliar. También se ha legislado respecto de la violencia doméstica en Chile, Colombia, Guyana, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

xxi Brasil cuenta desde 2003 con el Programa nacional de prevención, asistencia y combate a la violencia contra la mujer, que incluye centros de referencia, los servicios de casa de amparo, las delegaciones especializadas de atención a la mujer y las defensorías públicas. Ese también es el objetivo del Plan nacional de capacitación, asistencia técnica y sensibilización sobre la violencia contra las mujeres que puso en práctica Argentina y en el que se reconoce la necesidad de sensibilizar a los funcionarios del poder judicial y de desarrollar un sistema de información y seguimiento. En Perú se aprobó el Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2002-2007, que viene a complementar el Programa nacional contra la violencia familiar y sexual. Otros países que tienen un plan nacional de prevención y atención de la violencia contra la mujer son Chile, Costa Rica, México (Programa nacional contra la violencia intrafamiliar 1999-2000 y Programa nacional por una vida sin violencia 2002-2006), Nicaragua (Plan nacional sobre lucha contra la violencia hacia la mujer, Niñez y Adolescencia, 2000) y Venezuela (Plan de prevención y atención a la violencia hacia la mujer 2000-2005).

xxii Ese es el caso de las redes locales interinstitucionales y comunitarias del Sistema nacional para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar de Costa Rica; de los 23 centros de atención y prevención de la violencia intrafamiliar distribuidos a lo largo de Chile, donde además el SERNAM, conjuntamente con otros ministerios y servicios, ha lanzado una campaña para la constitución de la red "Protege". En Ecuador se han creado comisarías de la mujer y la familia, al igual que en Nicaragua, donde ya forman parte de un proyecto de Red de servicios de atención a mujeres, niñez y adolescencia y sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual. En Perú se ha creado una Red de vigilancia de la violencia familiar, que se encuentra en fase piloto en 7 departamentos y en Lima e incluye centros "Emergencia mujer" en todo el país.

xxiii En Argentina se desarrolló el Proyecto de estadísticas de población, para el fortalecimiento del sistema de estadísticas en el tema; el Instituto nacional de estadística y censos cuenta con el Sistema integrado de estadísticas sociodemográficas y el Sistema de información monitoreo y evaluación de programas sociales, que depende del Consejo nacional de coordinación de políticas sociales, produce información sobre la población en situación de pobreza y vulnerabilidad social y la ejecución de los programas sociales relacionados. En Costa Rica, el Ministerio de planificación nacional y política económica ha creado el Sistema de indicadores sobre desarrollo sostenible (SIDES). En ese país se creó en 1998 el Instituto nacional de estadística y censos, ente técnico rector de las estadísticas nacionales y coordinador del Sistema estadístico nacional. En Chile, como en otros países de la región, el Instituto nacional de estadísticas está desarrollando un proyecto con el CELADE en la creación de un Sistema nacional de indicadores para el seguimiento de las conferencias internacionales

(Conferencia de El Cairo y Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing). En Cuba se creó una unidad de investigación, el Centro de estudios de población y desarrollo, adscrito a la Oficina nacional de estadísticas, entre cuyas funciones se encuentra el diseño y manejo del sistema de estadísticas demográficas del país, del Censo de población y viviendas y del Sistema de encuestas socioeconómicas y sociodemográficas. En Ecuador, la Oficina de Planificación ha creado el Sistema nacional de información, que integra bases de datos y sistemas de información de entidades públicas y privadas y que abarca el Sistema de información para la planificación (INFOPLAN), que cuenta con un Subsistema de prevención de riesgos georreferenciado. Además existe un Sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador (SIISE), vinculado al Sistema de indicadores sociales sobre la situación de las mujeres y las desigualdades de género (SIMUJERES). El Salvador cuenta con un Sistema de información para la infancia. En Honduras se creó el Instituto nacional de estadística y se han efectuado esfuerzos para mejorar el Sistema de registro nacional de las personas y el de información de poblaciones migratorias. En México se lleva a cabo una encuesta continua sobre migración en la frontera norte de México (EMIF) y se ha creado el Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer. En Nicaragua existen sistemas estadísticos de cobertura nacional en las principales instituciones de gobierno. El Instituto nicaragüense de fomento municipal ha desarrollado, en municipios seleccionados, sistemas de información sociodemográfica. En Panamá, las estadísticas de nacimiento han logrado una cobertura y calidad satisfactoria. Durante los últimos años se han fortalecido el programa de encuesta de hogares y las estadísticas de registro. En Paraguay ha habido un significativo avance en la producción de información gracias al funcionamiento del sistema de encuestas de hogares, que ha ampliado su cobertura geográfica y temática. En Perú se dio una significativa mejora en cada una de las etapas de la Encuesta nacional de hogares y se está otorgando un amplio acceso a las bases de datos primarios de las encuestas realizadas por el Instituto nacional de estadística e informática. En Venezuela se creó el Instituto nacional de estadística, que coordina el Sistema Estadístico Nacional y se encuentra en un proceso de descentralización. Se han desarrollado varios sistemas de información, como el Sistema de indicadores sociales de Venezuela, el Sistema de información para la gestión local (SIGEL), el Sistema de indicadores maternoinfantiles del Ministerio de salud y desarrollo social. También se ha implantado un nuevo certificado de defunción y constancia de nacimiento, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley orgánica de protección al niño y adolescente. En Suriname hay un Sistema de monitoreo de indicadores sobre la niñez.

xxiv En Costa Rica destaca el Observatorio del desarrollo de la Universidad de Costa Rica y el programa “Estado de la nación”, que abarca la publicación anual del Informe del estado de la nación en desarrollo humano sostenible. En Cuba se creó el Centro de estudios de población y desarrollo, adscrito a la Oficina nacional de estadísticas, que ha tenido a su cargo investigaciones sobre diversos temas. En el caso de Ecuador, constan las siguientes investigaciones: “Ecuador al Segundo Milenio: Una Propuesta de Población y Desarrollo”; “Desarrollo social y gestión municipal en el Ecuador: jerarquización y tipología” y “Estudio de población del Ecuador y estándares para un proceso de desarrollo local”. En Honduras se ha creado el Sistema nacional de evaluación y gestión (SINEG), para monitorear los indicadores económicos y sociales, y se ha preparado un Mapa de la pobreza. México cuenta con un amplio número de centros de investigación que abordan los temas de población y desarrollo. En Panamá se elaboró el Perfil y características de los pobres y en Perú se realizaron estudios sobre la evolución de las condiciones de vida a nivel nacional y por departamentos, y un trabajo sobre las características de los hogares pobres y no pobres en base al origen étnico de sus miembros. En Uruguay, se ha creado un núcleo de investigación sobre infancia y pobreza en la Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga. En Venezuela destaca la elaboración del Informe anual de desarrollo humano.

xxv Se realizó la encuesta multicéntrica “Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE), coordinada por la Organización Panamericana de la Salud, en las ciudades de Bridgetown, Buenos Aires, La Habana, México, Montevideo, São Paulo y Santiago de Chile. En Argentina, Chile, Nicaragua y Panamá se efectuaron diagnósticos de la situación de la población mayor.

xxvi En Guatemala, se realizó por primera vez, en el año 2002, una investigación para establecer la línea basal de mortalidad materna; en Honduras se llevó a cabo una investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva; en Perú, un estudio sobre tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna y en Venezuela, una investigación sobre conocimientos y creencias sobre el tema de la mortalidad materna en comunidades indígenas.

- xxvii Mediante una encuesta a varones de entre 20 y 29 años que se realizó en Buenos Aires, La Habana, La Paz y Lima y en Colombia las Encuestas Nacionales de Salud Masculina (1996, 2001) recogieron información acerca del comportamiento sexual de los hombres, fecundidad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- xxviii En Argentina los posgrados se dictan en la Universidad nacional de Córdoba y la Universidad nacional de Luján; en Brasil, en el Centro de desarrollo y planeamiento regional (CEDEPLAR) y el Núcleo de estudios de población (NEPO) de la Universidad estatal de Campinas; en Colombia, en la Universidad Externado; en Cuba, el Centro de estudios demográficos de la Universidad de La Habana continúa su enseñanza de postgrado en varias carreras de corte social y realiza una maestría en Población y Desarrollo; en Honduras, en la Universidad nacional autónoma; en México existen posgrados especializados en El Colegio de México, la Facultad latinoamericana de ciencias sociales, en El Colegio de la Frontera Norte, el Centro de investigaciones multidisciplinarias de la Universidad nacional autónoma de México y la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; y en Perú, en la Universidad peruana Cayetano Heredia.
- xxix Entre otros, el área "Relaciones de género" del Departamento de sociología y el Programa de población de la Facultad de Ciencias Sociales, la Cátedra libre en salud reproductiva, sexualidad y género de la Facultad de psicología.
- xxx En Perú, el Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2002-2010, tiene como objetivo lograr una educación básica intercultural y de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes. Se aspira a que, para el 2010, al menos 60% de los niños y niñas en edad escolar de zonas donde el idioma materno no es el castellano participen en programas de educación bilingüe intercultural.
- xxxi En Antigua y Barbuda existe la Dirección de asuntos de género, en la órbita del Ministerio de salud. En Argentina, el Consejo nacional de la mujer, creado en 1992, cuyo un directorio está integrado por representantes de los ministerios y de las dos cámaras del Congreso nacional, se encuentra adscrito al Consejo nacional de coordinación de políticas sociales, que depende de la Presidencia de la nación. En Bahamas y Jamaica funcionan oficinas de asuntos de la mujer; en Dominica, la Oficina de la mujer; en Suriname, la Oficina de género; en Trinidad y Tabago, la División de asuntos de género, que depende del Ministerio de desarrollo comunitario, cultura y asuntos de la mujer. En Guyana, la Oficina de asuntos de la mujer y en México, el Instituto de la mujer. En Nicaragua, existe desde 1982 el Instituto nicaragüense de la mujer, actualmente adscrito al Ministerio de la familia. En Honduras, el Instituto nacional de la mujer se creó en 1999. En Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas existen divisiones de asuntos de género. En Venezuela el Instituto nacional de la mujer se creó en 1999, en reemplazo del Consejo nacional de la mujer. En El Salvador este organismo se denomina Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer, en Costa Rica, Instituto nacional de las mujeres, en Chile Servicio nacional de la mujer.
- xxxii Se trata, en Ecuador, del Plan de igualdad de oportunidades 1996-2000 del Consejo nacional de las mujeres; en Chile, del Plan de igualdad de oportunidades 2000-2010; en Guatemala, el Plan de igualdad de oportunidades; en Perú, el Plan de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres 2000-2005, que luego se reformuló para el período 2003-2010; en México, el programa nacional por la equidad de oportunidades y no discriminación en contra de las mujeres, "Proequidad", correspondiente al Plan nacional de desarrollo 2000-2006; en Paraguay, el segundo Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (2003-2007).
- xxxiii México desarrolla el programa "Oportunidades", que prevé becas de montos superiores para las niñas, que presentan los mayores índices de abandono escolar a partir de la secundaria.
- xxxiv En Chile se modificó la Ley orgánica constitucional de educación, en Panamá se aprobó, en 1996, un decreto ejecutivo que garantiza el derecho de las estudiantes en estado de gravidez a contar con protección, cuidado y ayuda especial, y en el 2002 se promulgó una ley que protege la educación y salud de la adolescente embarazada; en Ecuador se ha logrado el respeto al derecho a la educación de adolescentes embarazadas en casos que se han hecho públicos; en México hay programas de becas que incluyen apoyos para madres adolescentes y para hijos de madres solteras.
- xxxv Chile ha desarrollado el programa "Crecer y Desarrollarse en la Senda de la Afectividad Cotidiana", destinado a educadores, progenitores y niños de ambos sexos, y el proyecto "Educación, Cultura y Cambio", que tiene como objetivo trabajar con la comunidad educativa (profesores, alumnos y familia) en las diferentes formas de relación, y principalmente en la erradicación de la violencia como forma legitimada de solución de conflictos. En el contexto del enfoque de salud familiar desarrollado en los centros de atención primaria, se ha promovido

la participación masculina en las actividades preventivas relacionadas con el proceso reproductivo; el control prenatal, de puerperio, la regulación de fecundidad y la participación en el parto como acompañante de la mujer. En Colombia se ha formulado la política "Haz-paz", para promover la convivencia y prevenir la violencia por medio de transformaciones culturales en las familias y la sociedad en general. Por otra parte, el programa "Paternar" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ha intentado involucrar al hombre en las actividades de crianza y socialización de los niños, así como en el acompañamiento a la mujer. Dominica cuenta con un programa dirigido a sensibilizar a los hombres en temas de género. En El Salvador, el Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer ejecuta un proyecto sobre la vulnerabilidad de las niñas en el trabajo doméstico, que incluye un componente de sensibilización sobre los derechos humanos de niños y niñas. La Asociación Demográfica Salvadoreña ha realizado actividades de información, educación y comunicación, especialmente en el área rural, con el objeto de que el hombre se sensibilice a la necesidad de cuidar de su propia salud sexual y reproductiva y, por ende, comprenda y cuide de la salud reproductiva de la mujer. En Guatemala, el Ministerio de educación ha incluido los programas de educación el tema de respeto de las niñas y de la igualdad de género, sobre la base de material avalado por la Comisión intersectorial de educación en población. Esta comisión está compuesta por representantes de la sociedad civil, las iglesias, los sindicatos, las universidades y grupos indígenas. En México se incluyen contenidos de sexualidad humana, género y violencia intrafamiliar en los módulos del Programa para la vida y el trabajo, del Instituto nacional para la educación de los adultos. En ese mismo país se instrumentaron campañas dirigidas a desarraigar las imágenes estereotipadas de las mujeres, y el Instituto nacional indigenista promovió el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres indígenas en su lengua, a través de distintos medios de difusión. También se ha creado el Fondo proequidad, que otorga financiamiento a proyectos orientados al logro de la equidad de género; se ha trabajado en conjunto entre la Secretaría de salud y El Colegio de México en el diseño de un manual para capacitar a coordinadores de grupos de hombres que quieren renunciar a la violencia, y se apoyan y coordinan diversas actividades de las organizaciones no gubernamentales que trabajan el tema de masculinidad y la atención a hombres violentos, por medio del Programa mujer y salud. Asimismo, el Consejo nacional de población ha organizado, en forma conjunta con el Comité nacional mixto de protección al salario, diversos talleres y materiales orientados a promover el compromiso del hombre con el respeto de los derechos de las mujeres. El Consejo nacional de población ha desarrollado campañas en medios de comunicación masivos que ponen énfasis en el hombre como un importante actor en la toma de decisiones para su salud sexual y reproductiva, en colaboración con su pareja. En Paraguay, el Ministerio de salud pública y bienestar social, a través del Programa de salud sexual y reproductiva, así como del proyecto "Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes", realiza actividades tendientes a lograr una mayor conciencia de los hombres respecto a la responsabilidad sexual y reproductiva. En Saint Kitts y Nevis se desarrolla un programa de entrenamiento en toma de conciencia sobre cuestiones de género para adolescentes. En Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Guyana, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas, los programas de salud y vida familiar incluyen sensibilización de género. En Suriname, las organizaciones no gubernamentales han tomado la iniciativa con un programa que trata de instalar normas no machistas. En Trinidad y Tabago se establecieron grupos de apoyo al varón, para modificar las conductas y actitudes que impiden el desarrollo de hombres, mujeres y niños.

xxxvi En Bolivia la disposición correspondiente figura en la ley de cuotas; en Ecuador, en la Ley de cuota electoral progresiva; en Honduras, en la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, de 1997; en Panamá, en el Código electoral (reformado en 1997), y en Perú, en la Ley orgánica de elecciones. En México, existe una disposición temporal, aprobada en 1996 por la Cámara de diputados, dirigida a promover que los partidos políticos incluyan en sus estatutos que las candidaturas de elección popular no excedan el 70% para un mismo sexo.

xxxvii En Belice, la Política nacional de salud incluye derechos reproductivos; en Cuba se adoptó, con carácter de ley, la Plataforma de Acción de Beijing. En El Salvador, en el Plan nacional de salud reproductiva y en las normas de atención se plasmó el compromiso de prestar servicios con el fin de que el derecho de elección libre e informada se ejerza sin coacción alguna. En Guatemala, en el Programa nacional de salud reproductiva se establece que la prestación de servicios se rige por el respeto a los derechos reproductivos. En México se cuenta con el programa de acción "Salud reproductiva" 2001-2006, que se funda en respeto a los derechos reproductivos, así como en el derecho a la información y a recibir servicios de calidad. En Nicaragua, a raíz de

la enmienda Tiarht, se eliminaron cuotas, incentivos y metas de planificación familiar. En Guyana se aprobó la Ley de terminación médica del embarazo, que legaliza el aborto. En Santa Lucía, el cambio de enfoque de la política de salud sexual y reproductiva se tradujo en la nueva denominación de los Servicios de salud maternoinfantil, que pasaron a llamarse Servicios de salud familiar y reproductiva. En Trinidad y Tabago se ha revisado recientemente la política de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva reforzando el uso del consentimiento informado.

^{xxxviii} En México, la Comisión nacional de derechos humanos se ocupa de los casos de contracepción forzada.

^{xxxix} Esta red está conformada por comités de vigilancia, distribuidos en todos los departamentos del país, que trabajan en los temas de la maternidad saludable y segura y salud sexual y reproductiva.

