

NACIONES UNIDAS

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

**CENTRO LATINOAMERICANO
Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA**

CINCO AÑOS DESPUÉS DE EL CAIRO

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOGROS
Y DESAFÍOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA
DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL
SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO**

**Santiago de Chile
Mayo de 1999**

ÍNDICE

RESUMEN	3
PRESENTACIÓN	5
I. EXAMEN DE LA SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE CAMBIO EN LOS ÁMBITOS POLÍTICO, ECONÓMICO, SOCIAL Y DEMOGRÁFICO	9
I.1 Las herencias de la "década perdida"	9
I.2 La recuperación de los años noventa	10
I.3 Tendencias en el escenario sociodemográfico	11
I.4 Efectos sociales del nuevo modelo de desarrollo	14
I.5 El desarrollo social revalorizado	18
I.6 La emergencia de un nuevo paradigma del desarrollo	19
II. ANÁLISIS DE PROGRESO EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD	21
II.1 Población y políticas públicas	21
II.2 Equidad de género y habilitación de las mujeres	33
II.3 Derechos reproductivos, salud reproductiva y equidad social	42
II.4 Fortaleciendo la colaboración con la sociedad civil	69
II.5 El papel de la cooperación internacional	76
III. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACCIÓN PARA EL FUTURO	80
III.1 Población y políticas públicas	80
III.2 Equidad de género y habilitación de las mujeres	82
III.3 Derechos reproductivos, salud reproductiva y equidad social	84
III.4 Fortaleciendo la colaboración con la sociedad civil	87
III.5 El papel de la cooperación internacional	88
BIBLIOGRAFÍA	89

RESUMEN

La ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo contempla un proceso global de examen y evaluación cinco años después de celebrada dicha conferencia (CIPD+5). Este documento constituye el punto de partida para elaborar el documento que los países de América Latina y El Caribe entregarán al Secretario General de las Naciones Unidas para la culminación del proceso, con la presentación de su Informe al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, entre el 30 de junio y el 2 de julio de 1999.

Este informe consta de tres capítulos. El primero contiene una descripción del contexto político, económico, social y demográfico de la región en las décadas recientes, lo que proporciona una visión de las condiciones que enmarcan la ejecución del Programa de Acción. En el segundo capítulo se hace un análisis de los progresos y obstáculos que encontraron los países para cumplir los compromisos contraídos en El Cairo; especial mención merecen los temas de equidad de género y habilitación de las mujeres, de los derechos reproductivos, la salud reproductiva y la equidad social, el papel que desempeña la sociedad civil y también el de la cooperación internacional. En el último capítulo se identifican y examinan las líneas consideradas como prioritarias para lograr el pleno cumplimiento de los objetivos del Programa de Acción: i) la incorporación de los temas de población en las políticas públicas; ii) la habilitación de las mujeres para que tengan una real participación en la toma de decisiones; iii) los esfuerzos para lograr un ejercicio de los derechos reproductivos de las personas y las parejas; iv) la necesidad de alcanzar una participación plena de la sociedad civil en todos los planos de la población y el desarrollo y, v) el papel que debe desempeñar la cooperación internacional en cuanto a asistencia técnica, recursos humanos y financieros.

PRESENTACIÓN

El presente documento fue preparado para el CELADE como un insumo de base al informe regional con que la CEPAL contribuyó al ejercicio de examen y evaluación de la aplicación del Programa de Acción adoptado por la CIPD, proceso que culminará en el período extraordinario de sesiones convocado con ese propósito por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 30 de junio al 2 de julio de 1999.

Conforme a lo recomendado por la CEPAL en su vigésimo séptimo período de sesiones (Aruba, mayo de 1998), el presente documento —que es de carácter analítico— fue elaborado teniendo muy en cuenta los informes preparados por los países de la región como parte del proceso de seguimiento y evaluación de la aplicación de los acuerdos y recomendaciones de la Conferencia de El Cairo. Se contó con informes nacionales sobre la aplicación del Programa de Acción adoptado por la CIPD, preparados por 17 países con ocasión de la reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, siguiendo una pauta propuesta por el CELADE con base en el Plan de Acción Regional. Se contó también con las respuestas dadas por 22 países de la región a la encuesta realizada por el FNUAP sobre la experiencia de los países después de la CIPD.

Este documento ha sido preparado en consulta con el FNUAP, que colaboró en la parte substantiva mediante aportes de su División para América Latina y el Caribe en la sede, informes escritos y orales de los miembros de su Equipo de Apoyo Técnico con base en Santiago de Chile, y reportes de algunas de sus oficinas nacionales.

Al examinar e intentar evaluar la aplicación del Programa de Acción adoptado en El Cairo es necesario tener muy en cuenta que dicha conferencia se inserta en un proceso de larga duración, conducido por las Naciones Unidas, y que ha ido progresivamente abarcando todas las grandes temas del desarrollo económico y social. En efecto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto, entre el 5 y el 13 de septiembre de 1994, es el más reciente paso de un largo proceso de concertación mundial a nivel intergubernamental en torno a esta problemática, el que se inició con la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974, y que cumplió otra etapa decisiva diez años más tarde con la Conferencia Internacional sobre Población, celebrada en ciudad de México. La Conferencia de El Cairo, además de perfeccionar y actualizar los acuerdos alcanzados en Bucarest y en México, hizo un aporte fundamental a la agenda de población y desarrollo al relevar en su Programa de Acción las necesidades y derechos sexuales y reproductivos de los individuos y la habilitación de las mujeres y al operacionalizar en ese marco el nuevo concepto de salud reproductiva (SR).

Es necesario tener en cuenta, igualmente, al examinar los progresos hechos en la aplicación del Programa de Acción, en el que la CIPD recapituló en muchos aspectos los consensos alcanzados por las reuniones cumbres y conferencias internacionales convocadas por las Naciones Unidas que la precedieron y entre las que cabe destacar la Cumbre Mundial en

favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992) y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993). Por otra parte, sus acuerdos influyeron sobre importantes conferencias que la siguieron, como es el caso de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Estambul, 1996).

Otro elemento que debe considerarse en este ejercicio es el inevitable rezago de la información disponible, que afecta a los diagnósticos existentes al tiempo de efectuarse la CIPD, incluyendo sus etapas preparatorias, y al presente esfuerzo por examinar los cambios ocurridos en los cinco años siguientes. En efecto, la información disponible al tiempo de la Conferencia había sido recogida en la mayoría de los casos en torno a 1990, y la más reciente utilizada en este documento —si bien tomada de informes publicados en 1997 y 1998— refleja usualmente la situación existente en torno a 1995. Por lo tanto, si bien la información disponible permite en algunos casos examinar cambios institucionales y políticas adoptadas por los gobiernos después de la CIPD, resulta mucho más difícil apreciar el grado en que estas decisiones se tradujeron en acciones concretas y es prácticamente imposible estimar su impacto social. De aquí que en el análisis que se realiza a lo largo de este documento se prestará más atención a la dirección de los procesos de cambio en curso que a la situación existente en un momento dado del tiempo. Por las mismas razones, se pondrá énfasis en identificar los logros innovadores y los obstáculos que aparecen como superables, prestando especial atención a las oportunidades que se abrieron en estos últimos años para una más plena realización de los compromisos tomados por los gobiernos en El Cairo.

Este documento fue estructurado en tres capítulos. En el primero se examina la situación y tendencias de cambio en los ámbitos político, económico, social y demográfico, presentando de esta manera el escenario en que los países de la región han implementando el Programa de Acción. En el segundo capítulo se entra de lleno en el examen de los obstáculos encontrados y los logros conseguidos en la aplicación del Programa de Acción, privilegiando cuatro temas centrales para la Conferencia de El Cairo que se consideraron de mayor relevancia para la región y que, por lo mismo, fueron incluidos en la pauta sugerida a los gobiernos para la preparación de los informes nacionales sobre la ejecución del Programa de Acción, a saber: la integración de la dimensión poblacional en las políticas públicas; equidad de género y habilitación de las mujeres; derechos reproductivos y salud reproductiva en relación con la igualdad social, y la colaboración con la sociedad civil. El segundo capítulo se cierra con un breve examen del papel jugado por la cooperación internacional en la aplicación del Programa de Acción. El tercer capítulo identifica, a partir del análisis hecho en los dos capítulos precedentes, algunas líneas prioritarias de acción que permitirían avanzar hacia la plena realización de los compromisos contraídos y los objetivos adoptados en la CIPD por los países de la región.

I. EXAMEN DE LA SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE CAMBIO EN LOS ÁMBITOS POLÍTICO, ECONÓMICO, SOCIAL Y DEMOGRÁFICO

La segunda parte de la década de los noventa, período en que comenzaron a aplicarse las recomendaciones y compromisos suscritos en El Cairo por los gobiernos de todo el mundo, se inscribe en un proceso de grandes cambios económicos, sociales, políticos y demográficos en América Latina y el Caribe que es fundamental considerar en el examen de los esfuerzos hechos para dar cumplimiento a esos compromisos y para identificar los obstáculos encontrados y las nuevas oportunidades que se abren para una plena aplicación del Programa de Acción en los próximos años.

I.1 Las herencias de la "década perdida"

Durante las décadas de 1970 y 1980 el modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones dio claros signos de agotamiento y algunos países iniciaron procesos de reforma del estado y de reorientación de las políticas públicas que apuntan a aplicar un modelo de economía abierta de mercado.

Los años ochenta —llamados la "década perdida"— fueron años de crisis económica, agravada por el problema de la deuda externa; en ese decenio la gran mayoría de los gobiernos de la región inició procesos de reforma y modernización del estado y aplicaron en ese marco programas de ajuste estructural que, en la mayoría de los casos, tuvieron un considerable impacto social. Si bien la apertura de la economía resultó en un sostenido incremento de las exportaciones de la región en su conjunto —que se elevaron de un 2.1% anual en el período 1945-1980 a 4.4% en el período 1980-1990— el crecimiento anual del PIB cayó del 5.6% al 1.2% entre dichos períodos y la productividad del trabajo, que había crecido al 3.1% a lo largo de los 35 años anteriores, llegó a ser negativa (-1.8%) durante los ochenta.

La caída en la productividad, sumada a la rebelde persistencia de altas tasas de inflación (cerca de 400% anual) que deterioraban el poder adquisitivo de los salarios, fueron factores importantes del incremento en el subempleo y en el desempleo abierto, visible especialmente en las ciudades, y del aumento y profundización de la pobreza, que llegó incluso a afectar a sectores que por sus niveles de educación e inserción en el sector formal se identificaban con los estratos medios.

El debilitamiento de la capacidad del Estado para la prestación de servicios sociales en campos como la salud, la educación y la vivienda popular, que en muchos casos fue resultado de la aplicación de estrictas medidas de reducción del gasto público destinadas a reducir el déficit fiscal a niveles manejables, contribuyó a agravar la pobreza. El manejo del gasto social como factor de ajuste resultó en un deterioro generalizado con respecto a la situación precrisis en términos reales per cápita y en términos de la participación en el PIB, poniendo en evidencia que el deterioro no obedeció exclusivamente a la caída en el nivel de actividad

económica, sino a la decisión de recortar el gasto social para reducir el déficit fiscal. El sector más vulnerable y deteriorado durante los procesos de ajuste fue el de vivienda y, en menor medida, los sectores educación y salud (Cominetti, 1993).

La crisis de los años ochenta no afectó por igual a todos los países de América Latina. Mientras algunos lograron incluso elevar el PIB per cápita en esa década (Chile, Colombia) otros experimentaron un notable deterioro como efecto combinado de un crecimiento negativo del producto y tasas aún relativamente altas de crecimiento de la población, que significaron caídas del orden del 40% en el PIB per cápita en ese período (Nicaragua, Perú y Venezuela). La crisis afectó en menor grado a los países del Caribe, la mayoría de los cuales tuvieron un crecimiento del PIB per cápita superior al 4% anual; no obstante, en al menos dos casos (Guyana y Trinidad y Tabago), se produjo una caída similar a la de los países más afectados de América Latina. De aquí que la recuperación producida durante la década actual se inicia sobre pisos distintos.

Algo semejante puede afirmarse del gasto social per cápita, que en la gran mayoría de los países de América Latina era considerablemente menor en 1990 que en el mejor momento a comienzos de los años ochenta y se elevó en sólo en dos países (Colombia y Brasil).

I.2 La recuperación de los años noventa

La década de 1990 estuvo marcada por una clara tendencia a la recuperación económica con plena aplicación del modelo de economía abierta de mercado, la consolidación de las reformas del estado y algunos avances en el campo del desarrollo social aunque, como se verá más adelante, con diferencias importantes entre países. Durante el período 1990-1997, para América Latina en su conjunto, el PIB creció a una tasa media anual de 3.5% que en 1997 se elevó al 5.3%; hubo un incremento sostenido de las exportaciones (12% anual de crecimiento en 1997); la productividad del trabajo comenzó a elevarse y pasó de negativa en los años ochenta a un todavía modesto 1.1% de crecimiento medio anual en dicho período, y se logró una notable reducción de la inflación, que descendió desde 1200% a 11% anual entre 1990 y 1997. Es importante señalar que, pese a la recuperación experimentada durante los siete últimos años, las tasas de crecimiento del PIB (5.3%) y en particular de la productividad del trabajo (2.0%) observadas para 1997 son aún inferiores a las tasas medias que tuvo la región en el período 1945-1980 (5.6% y 3.1%, respectivamente), cuando estaba en plena vigencia el modelo de sustitución de importaciones (Ramos, 1998).

La recuperación económica, sin embargo, no fue homogénea, variando desde países con un crecimiento medio anual del PIB durante el período 1991-1996 superior al 5% (Chile, Argentina, El Salvador y Perú) hasta otros en que no alcanzó el 2% (Jamaica, Trinidad y Tabago y México) (BID, 1997).

1.3 Tendencias en el escenario sociodemográfico¹

i) *La transición demográfica continúa y el crecimiento se desacelera*

La crisis económica y el aumento de la pobreza de los años ochenta parecen no haber afectado mayormente los procesos de transición demográfica de los países de la región; no se detuvieron en esa década y continúan en los años noventa. La esperanza de vida al nacer se siguió elevando en todos los países de la región, estimándose que, en su conjunto, llegó durante el presente quinquenio a 67 años para los hombres y 73 años para las mujeres, y las brechas entre países tendieron a cerrarse. Por otra parte, la fecundidad continuó declinando en todos los países a lo largo de la presente década, con la sola excepción de Cuba, cuya TGF se estima en 1.6 hijos por mujer, considerablemente inferior al nivel de reemplazo. A pesar de esta tendencia descendente —que en el actual quinquenio llevó la TGF media para América Latina a 2.7— los países que iniciaron más tardíamente su transición demográfica tienen todavía tasas superiores a cuatro hijos por mujer (Guatemala, Bolivia, Haití, Nicaragua, Honduras, Paraguay). Estos países registran las tasas más elevadas de crecimiento natural de la población: 3.03% en Nicaragua y por sobre 2.4% en los demás países, con la excepción de Haití, cuya reducción más lenta de la mortalidad llevó su tasa de crecimiento a sólo 2.1% al año. Estos niveles están muy por encima del promedio de América Latina (1.66%) y contrastan con los observados en los países más avanzados en la transición demográfica, como Uruguay (0.82%) y Cuba (0.61%).

Si bien la fecundidad ha bajado en todos los estratos socioeconómicos, aún persisten importantes diferencias, especialmente en los países menos avanzados en la transición demográfica. Así, algunas estimaciones para el primer quinquenio de la década actual muestran que en Bolivia las mujeres sin instrucción (6.5 hijos por mujer) tenían casi cuatro hijos más que las mujeres con educación secundaria o superior (2.7) (INE/Macro International, 1994). Las brechas persisten incluso en países más avanzados en la transición, y ese es el caso de Brasil en donde en el período 1994-1996 las TGF para los niveles de educación recién mencionados eran 5.0 y 1.5, respectivamente (BEMFAM y otros, 1997).

ii) *La estructura por edad de la población muestra un envejecimiento*

Como resultado de la transición demográfica y de que los países con mayor población (Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú) están bastante avanzados en dicho proceso, el número medio de nacimientos anuales en la región en su conjunto se estabilizó y pronto comenzará a reducirse; asimismo, el crecimiento de las poblaciones en edad escolar y en edad de trabajar (PET) continúa disminuyendo, y la población de la "tercera edad" aceleró levemente su crecimiento durante la presente década. Sin embargo, estos promedios regionales ocultan grandes diferencias, que expresan los efectos retardados de transiciones demográficas desfasadas en el tiempo y que avanzaron con distinta velocidad. El número anual de nacimientos —primera variable afectada por el descenso de la fecundidad— está

¹ Las estimaciones demográficas que aparecen en esta sección están tomadas de CELADE, América Latina: Proyecciones de Población 1970-2050, *Boletín Demográfico* 62, Santiago de Chile, julio de 1998.

estabilizado o se redujo en diez países de América Latina, mientras en los restantes sigue aumentando pero ya muy lentamente. El crecimiento de la población en edad escolar se está desacelerando en todos los países, con excepción de Bolivia y Nicaragua, y en diez de ellos crece a tasas inferiores al 1 % o a tasas negativas.

Con la población en edad de trabajar (PET) está ocurriendo algo diferente. En toda la región —excepción hecha de Uruguay— crece más rápidamente que la población total. En los países de transición demográfica tardía se está acelerando, y las proyecciones de población más recientes señalan que en el actual quinquenio está creciendo a tasas superiores al 3 % anual en Nicaragua (3.54 %), Honduras (3.43 %), Paraguay (3.36 %) y Guatemala (3.13 %). Por otra parte, en trece países el crecimiento de la PET se está ya desacelerando.

Por último, las poblaciones de la *tercera edad* (60-79 años) y de la *cuarta edad* (80 y más años) están creciendo incluso más rápidamente que la PET, a tasas medias anuales que en el actual quinquenio llegan al 2.9 % y 3.4 %, respectivamente. En once países la población de la tercera edad está creciendo por sobre el 3 % anual y en otros siete la población de la cuarta edad está creciendo a tasas superiores al 4 % anual. Esto está ocurriendo en países que se encuentran en fases intermedias en su transición demográfica, mientras que en los países más avanzados en ese proceso y que lo iniciaron muy temprano (que es el caso de Uruguay y Argentina) esas tasas de crecimiento son más moderadas, especialmente para la tercera edad. Se agrega a lo anterior que, debido a la sobremortalidad masculina, la tasa de crecimiento de la población femenina, especialmente en la cuarta edad, es considerablemente mayor que la de los hombres (3.1 % y 3.7 %, respectivamente para la región). De aquí que el incremento absoluto medio anual de ancianas de 80 años y más de edad en el actual quinquenio se estime en 90 mil para toda América Latina y el de los ancianos sea de sólo 50 mil.

El envejecimiento de la estructura etaria en la región estuvo estrechamente asociado a la llamada transición epidemiológica, lo que conlleva el desplazamiento del predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias hacia los tumores y enfermedades de tipo degenerativo como las principales causas de muerte. La transición epidemiológica y el rápido crecimiento de la población adulta mayor y anciana son percibidos por los gobiernos de numerosos países como un reto importante que obliga a readecuar los sistemas de salud y de seguridad social.

iii) Papel e implicaciones de la migración internacional

El crecimiento efectivo de la población en América Latina en su conjunto continúa siendo inferior a su crecimiento natural debido al efecto de la migración internacional. Conforme a las proyecciones de población de las Naciones Unidas, la población creció en la primera mitad de la presente década a una tasa de 1.56 % al año y hubiese crecido al 1.71 % sin migración internacional, lo que equivale a decir que en la región los emigrantes habrían excedido a los inmigrantes en casi 2.7 millones de personas (CELADE, 1998).

En los planos nacionales, la gran mayoría de los países perdieron población a causa de la migración internacional y sólo dos la han ganado (Costa Rica y Argentina). Las migraciones internacionales dentro de la región cumplieron, en general, una función de ajuste

en los mercados de trabajo al reducir la presión de mano de obra sobre mercados saturados y desplazarla hacia lugares donde hay más oportunidades de empleo. Las migraciones forzadas por situaciones de violencia interna, que en décadas pasadas dieron lugar al fenómeno de los desplazados al interior de los mismos países y de importantes contingentes de refugiados en países vecinos, se redujeron considerablemente en la región debido a los acuerdos de paz alcanzados durante la presente década en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Persisten, sin embargo, en otros países, y en Colombia —con alrededor de 1.2 millones de desplazados— este fenómeno adquirió mayores proporciones.

La migración internacional en la región se ordena en torno a tres patrones: i) la migración intrarregional, cuya intensidad tendió a decrecer en los años ochenta, ii) la inmigración extrarregional (en especial de origen europeo), que disminuyó radicalmente y, iii) la emigración extrarregional, cuyo principal destino son los Estados Unidos y que se origina principalmente en México, América Central y varios países del Caribe.

El flujo más importante y mejor documentado de migración internacional hacia países desarrollados corresponde al originado en México y América Central, y con los Estados Unidos y Canadá como destinos. Conforme a las estimaciones más recientes de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, la población nacida en México y en países centroamericanos residente en los Estados Unidos aumentó entre 1990 y 1996 de 5.4 millones a 9.4 millones, a una tasa media anual de crecimiento del orden de 7.2 por ciento. La gran mayoría de esa población era originaria de México (80%), seguida en importancia por los salvadoreños (8.4%) (CELADE/CEPAL/OIM, 1998).

La migración hacia países desarrollados, particularmente la que se dirige a los Estados Unidos, tiene consecuencias positivas y negativas para los países, localidades y familias de origen. El efecto positivo deriva principalmente de las remesas que envían los emigrantes mientras están trabajando en el extranjero y de los ahorros que traen consigo al regresar. Las remesas contribuyen a elevar el consumo, mientras que los ahorros con frecuencia se traducen en inversión. Durante la crisis de los años ochenta las remesas se elevaron considerablemente, y hacia 1989 llegaron a ser equivalentes al 15% del PIB en El Salvador y a alrededor del 3% del PIB en Guatemala y Nicaragua. En el caso de El Salvador las remesas habrían seguido aumentando, y se estima que en 1995 equivalían al 18% del PIB. En México, si bien con un impacto relativo menor que en El Salvador, se estima que por concepto de remesas y ahorros de migrantes han estado ingresando montos cercanos a 3.6 mil millones de dólares, cantidad semejante a los ingresos que el país recibe por el turismo (Escobar, 1998).

Quizás el efecto negativo más destacado de la migración internacional hacia los países desarrollados sea la llamada "fuga de cerebros". Este fenómeno continúa y su magnitud se aprecia en que, según la Encuesta Periódica de Población de 1996, el 30% de los mexicanos, el 36% de los salvadoreños y el 53% de los originarios de los demás países de América Central mayores de 24 años residente en los Estados Unidos habían cursado por lo menos la educación secundaria completa. Estos niveles de educación de los migrantes son muy superiores a los que tiene la población de sus países de origen y se deben a la mayor

propensión a migrar de los más educados y a las mejores oportunidades de educación media y superior que éstos encuentran en los Estados Unidos.

iv) Tendencias de la distribución espacial de la población y su impacto sobre el medio ambiente

En lo que va corrido del decenio de 1990, la población de la región siguió fortaleciendo su perfil urbano; los cálculos más recientes indican que todo el crecimiento demográfico previsto para la región durante esta década se localizará en zonas urbanas, y se estima que la región llegará a tener un 76% de población urbana hacia el año 2000, cifra superior a la de varios países europeos. Junto con la consolidación de los núcleos urbanos, la población regional continuó desplazándose hacia territorios hasta hace poco prácticamente deshabitados; la paulatina ocupación de la selva amazónica y de la Patagonia argentina son ilustrativos de estos movimientos. La tendencia histórica hacia la concentración demográfica en la ciudad principal se revirtió en varios países de la región que tenido un crecimiento más rápido de ciudades secundarias o intermedias (de 50 mil a un millón de habitantes) con ventajas comparativas, sea porque tienen un dinamismo productivo mayor o porque permiten gozar de los beneficios de la vida moderna sin la presencia de los problemas urbanos que afectan a las metrópolis. El cambio en la tendencia no evitó la formación de megapólis, cuyo crecimiento actual depende más del incremento vegetativo de su población que de los flujos migratorios. Su extensión física y tamaño demográfico resultaron —en conjunción con otros factores— en serios problemas sociales y medioambientales, con deterioro de la calidad de vida. Así, se espera que a fines de siglo Ciudad de México habrá sobrepasado los 18 millones de habitantes, seguida muy de cerca por São Paulo con 17.7 millones, y superadas a nivel mundial sólo por Tokio la primera y la segunda también por Bombay; Buenos Aires tendrá 12.4 millones, Río de Janeiro 10.6, Lima 7.4 y Bogotá 6.8 millones (United Nations, 1997).

Por otra parte, en años recientes se hizo patente el serio costo ecológico que conlleva el poblamiento y explotación de ecosistemas frágiles, incluso con muy baja densidad demográfica. Esto ocurrió con la ocupación y deforestación de áreas selváticas en Rondônia (Brasil), en Beni (Bolivia) y El Petén (Guatemala). Otros casos corresponden a zonas de vocación agrícola y de poblamiento antiguo que, por efecto conjunto del crecimiento demográfico y la concentración de la propiedad de la tierra, vieron intensificada su explotación hasta límites no sustentables, como ocurre en vastas zonas de la sierra de Ecuador y Perú, los departamentos campesinos que circundan la capital de Paraguay, buena parte del territorio de El Salvador y de Haití y amplios sectores de la meseta central de México.

1.4 Efectos sociales del nuevo modelo de desarrollo

Durante los primeros siete años de la presente década la gran mayoría de los países de la región experimentó un crecimiento económico superior a su crecimiento demográfico, lográndose una elevación significativa del ingreso per cápita, que en ese período aumentó en el mejor de los casos (Chile) en un 40.1% y en el peor (Honduras) en un 6%. No obstante, la persistencia de una distribución muy desigual del ingreso en la mayoría de los países impidió

que esta elevación del ingreso medio nacional se traduzca en una mejoría significativa de las condiciones de vida de los sectores menos favorecidos. Así, por ejemplo, durante la primera mitad de la presente década, de los once países de América Latina para los que se cuenta con información, la distribución del ingreso en zonas urbanas permaneció constante en cinco, mejoró en cuatro y empeoró en dos. Cabe señalar que en materia de distribución del ingreso se registran grandes diferencias entre países al interior de la región: hacia 1994, mientras en un extremo el ingreso per cápita del 10% más rico de la población urbana era 5.4 veces el percibido por el 40% más pobre (Uruguay), en el otro extremo del espectro esa brecha se agrandaba a 12.1 veces (Chile) y a 14.4 veces (Brasil) (CEPAL, 1996).

i) Empleo, productividad e ingresos

En el campo del empleo, la introducción del modelo de economía abierta de mercado resultó en una creciente precariedad en los puestos de trabajo, en un contexto de expansión rápida de la PEA (debido principalmente al crecimiento de la población en edad de trabajar) con sostenido aumento de la participación femenina y un crecimiento moderado de la productividad media del trabajo. El salario medio no se recuperó e incluso se deterioró en varios países, si bien en otros se elevó, particularmente en los que experimentaron un mayor crecimiento del PIB per cápita. Es importante notar que para el conjunto de la región, aunque el salario real se recuperó respecto a su valor en 1990, se estabilizó por debajo del nivel que tenía en 1987; así, en 1996 su valor real alcanzaba apenas a dos terceras partes del valor que tenía en 1980. En estrecha relación con lo anterior, el nivel educativo de la fuerza de trabajo se elevó mucho más lentamente en lo que va corrido de la presente década que en períodos anteriores, incluida la década de los ochenta (0.8% en el período 1991-1995 contra 2.3% en el período 1971-1980 y 1.7% en el período 1981-1990). América Latina en su conjunto progresó más lentamente que el mundo y, en particular, que Asia, en términos de inversión en capital humano, si se analiza la evolución de la escolaridad promedio de la fuerza laboral en los últimos 25 años. Así, entre 1970 y 1995 mientras en América Latina la escolaridad promedio de su fuerza laboral se elevó de 3.0 a 5.2 años, en el mundo subió de 3.0 a 7.2 (BID, 1997).

La precarización del empleo obedeció a la tendencia a desregular el mercado de trabajo, a la desconcentración de los procesos productivos en el sector moderno mediante el aumento de la subcontratación de funciones y a la insuficiente creación de puestos de trabajo en el sector formal en relación con el aumento de la demanda por empleos en ese sector. Se esperaba que las reformas económicas, en particular la liberalización del comercio, las privatizaciones y la desregulación de los mercados conducirían a un uso más eficiente de los recursos, lo que resultaría, a su vez, en el corto y mediano plazo, en un rápido crecimiento de la productividad, una dinamización de la economía en su conjunto y la absorción del desempleo generado inicialmente por esas medidas. Estas expectativas se cumplieron sólo parcialmente. De hecho, en el período 1995-1997 el desempleo urbano aumentó en quince países de América Latina y se redujo en sólo tres, que tuvieron un crecimiento del PIB por encima del 5%. Los mayores incrementos del desempleo se dieron precisamente en países cuyo producto interno bruto creció por debajo del 3%. Sin embargo, incluso en algunos países que tuvieron un crecimiento económico por encima de ese nivel el desempleo también

aumentó. El desempleo abierto afectó especialmente a los jóvenes y a la población activa de los hogares de menores ingresos. El aumento del desempleo urbano en numerosos países ocurrió a pesar de que, como sostiene un reciente estudio de la CEPAL, "el ajuste de la estructura ocupacional ha resultado principalmente en incrementos en el subempleo y en puestos de baja productividad y no en desempleo abierto" (CEPAL, 1997). Esto explica la coexistencia de la modernización de los sectores más dinámicos de la economía con el lento crecimiento de la productividad media del trabajo. En efecto, se registran "significativos aumentos de productividad en los sectores modernos y particularmente en las actividades vinculadas a las exportaciones y a los servicios ligados a ellas, contrarrestados por reducciones del producto medio por ocupado en actividades informales no vinculadas a los sectores dinámicos." (Franco y otros, 1998).

El desempleo y el subempleo se relacionan ciertamente con el rápido incremento de la PEA (2.7% medio anual en período 1990-1995 para América Latina), que ha estado creciendo en todos los países a una tasa más elevada que la de la población en edad de trabajar (2.4% para la región en el mismo período). Estos promedios regionales encubren grandes diferencias entre los países, ya que la PEA creció mucho más lentamente en países que tuvieron una transición demográfica temprana, como Uruguay (1.0%), Argentina (1.9%) y Cuba (1.9%), que en países que experimentaron este proceso más tardía y rápidamente, como Costa Rica (4.0%), Honduras (3.8%), Nicaragua (3.6%) y Ecuador (3.5%).²

ii) *La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo*

La masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral constituye el principal factor inmediato —después del crecimiento de la población en edad de trabajar (PET)— de este rápido crecimiento de la PEA. En efecto, durante la primera mitad de la presente década la PEA femenina creció al 3.6% anual en América Latina, con tasas muy elevadas en Honduras (6.2%), Guatemala (5.9%), Costa Rica (5.6%) y Ecuador (5.2%), y se estima que continúa creciendo a un ritmo ligeramente inferior en el quinquenio actual.

Estas tasas implican que cada año la PEA femenina aumenta en el conjunto de América Latina en alrededor de 2.3 millones de mujeres. Esta tendencia obedece a la acción de numerosos factores que actúan de manera combinada. Entre ellos destacan, en primer lugar, los crecientes niveles de educación de la población femenina en edad de trabajar, que resultan del ingreso a esa población de cohortes de mujeres jóvenes con niveles más altos de escolaridad que sus madres, factor que actúa combinado con la mayor propensión a trabajar de las mujeres más educadas. Así, mientras los hombres adultos registran tasas de participación económica igualmente altas para distintos niveles de educación formal, en la gran mayoría de los países de la región estas tasas se elevan consistentemente mientras más alta sea la educación de las mujeres; en algunos casos, la tasa de participación de las mujeres con 13 y más años de estudio triplica la de aquellas con 0-3 años de escolaridad (Costa Rica, Chile y Panamá). Esto no ocurre en los países con numerosa población indígena (Bolivia,

² Estimaciones de PEA calculadas por el CELADE a partir de las tasas de participación utilizadas en *Boletín Demográfico* 57, enero de 1996 y las nuevas proyecciones de población publicadas en *Boletín Demográfico* 62, julio de 1998.

Ecuador, Guatemala, Paraguay) en los que las mujeres con bajo nivel educacional suelen tener tasas relativamente altas de participación en la actividad económica (CEPAL, 1998b).

Un segundo factor es la creciente precariedad del empleo, agudizada en períodos de crisis económica a causa de altos niveles de desempleo abierto, que indujo a muchas esposas, en particular aquellas con sus maridos cesantes, a buscar trabajo y a mantenerse luego trabajando, incluso después de que ellos vuelven a ocuparse. Un tercer factor, muy ligado al anterior, dice relación con una elevación de las aspiraciones y expectativas de consumo, que no fueron acompañadas, en la mayoría de los casos, por una elevación equivalente de los salarios, lo que lleva a aumentar el número de perceptores de ingreso en el hogar como única forma ya sea de satisfacer necesidades mínimas en los sectores más pobres ya sea de elevar el nivel de consumo per cápita en los hogares de estratos medios de ingreso.

Una fracción significativamente mayor de mujeres económicamente activas que de hombres se encuentra inserta en actividades de baja productividad del sector urbano; esta diferencia se explica principalmente por la más alta participación de mujeres en los servicios domésticos. Además, el ingreso percibido por las mujeres ha sido históricamente inferior al percibido por los hombres, incluso cuando se controla por nivel de educación. Es importante señalar que esta brecha se redujo en la gran mayoría de los países de América Latina para los que hay información, y que la menor distancia se ha logrado en la población joven (15-24). Así, hacia 1995 el salario medio de las mujeres urbanas de este grupo de edad era ligeramente superior al de los hombres en Venezuela (106%) y Colombia (104%), y levemente inferior en Argentina (94%), Chile (93%) y México (91%); la mayor brecha se registraba en Bolivia (60%). (CEPAL, 1998b).

iii) Impacto sobre la pobreza

Durante la presente década han ocurrido en la región diversos procesos de cambio que son claramente favorables a una reducción de la pobreza. Tanto el PIB per cápita como el ingreso per cápita se elevaron; la inflación, factor que en los años ochenta contribuyó decisivamente a deteriorar el poder adquisitivo de los salarios, fue controlada; igualmente, se elevó la productividad del trabajo; se produjo una creciente participación femenina en la actividad económica que resultó en un aumento de los perceptores de ingreso por hogar; continúa reduciéndose la fecundidad, hecho que por una parte facilita la participación de las mujeres en la actividad económica y, por otra, tiende a producir una disminución del tamaño medio de los hogares y de sus miembros económicamente dependientes.

Los dos últimos cambios señalados resultaron en una sistemática reducción de la dependencia económica dentro de los hogares, hecho que facilita el aumento del ingreso per cápita; la migración interna rural-urbana significó que numerosos pobres se desplazaran hacia contextos donde hay más acceso a servicios y a un mercado de trabajo más diversificado. Además, la migración internacional siguió contribuyendo a descongestionar mercados de trabajo saturados y a disponer de ingresos generados en países de mayor desarrollo relativo, que benefician al país de origen en la forma de remesas. No obstante, si bien la pobreza se ha

reducido en la mayoría de los países, en algunos casos la situación se ha estancado o incluso agravado, y los avances son con frecuencia menores que los esperados.

Un estudio reciente, que compara la situación alrededor de 1990 con la observada en torno a 1995 en 17 países de América Latina, encuentra que en siete de ellos los niveles de pobreza no cambiaron significativamente, que en otros siete la proporción de pobres se redujo y en cuatro aumentó. El mismo estudio encuentra que los siguientes factores han contribuido de manera importante a la reducción de la pobreza en los años noventa: (i) la reactivación del crecimiento económico; (ii) la realización temprana de reformas y su profundidad; (iii) el control de la inflación; (iv) la elevación del salario mínimo, (v) la elevación del nivel educacional de la población y, (vi) la migración rural-urbana.

Gran parte de la reducción de la pobreza se produjo en las áreas urbanas; en las rurales la situación con frecuencia se mantuvo o deterioró (Jamaica, Nicaragua, Perú) y contribuyó a ampliar la brecha rural-urbana en materia de pobreza (Morley, 1997). Un análisis asociado muestra, sin embargo, que la inversión en capital humano no resultó automáticamente en un crecimiento más rápido del ingreso y en una reducción de la pobreza, lo que ocurre sólo cuando la fuerza de trabajo está casi totalmente empleada (Ganuza y Taylor, 1998). Como la situación dominante en la región sigue siendo de sobreoferta de fuerza de trabajo y de una insuficiencia crónica de los sectores económicos de más alta productividad para absorberla, la inversión en capital humano no implicó necesariamente mayor productividad. Además, cuando así ha sido, esta mayor productividad no ha significado automáticamente mayores salarios, entre otras razones por la muy limitada capacidad de negociación de los asalariados en un contexto dominado por alta precariedad en el empleo.

Mientras la migración del campo a la ciudad parece haber contribuido a reducir la pobreza, al desplazar a los pobres rurales hacia espacios con más oportunidades y al disminuir la presión demográfica sobre el mercado laboral y los recursos naturales en el campo, la persistencia de altas tasas de fecundidad y de una iniciación temprana de la actividad reproductiva entre los pobres rurales ha contribuido con frecuencia a perpetuar su pobreza. Es importante destacar que las encuestas demográficas y de salud realizadas durante la presente década en numerosos países de la región han puesto en evidencia que la aún alta fecundidad observada en numerosas poblaciones rurales pobres no obedece más, como ocurría en el pasado, a una alta valoración de la familia numerosa —ya que esas mujeres consideran deseable en la mayoría de los casos una familia de 3 ó 4 hijos—, sino más bien a una distribución desigual de las condiciones sociales requeridas para el pleno ejercicio de sus derechos reproductivos.

I.5 El desarrollo social revalorizado

Si bien la aplicación del nuevo modelo de desarrollo se inició con programas de ajuste, en la mayoría de los casos con un alto costo social, en parte al menos debido a recortes significativos en el gasto público social, una vez conseguida la estabilización macroeconómica se ha observado en la región durante la presente década una clara tendencia a invertir y gastar

más en desarrollo social. Este comportamiento refleja la creciente convicción —compartida por los gobiernos, los organismos internacionales e importantes actores de la sociedad civil— en cuanto a que el desarrollo social no responde sólo al imperativo ético de la equidad sino que es también una condición necesaria para el desarrollo económico en el marco de la globalización. En este contexto se reconoce que la competitividad de las empresas depende en gran medida de la competitividad sistémica del país y que ésta descansa no sólo en un estado moderno, en infraestructura adecuada, estabilidad macroeconómica y un sistema financiero eficiente, sino también en factores que requieren de desarrollo social y de creciente igualdad en la distribución de los beneficios del desarrollo económico, como la calidad de los recursos humanos, la estabilidad política y la gobernabilidad.

Esta creciente prioridad dada al desarrollo social se tradujo en un mayor gasto público en reformas de los sistemas de provisión de servicios en salud, educación, seguridad social, vivienda y equipamiento comunitario y, además, en procesos de descentralización de la administración pública orientados a dar una creciente participación a la comunidad organizada y a una desconcentración espacial y social del desarrollo. Cabe destacar que en la primera mitad de la presente década en América Latina el PIB creció en 14.7% y el gasto social per cápita se incrementó en 27.5% en términos reales. El gasto social como porcentaje del PIB, que expresa prioridad macroeconómica, se mantuvo en seis países de América Latina y se elevó en nueve. Pero, si bien en nueve países la recuperación permitió sobrepasar en 1994-1995 los niveles de gasto social per cápita que tenían a principios de los ochenta, es decir, antes de la crisis, al menos en cinco casos no hubo recuperación durante los años noventa o ella fue insuficiente para recuperar esos niveles. Es necesario destacar igualmente que la brecha en el gasto social per cápita se agrandó, puesto que gran parte de los países que elevaron significativamente dicho gasto social ya estaban gastando más de 250 dólares³ por habitante hacia 1990 (Argentina, Uruguay, Panamá, Costa Rica, Chile) mientras que la mayoría de los que mantuvieron su gasto social per cápita gastaban menos de 100 dólares a principios de la década (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua) (CEPAL, 1997).

I.6 La emergencia de un nuevo paradigma del desarrollo

Una de las paradojas de los años noventa es que mientras se consolida un nuevo modelo de desarrollo basado en el mercado como mecanismo básico de asignación de recursos y entra en profunda crisis la planificación económica tradicional, en la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, 1992) los países de la región se unen a las naciones de todo el mundo para adherir al nuevo paradigma del desarrollo sostenible, que obliga a formular las políticas de corto y mediano plazo teniendo en cuenta sus implicaciones de largo y muy largo plazo, y establece la igualdad entre las naciones y dentro de ellas como un imperativo central al desarrollo. El desafío de esta paradoja es cómo conciliar la competitividad, condición de sobrevivencia y auge en el actual sistema económico mundial capitalista globalizado, con la solidaridad, indispensable para reducir las brechas sociales y entre las naciones, y con la responsabilidad medioambiental requerida para asegurar la sustentabilidad ecológica a largo plazo.

³ Los valores citados en este párrafo corresponden a dólares de 1987.

La experiencia acumulada en la presente década convenció a la mayoría de los actores políticos y sociales y en los organismos internacionales que el mercado por sí solo no conduce a la superación de la pobreza y a una creciente igualdad social, ni tampoco basta para asegurar un desarrollo medioambientalmente sustentable. Surgieron propuestas a nivel regional que buscan reconciliar el modelo de desarrollo con el nuevo paradigma del "desarrollo sostenible": el de "transformación productiva con equidad" planteado por la CEPAL y endosado por sus países miembros, como también los esfuerzos por integrar en esa propuesta la dimensión poblacional (CEPAL/CELADE, 1995). Por otra parte, numerosos países de la región pusieron en marcha iniciativas o crearon instancias que permitan definir, con la activa participación del sector privado y la sociedad civil, una visión de más largo plazo y una estrategia consensuada para avanzar en esa dirección. La competitividad sistémica de cada país y la superación de la pobreza fueron hasta ahora los principales objetivos perseguidos, manteniéndose en un segundo plano el de la sustentabilidad medioambiental del desarrollo. En este contexto dinámico y de rápido cambio en lo social, lo económico y lo demográfico y en lo político e institucional, se aplicaron —a veces con deliberación y otras de hecho— las recomendaciones y compromisos de la CIPD.

II. ANÁLISIS DE PROGRESO EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

En este capítulo se examinarán los avances y los obstáculos en la ejecución del PA de la CIPD en cinco áreas de especial relevancia: la integración de la dimensión poblacional en las políticas públicas y las estrategias de desarrollo; la equidad de género y la habilitación de las mujeres; los derechos reproductivos y la salud reproductiva en función de la igualdad social; el papel que ha venido jugando la sociedad civil, y el papel de la asistencia internacional.

II.1 Población y políticas públicas

II.1.1 La situación preCairo

No puede hacerse un examen y evaluación de lo ocurrido en este campo en la región sin considerar los avances y crisis de las dos décadas anteriores en los ámbitos estatales, de las políticas públicas y la planificación del desarrollo, tarea ya analizada inicialmente en el capítulo primero.

i) El auge de los años setenta

Desde la década de 1970, incluso antes de la Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974), existía interés en la región por incorporar de manera sistemática la dimensión poblacional en el ámbito de la planificación económica y social y, en general, en las estrategias de desarrollo. Este interés se tradujo a nivel institucional en la constitución de "consejos nacionales de población" o entidades equivalentes de naturaleza multisectorial, a alto nivel en la estructura del estado, y en el establecimiento de "unidades técnicas de población", ubicadas normalmente en los ministerios u oficinas de planificación. Se tradujo igualmente en esfuerzos a nivel regional, subregional y nacional para formar profesionales especializados en los campos de la demografía formal y social y de estudios de población y desarrollo; recoger, sistematizar, almacenar y procesar datos de buena calidad y comparables; desarrollar centros de documentación y articularlos en red, e implementar programas de amplia cobertura para llevar a cabo análisis demográfico e investigación social para una mejor comprensión de las interrelaciones entre población y desarrollo, su incorporación en los procesos de planificación y, eventualmente, la formulación, seguimiento y evaluación de políticas explícitas de población.

Ya hacia 1975, inmediatamente después de la Conferencia de Bucarest, 18 países de América Latina habían establecido organismos de coordinación de las actividades en el campo de población, nueve contaban con un Consejo Nacional de Población y en cinco se había establecido una unidad técnica de población. Por otra parte, al menos nueve países de América Latina tenían políticas explícitas en relación con fecundidad y crecimiento de la población y la casi totalidad de los países habían formulado políticas relativas a la distribución espacial de la población o definieron objetivos en este campo en el marco de sus planes de desarrollo.

ii) *Crisis y transformación a fines de los años ochenta y principios de los noventa*

Los significativos avances logrados en este campo en las dos décadas anteriores fueron posibles gracias a la conjugación, por una parte del interés de los gobiernos e instituciones académicas nacionales y, por otra, del fuerte y sostenido apoyo financiero y técnico externo, dado principalmente por agencias internacionales bilaterales y multilaterales y por ONG. No obstante, ya a fines de los años ochenta y a principios de los noventa se comienza a sentir una profunda crisis en la base institucional de las actividades de población y desarrollo, que afecta seriamente su funcionamiento. Esta crisis resulta de la acción combinada de diversos factores, algunos de naturaleza coyuntural, asociados a la crisis económica de la "década perdida", y otros de naturaleza estructural, derivados principalmente del cambio de modelo de desarrollo, redefinición del papel del estado y su modernización. A estos factores se agrega la pérdida de prioridad de los temas de población en varios países como resultado de la desaceleración del crecimiento demográfico y el crecimiento más lento de sus principales centros urbanos. Estos temas fueron analizados en el capítulo primero.

Uno de los cambios más significativos para la integración de la dimensión poblacional en el ámbito de las políticas públicas fue la crisis de los sistemas tradicionales de planificación y la progresiva readecuación de esta función al nuevo contexto, procesos que, junto con crear problemas, han abierto nuevos campos de trabajo.

Los organismos de planificación, donde estaban localizadas —con grados variables de integración— la gran mayoría de las unidades técnicas de población, comenzaron a perder legitimidad y peso en la formulación de las políticas públicas. Se redujo su personal e incluso en algunos casos se los suprimió o se los desmembró entre varias instituciones públicas. Con la desaparición o debilitamiento de las instancias formales de planificación, la función de planeación global del desarrollo con perspectiva de mediano y largo plazo comenzó a ser ejercida en algunos países por los ministerios de hacienda o directamente por la presidencia de la república, bajo el concepto de gestión estratégica.

En este proceso, las unidades técnicas de población fueron disueltas o a menudo experimentaron drásticas reducciones de personal, fundidas con otras unidades o sus funciones ampliadas a fin de cubrir todo el ámbito de lo social. Por otra parte, la creciente importancia otorgada al mercado como mecanismo que asigna los recursos, sumada a la necesidad de respuestas urgentes a problemas sociales específicos provocados por la crisis de los años ochenta, condujeron a la pérdida de prioridad de la planificación global de largo plazo y a un creciente énfasis en la planificación social de corto plazo focalizada en los grupos sociales más vulnerables.

Según la última encuesta sobre población a los gobiernos hecha por las Naciones Unidas, que fue respondida por 33 países de la región, hacia 1993 —cuando la CIPD se estaba preparando— 28 declaraban tener algún tipo de política de distribución espacial, 17 decían tener políticas o algún tipo de intervención para reducir la fecundidad, y veinte de ellas contaban con una unidad de población encargada de labores técnicas y de coordinación. La situación real, sin embargo, no era tan positiva como estas cifras parecen indicar. En efecto, la

mayoría de esas unidades de población se encontraban fuertemente erosionadas en su capacidad técnica y de coordinación y, en el ámbito de las políticas de población, al menos en lo que se refiere a distribución espacial, sobrevivían —en la mayoría de los casos a nivel de declaración— políticas propuestas en décadas anteriores, sin que hubiera condiciones institucionales ni financieras para implementarlas. En cuanto a los consejos de población, hacia 1993 existían aún siete de ellos en América Latina —menos que en 1975, cuando eran nueve— y algunos países caribeños tenían entidades de este tipo creadas durante los años ochenta. Sin embargo, en su mayoría estaban inactivos.

En el campo del análisis demográfico y estudios de población, se hicieron avances de gran trascendencia en estos años, especialmente en la producción y adaptación de programas de computación, cada vez más potentes y amigables⁴, y en el perfeccionamiento de la metodología y de la capacidad institucional a nivel de los países para la realización, procesamiento y análisis de encuestas demográficas y de salud, cuyos resultados son ampliamente utilizados en este documento.

No obstante, el financiamiento internacional para la realización de estudios en este campo se redujo notablemente, sin que la crisis permitiera que fuera sustituido por financiamiento nacional en la mayoría de los países, lo que produjo una significativa reducción en la cantidad y magnitud de los estudios realizados. En el campo de la capacitación ocurrió algo semejante: se mantuvo activa en gran medida la capacidad institucional para formación de postgrado en demografía y en estudios de población, pero, a causa de la crisis institucional se redujo el número de becas y los capacitados no siempre encontraron donde aplicar sus nuevos conocimientos.

II.1.2 Avances y retrocesos después de la CIPD

i) *En el ámbito institucional*

La situación a mediados de 1998, con base en las respuestas de 22 países a la encuesta del FNUAP sobre la experiencia acumulada desde la CIPD, era la siguiente. En nueve países no había algún organismo especial de coordinación intersectorial en materias de población; en cuatro de ellos esa entidad había existido en el pasado, pero fueron abolidas o dejaron de existir.⁵ En otros siete países permanecían instituciones establecidas con anterioridad a la CIPD, y el CONAPO de México era la más antigua (1974) y consolidada; el más reciente era el Consejo Nacional de Población de Santa Lucía, establecido en 1991, el más reciente. Es

⁴ Entre los programas de computación que han tenido más influencia en la región —todos ellos producidos o adaptados por el CELADE— cabe destacar el lanzamiento de REDATAM (1987), que permitió por primera vez procesar información censal a nivel de áreas pequeñas, y la entrega de REDATAM PLUS (1992) que agrega el sistema de información geográfica, haciendo posible la presentación de la información en mapas.

⁵ El caso más elocuente es Ecuador, donde desde 1978 el Consejo Nacional de Desarrollo era la institución responsable en este campo, que creó en 1982 su Unidad de Población, que en el período 1984-1992 se convirtió en Dirección, contando con una docena de funcionarios. El Proyecto de Modernización de el período 1992-1996 redujo esta unidad a un técnico, que se integró luego a la Dirección General de Desarrollo Social. En 1996 el CONADE perdió la facultad de fijar la política de población del país, que ahora es privativa del Presidente de la República, y ahora no existe una instancia institucional que coordine los aspectos poblacionales.

importante destacar que, en el caso de México, se consolidó durante la presente década la descentralización institucional mediante la creación de los Consejos Estatales de Población (COESPO), dependientes directamente del Gobernador de cada estado, en los 31 estados del país y en el Distrito Federal.

Seis países crearon nuevas instituciones o nuevos arreglos institucionales que rescataron en parte lo que ya existía. Se trata en algunos casos de iniciativas que aún no están operando, como la Dirección de Población creada en el Ministerio del Interior del Paraguay. En otros casos se crearon nuevos arreglos institucionales, con la intención de hacerlos más operativos que los anteriores. Así, en Panamá el Gabinete Social asumió la responsabilidad directa de los asuntos de población a nivel político en reemplazo de la Comisión Nacional de Política Demográfica, creada en los años setenta y que por largo tiempo estuvo inactiva, e integró a su secretaría técnica el Comité Técnico de Población que fue creado con anterioridad. Del mismo modo, Perú abolió en 1996 el CONAPO, que había sido creado en 1980, y estableció una unidad responsable por el Programa de Población en el Ministerio de Promoción de la Mujer y de Desarrollo Humano (PROMUDEH). Se aprecian avances significativos en Brasil y en Nicaragua. En 1995 Brasil estableció su Comisión Nacional de Población y Desarrollo, con representantes de diez instituciones gubernamentales y de ocho organizaciones civiles, entre ellas varias organizaciones de mujeres. Nicaragua creó en 1997 una nueva Comisión Nacional de Población, de alto nivel, vinculada al Gabinete Social y con su propia Secretaría Técnica, cuya principal función es coordinar la aplicación de la Política Nacional de Población (véase el recuadro). Otro importante desarrollo ocurre en Jamaica, que está en proceso de reemplazar el Comité Intersectorial Coordinador de la Política de Población por una Comisión de Población y Desarrollo que, si bien mantendrá un carácter técnico, cubrirá el amplio ámbito del desarrollo sustentable.

ii) Políticas y programas nacionales de población

Son muy pocos los países de la región que en la actualidad tienen políticas o programas nacionales de población que trasciendan el ámbito específico de la salud reproductiva y definan objetivos y estrategias en relación con la dinámica poblacional y su incidencia en los procesos de desarrollo. De los veintidós países de la región que contestaron la reciente encuesta del FNUAP, sólo cinco declararon tener una política explícita en este campo. México es la única país que ha mantenido su política de población vigente y activa desde 1974, la que es ejecutada por medio de su Programa Nacional de Población 1995-2000, que incluye objetivos y lineamientos de acción no sólo en planificación familiar y salud reproductiva sino también en ámbitos tales como la distribución territorial de la población y la migración interna, así como en el campo de las relaciones entre la población, el medio ambiente y el desarrollo sustentable. El Programa contempla expresamente entre sus objetivos "reforzar la consideración explícita y la integración de los objetivos y criterios demográficos en la estrategia económica y de desarrollo, en la planeación social y ambiental, en los programas de combate a la pobreza y, en general, en los diversos niveles gubernamentales de decisión y ejecución".

Los otros países que tienen una política explícita de población son Nicaragua (véase el recuadro), Trinidad y Tobago —cuya Política Nacional de Población, después de un prolongado

proceso de elaboración y consulta coordinado por el Consejo Nacional de Población, fue aceptada por el Gobierno en octubre de 1996, Jamaica, que revisó y ratificó su Política de Población en 1995 y la adecuó plenamente a las orientaciones de la CIPD, y Perú —que formuló su Plan Nacional de Población para el período 1998-2000. En todos estos casos, aunque se mencionan objetivos y estrategias de distribución espacial de la población y migraciones internas —incluyendo en el caso de Perú a los desplazados—, el foco de la política está en salud reproductiva y planificación familiar.

Todas estas políticas de población fueron concebidas para contribuir o facilitar el logro de objetivos de desarrollo, en especial la reducción de la pobreza y el cierre de las brechas de género. Si bien en ellas se suele mencionar al desarrollo sostenible como objetivo último, ello no quiere decir que fuesen formuladas en el marco de una estrategia nacional con ese propósito.

Si bien la migración internacional sigue teniendo importantes efectos demográficos, económicos, sociales —e incluso políticos— en numerosos países de la región, como se vio en el capítulo primero, las políticas de los países en este campo no siempre son explicitadas o incluidas por los gobiernos como parte integral de sus políticas de población. Este comportamiento parece responder a la alta sensibilidad política del tema y a que corrientemente se enmarcan en relaciones bilaterales, con frecuencia entre países vecinos.

Los cambios políticos ocurridos en Europa del Este a fines de los años ochenta y principios de los noventa impulsaron a algunos países de la región a atraer recursos humanos calificados desde esos países. Venezuela inició en 1992 un programa para reclutar, en forma coordinada con empleadores del sector privado, cincuenta mil técnicos de esos países. Se estableció la Comisión Presidencial para la Inmigración Selectiva (COPRISE) que operó directamente con las embajadas venezolanas en Europa Oriental. El resultado fue muy magro, ya que se llegó a reclutar no más de veinte personas. Ese mismo año, Argentina anunció su disposición de admitir hasta trescientos mil inmigrantes provenientes de la antigua Unión Soviética y de Europa Central y del Este en un plazo de tres años, siempre que trajeran capital para instalarse o que la Unión Europea les diera apoyo financiero (United Nations, 1998). Los resultados fueron limitados, pues no más de trescientos migrantes arribaron en el marco de este programa, debido a que ellos no contaban con los recursos necesarios para el viaje ni el capital requerido por el gobierno argentino para instalarse.

LA POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN DE NICARAGUA

A comienzos de los años noventa el gobierno de Nicaragua asignó al Gabinete Social, coordinado por el Ministerio de Acción Social, la responsabilidad de formular la Política Nacional de Población, tarea que culminó en junio de 1996 con la publicación del documento correspondiente. La política, elaborada por la Comisión Nacional de Población, que está integrada por representantes del Estado y de la sociedad civil, sobre la base de 17 directrices dadas por el Gabinete Social, incorporó las recomendaciones fundamentales contenidas en el Programa de Acción de la CIPD. El proceso de formulación incluyó la realización de diagnósticos, la construcción de escenarios demográficos y la discusión de sus implicaciones para el futuro desarrollo del país por el Gabinete Social, ejercicio que permitió identificar como escenario más deseable y factible para "un desarrollo económico y social sostenido, equitativo y sustentable..." al que asume la proyección media de población, la trayectoria de urbanización moderada en cuanto a su ritmo, con desconcentración progresiva del sistema urbano. El proceso incluyó consultas con la sociedad civil en varios departamentos. La política adoptó objetivos y estrategias tanto en relación con mortalidad y comportamiento reproductivo, como con urbanización y distribución espacial de la población. En el primero de estos campos la política incluyó entre sus objetivos el reducir significativamente la incidencia de embarazos de adolescentes; desarrollar en hombres y en mujeres desde el comienzo de su vida la capacidad de amar, de relacionarse con mutuo respeto y de ejercer la sexualidad con fidelidad y responsabilidad; elevar significativamente la edad de iniciación de las uniones; reducir a un mínimo la frecuencia de embarazos no deseados y del recurso al aborto inducido, y también aumentar significativamente la participación de los hombres. En cuanto a la distribución espacial los objetivos fueron reducir la primacía urbana de Managua fortaleciendo las ciudades intermedias, promover la concentración de la población rural dispersa, reducir la presión migratoria sobre la frontera agrícola y otras ambientalmente vulnerables, y potenciar el desarrollo de la macrorregión central. Esta política fue ratificada el 5 de mayo de 1998.

Fuente: Gobierno de Nicaragua, Gabinete Social, Política Nacional de Población. junio de 1996 y Política Nacional de Población, mayo de 1998.

Los procesos de integración económica subregional plantearon la necesidad de facilitar y regular la migración de los recursos humanos en estos nuevos espacios. Un paso significativo es el "Acta de la Paz" de 1990, firmada por los presidentes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, la que suprimió el requerimiento de visa para los movimientos de sus nacionales entre esos países y creó para tal efecto un pasaporte andino.

Ese mismo año, en el marco de la CIECA, se creó la Organización Centroamericana para la Migración. El tema ha sido estudiado también por los países que integran el MERCOSUR (United Nations, 1998).

iii) Integración de la dimensión poblacional en el diseño y aplicación de políticas públicas y estrategias de desarrollo

El Programa de Acción adoptado por la CIPD incluye entre sus objetivos "...integrar plenamente los factores demográficos en las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles...", para lo cual "...a nivel internacional, regional, nacional y local, las cuestiones de población deben integrarse en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de todas las políticas y programas relativos al desarrollo sostenible". Y agrega: "las estrategias de desarrollo deben

reflejar de manera realista las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la dinámica de la población..." (CIPD párr. 3.4 y 3.5). El cumplimiento de este ambicioso objetivo ha encontrado serios obstáculos en la región, hecho que, sin embargo, no ha impedido algunos progresos significativos.

Integración en las estrategias de desarrollo

No obstante el compromiso contraído por los gobiernos de la región en la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, 1992) con el concepto de "desarrollo sostenible" y de que varias naciones crearon marcos institucionales para implementarlo⁶, los escenarios políticos de la región no fueron favorables para su traducción en estrategias integrales de desarrollo con visión de mediano y largo plazo.

La ausencia de estrategias integrales en la mayoría de los países fue suplida en parte por la adopción de estrategias, políticas o planes de acción multisectorial para promover el desarrollo social y combatir la pobreza. Algunas agencias internacionales —en particular la UNICEF, el PNUD, el Banco Mundial y el BID— dieron un apoyo valioso al financiar la realización de encuestas y estudios, así como la elaboración —con significativa participación de las organizaciones de la sociedad civil— de estrategias y planes de acción en este campo.

A pesar de las estrechas conexiones existentes entre la dimensión poblacional y el desarrollo social y la pobreza, esta dimensión ha estado con frecuencia ausente en los estudios de diagnóstico y de estrategias. Una excepción es Perú, que consideró explícitamente la falta de acceso de los pobres a los servicios de salud reproductiva como un componente importante de la desigualdad social y ha incluido la planificación familiar en sus programas para reducir la pobreza. Jamaica también ha considerado los programas de población en su política de erradicación de la pobreza. Panamá y Nicaragua son ejemplo de países que incluyeron sus programas o políticas de población en sus políticas de desarrollo social.

Las principales limitaciones mencionadas por los países en la encuesta del FNUAP para una mejor integración de la dimensión poblacional son: insuficiente capacidad institucional, carencia o insuficiencia de información y datos, limitados recursos financieros y falta de conciencia o de comprensión de las interrelaciones entre población y desarrollo por los actores sociales y políticos involucrados en el diseño y aplicación de las políticas públicas. Se agrega la sensibilidad política del tema, debida a la activa oposición, en varios países de la región, de la Iglesia Católica —o de grupos vinculados a ella— a la provisión de métodos artificiales de planificación familiar y a planes de educación sexual. Esta sensibilidad aumentó considerablemente en la época de la CIPD y aún se mantiene alta. Si bien las resistencias se refieren a los dos aspectos específicos ya señalados, la sensibilidad política generada afecta a todos los temas de población.

⁶ Bolivia creó el Ministerio de Desarrollo Sostenible; varios países han establecido Consejos Nacionales de Desarrollo Sostenible al más alto nivel, en muchos casos con participación del sector privado y de organizaciones civiles (Barbados, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guyana, México, Nicaragua, Panamá) y otros consideran su creación (Argentina, Paraguay).

Integración en el plano de políticas y programas sectoriales

Las proyecciones de población y las derivadas en los campos de salud, educación, empleo, seguridad social, vivienda e infraestructura urbana y de transportes son un insumo indispensable para estimar la magnitud de las necesidades y demandas a las que es necesario responderse y, en consecuencia, el volumen de recursos que corresponderá movilizar.

En los países cuya transición demográfica está relativamente más avanzada —y en los que existe creciente interés por conocer mejor las implicaciones sociales y económicas del envejecimiento de sus poblaciones— se han hecho estudios para conocer la forma en que los factores demográficos, especialmente el envejecimiento individual y el poblacional, afectan al financiamiento y la rentabilidad de sistemas alternativos de seguridad social, en particular los convencionales de reparto y los nuevos, basados en capitalización individual. Estos estudios, que operan con perspectivas de largo y muy largo plazo, son trascendentales para el debate público y la adopción de políticas en este campo (CEPAL/CELADE/BID, 1996).

Los nuevos programas de computación que permiten el uso de la información censal con gran flexibilidad y niveles variables de desagregación, y su combinación con información procedente de otras fuentes (encuestas, registros vitales, estadísticas de servicios) facilitaron la identificación social y territorial de los sectores más vulnerables, y se convirtieron de esta manera en instrumentos de gran utilidad para la priorización en la asignación de recursos y la focalización en la entrega de servicios subvencionados por el Estado.

Integración local en el marco de la descentralización

Los procesos de descentralización de la administración pública desarrollados por la mayoría de los países de la región involucran una gran variedad de responsabilidades para las autoridades departamentales y especialmente las municipales: recaudación de fondos, definición de políticas sociales en el plano local, administración de servicios y focalización de subsidios. Estas tareas han sido facilitadas por la disponibilidad de datos sociodemográficos a nivel local, gracias a nuevos programas de computación, como REDATAM Plus, POPMAP y también ZonPlan⁷; estas herramientas permiten el análisis desagregado incluso al nivel de manzana y su representación gráfica en mapas esquemáticos de gran precisión.

Las iniciativas que se han desarrollado en este campo escasamente cubierto son múltiples. Chile, por ejemplo, entregó bases de microdatos censales a todas las municipalidades del país.

En Honduras, la Municipalidad de San Pedro de Sula fue pionera al aplicar un sistema de información local con una amplia base de datos que, como es utilizado también por el sector

⁷ ZonPlan permite crear indicadores socioeconómicos y demográficos, que posibilitan la focalización de la población con determinadas condiciones. Incluye indicadores sobre distintos temas como la estructura de la población, nivel de educación, índice de dependencia, infraestructura de la vivienda y recientemente fue ampliado con algunos indicadores de salud reproductiva basados en información proveniente de los censos de población y de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS).

privado, permite su autofinanciamiento. El apoyo del Equipo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe permitió aprovechar las experiencias de San Pedro Sula en otros países de la subregión (Guatemala, Nicaragua y Panamá). En Brasil, instituciones como CODEPLAN y la Superintendencia de Desarrollo del Nordeste (SUDENE), donde se localizan los municipios más pobres del país, iniciaron actividades específicas de capacitación de recursos humanos para el uso de información sociodemográfica local en los departamentos de planificación de las alcaldías.

Los principales obstáculos en este campo no están en la información y los programas de computación para manejarla sino más bien en la carencia de recursos humanos debidamente capacitados para usar estos procedimientos y analizar con propiedad los resultados. Un problema planteado por la descentralización es que requiere de una base de recursos humanos mucho mayor que la que se necesita en un esquema centralizado.

Entonces, los esfuerzos se están orientando especialmente hacia la capacitación. Cabe destacar a este respecto la función cumplida por el CELADE, que durante los dos últimos años ha realizado una quincena de talleres de capacitación en el uso de REDATAM y ZonPlan, en beneficio de unos trescientos funcionarios de diversos países de la región. Recientemente ha ampliado la aplicación de estas técnicas al campo de la salud reproductiva mediante la aplicación de ZonPlan a la información censal y de la encuesta demográfica y de salud de Bolivia.

iv) Capacitación de recursos humanos

Sólo tres países de la región han llegado a ser autosuficientes en cuanto a su capacidad instalada para la formación de demógrafos y especialistas en estudios de población: Argentina, Brasil y México. Cada uno de ellos dispone de al menos dos programas de nivel de maestría y los dos últimos ofrecen además programas de doctorado. Cuba también posee una capacidad instalada, pero no la está usando plenamente. Uno de los pocos programas creados en esta década es el de la maestría en estadística con especialización en población en la Universidad de Costa Rica, iniciado en 1993. Más reciente es el Postgrado de Población y Desarrollo Local Sustentable (PYDLOS) de la Universidad de Cuenca, Ecuador, concebido para capacitar a profesionales vinculados al desarrollo regional y que participan en la gestión municipal. Cabe indicar que varios de los programas de docencia establecidos en el pasado no lograron consolidarse. En Colombia y Perú, la capacidad institucional para especialización en población a nivel de grado desarrollada en décadas anteriores se perdió alrededor de 1990. En Honduras, un programa básico de capacitación iniciado en 1989 por la Universidad Nacional Autónoma con apoyo del FNUAP, que tenía en la práctica cierta cobertura subregional, intentó iniciar en 1994 un programa de maestría agregando un segundo año de estudio, pero dejó de operar al año siguiente por falta de interés de la Universidad.⁸ En República Dominicana se inició, también con apoyo parcial del FNUAP, un programa de Maestría en Población y Desarrollo que debió cancelarse al término del primer año por falta de financiamiento. Algunas universidades de

⁸ El FNUAP y la Universidad Autónoma de Honduras estudian la reactivación de ese programa, ahora en la Facultad de Trabajo Social, que ofrecería una maestría en Demografía Social para participantes de la subregión.

Panamá y Ecuador diseñaron proyectos en este campo que tampoco se hicieron realidad. De aquí que la satisfacción de las necesidades de capacitación, en particular de aquellos países que no cuentan con sus propios centros académicos de formación en demografía y estudios de población, han dependido en gran medida de la oferta regional de capacitación. Esta ha sido brindada principalmente por el CELADE, mediante su Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico —de cuatro meses de duración y un máximo de veinte participantes por año— y de cursos cortos sobre temas o técnicas específicas.

La versión en castellano del Programa Global sobre Población y Desarrollo Sustentable del FNUAP, inicialmente radicada en el CELADE e impartida desde 1996 por la Universidad de Chile, recibe principalmente a participantes de países de la región, y ha capacitado 103 profesionales de 20 países latinoamericanos durante su primera fase y 54 durante el período 1996 -1998, mediante un curso de postítulo de nueve meses de duración.

v) *Generación de datos y manejo de información en población*

La ejecución de gran parte de las recomendaciones del Plan de Acción de la CIPD necesita información oportuna y de buena calidad para el diseño de estrategias, políticas y programas y para su seguimiento y evaluación de su impacto y también acceso a los estudios y análisis que permita utilizar el conocimiento científico acumulado y la experiencia de otros países.

Fuentes de datos básicos

Gran parte de los países de la región llevaron a cabo exitosamente sus censos de población y vivienda de la ronda de 1990⁹ y en la mayoría de los casos fueron capaces de sacar provecho de las nuevas tecnologías disponibles para producir en un período relativamente breve información de buena calidad. Doce países de América Latina hicieron preguntas que permitieron identificar a la población indígena y estudiar sus características. En cuatro casos se realizaron censos especiales de la población indígena (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela), permitiendo así un estudio más detallado de las características sociales y condiciones de vida de estas comunidades.

Como ya se señaló, las nuevas tecnologías, tanto duras como blandas, facilitaron enormemente el procesamiento de la información censal por los usuarios finales, e hicieron posible, por primera vez en la historia de los censos, una real democratización de esa información. Esta posibilidad, sin embargo, no es siempre plenamente utilizada debido a la persistencia de patrones tradicionales en cuanto al manejo de la información por las oficinas de estadística, que con frecuencia se limitan a entregar bases de datos con información ya tabulada, negando a los usuarios el acceso a la información básica, al menos hasta después de

⁹ Catorce países de América Latina levantaron sus censos de población y vivienda entre 1988 y 1993, tres lo hicieron posteriormente (Guatemala en 1994, Nicaragua en 1995 y Uruguay en 1996) y otros tres a principios de los ochenta (Cuba en 1981, Haití en 1982 y Costa Rica en 1984), conforme a la Encuesta sobre la Experiencia Censal en Aspectos Conceptuales realizada por el CELADE entre julio y agosto de 1998.

haber publicado todos los resultados. En las estadísticas vitales, en particular aquellas referidas a la mortalidad adulta, no se han observado progresos de importancia, posiblemente debido a la crisis experimentada por la gran mayoría de los sistemas de salud y demás servicios públicos en la década de los años ochenta.

Las encuestas de demografía y salud han sido una fuente de gran importancia y se convirtieron en instrumentos más útiles para la diseñar y evaluar políticas y programas sociales, debido a que en muchos casos han agrandado sus muestras, permitiendo análisis con una mayor desagregación espacial y social que en el pasado. Se han desarrollado además nuevos módulos o se introdujeron nuevas preguntas que permiten adquirir un conocimiento sólido en campos de gran relevancia para la CIDP. Así, varios países incluyeron una muestra de hombres, se trabajó con una muestra especial de adolescentes, se introdujo de manera más sistemática la dimensión de género y se ha preguntado sobre conocimiento relativo a la transmisión y prevención del VIH/SIDA. Estas encuestas dieron lugar a un grado significativo de colaboración entre las instituciones gubernamentales y las no gubernamentales, agencias internacionales —financieras y especializadas— e instituciones internacionales de asistencia técnica. Se han realizado, sin embargo, sólo en aquellos países definidos como prioritarios por las agencias donantes. Ocurre, entonces, que los países relativamente más avanzados, tanto en términos de desarrollo económico como en sus procesos de transición demográfica, carecen de información confiable sobre aspectos de mucha significación desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva (SSR), como las tasas de prevalencia en planificación familiar, las preferencias reproductivas, y las actitudes y comportamiento sexual de los(as) adolescentes. Los resultados de estas encuestas han sido de gran utilidad para este informe, principalmente en la sección sobre derechos reproductivos, salud reproductiva y equidad social.

Sistemas de documentación e intercambio de información

En las décadas de 1970 y 1980 se estableció un eficiente sistema de recolección, clasificación e intercambio de información documental, primero mediante el desarrollo del Sistema de Documentación sobre Población en América Latina (DOCPAL), creado por el CELADE en 1976 y, a mediados de los años ochenta, con la formación de la Red de Información sobre Población para América Latina y el Caribe (IPALCA), que articuló a los principales productores de información en población. IPALCA se vinculó con centros de documentación en otras partes del mundo, localizados principalmente en las comisiones regionales de Naciones Unidas, a través de la Red de Información en Población de las Naciones Unidas (POPIN). Además de la base de datos de DOCPAL, se establecieron otras ocho en diferentes centros de la región, que fueron almacenando y publicando resúmenes de documentos, preparando bibliografías especializadas y entregando copias de documentos a solicitud de los usuarios, hasta producir un CD-ROM que contiene la base regional de DOCPAL y las bases nacionales de los centros de la red.

Este sistema, centralizado en el CELADE y en otras pocas instituciones productoras de información, cuyos costos de operación son elevados, entró en crisis durante la presente década como resultado de la falta de recursos para financiarlo y, principalmente, por la emergencia de nuevas tecnologías y sistemas de comunicación, que condujeron a la expansión

de la red INTERNET, facilitando una comunicación mucho más fluida y menos estructurada que en el pasado. De aquí que, con posterioridad a la CIPD, se hayan hecho esfuerzos en la región para redefinir la red a partir del uso de sitios *web* en la red INTERNET de los productores de información, haciendo accesible su información a los usuarios primarios y secundarios. De esta manera, los usuarios secundarios, que en el pasado eran receptores de servicios generados por algunos de los productores primarios, están ahora en condiciones de participar también activamente en la producción de información y su difusión a través de esta nueva red que es abierta, ya que no está limitada a temas de población.

La capacitación es un componente fundamental de este nuevo enfoque. Un ejemplo de actividades en esta línea está en los talleres subregionales destinados a capacitar en la difusión de información sobre población mediante INTERNET, organizados por el CELADE y el Programa Centroamericano de Población (PCP) de la Universidad de Costa Rica, con el apoyo y financiamiento del POPIN, programados para fines de 1998 para Sudamérica y en febrero de 1999 para Centroamérica y el Caribe.

vi) *Para monitorear los indicadores de progreso de las metas cuantitativas de la CIPD*

En la CIPD se adoptó un conjunto de metas cuantitativas en relación con mortalidad, educación y salud reproductiva. Algunas son reiteración de compromisos adquiridos en eventos anteriores, como la Cumbre Mundial en favor de la Infancia o la Conferencia Mundial de Educación para Todos (Jontien, 1992). De aquí que el seguimiento de las metas establecidas en la CIPD coincida en medida importante con el seguimiento de compromisos previos o de compromisos contraídos por los países en eventos más recientes, como la Conferencia de Beijing o la Cumbre Social.

El seguimiento concertado de las metas adoptadas en distintas conferencias internacionales de manera coordinada y con un solo sistema integrado de indicadores sociales parece ser lo más deseable.

De los veintidós países que respondieron la encuesta del FNUAP, sólo nueve manifestaron haber desarrollado algún mecanismo para hacer el seguimiento y medir el progreso en el logro de esas metas. El mecanismo institucional más novedoso mencionado es la Oficina de Seguimiento de las Cumbres, establecida por el gobierno de la República Dominicana. Algunos mecanismos no referidos expresamente al seguimiento de los compromisos contraídos en conferencias internacionales, pero que permiten tal acción, son, por ejemplo, el Comité de Indicadores Sociales establecido en Belice y el Secretariado Técnico del Frente Social en Ecuador. El principal problema para el seguimiento de las metas no es tanto la ausencia o limitada capacidad de los mecanismos institucionales sino la falta de datos básicos de buena calidad, que permitan análisis con una adecuada desagregación social y según género. Desde este punto de vista, varios países mencionan las encuestas a intervalos regulares de demografía y salud y de condiciones de vida como instrumentos de gran utilidad para el monitoreo de las metas de la CIPD. Su ausencia constituye una seria limitación en otros países.

II.1.3 Obstáculos, desafíos y oportunidades emergentes

De las respuestas de los países a la encuesta del FNUAP se desprende que el principal obstáculo identificado para una adecuada integración de la dimensión poblacional en las políticas públicas y estrategias de desarrollo es, en primer lugar, la insuficiente capacidad institucional, que —como se ha visto en secciones precedentes— resultó de la acción combinada de los programas de ajuste estructural y de modernización del Estado. Mientras en algunos campos se originó un cierto vacío institucional, en otros, y principalmente como resultado de los intentos de descentralización, comenzó a desarrollarse una nueva base institucional, en un contexto de escasez de recursos financieros y humanos. Otro de los obstáculos mencionados por los países es la falta de conciencia o de adecuada comprensión de los funcionarios de gobierno y de los actores políticos y sociales sobre las interrelaciones de la dinámica poblacional con los procesos de desarrollo, lo que se combina con una falta de compromiso político.

Por último, la falta de datos, junto con la ausencia o debilidad de los mecanismos de monitoreo y evaluación, son identificados también por algunos países como obstáculos importantes. El examen de la situación hecho a lo largo de esta sección y las respuestas que los gobiernos dieron a la encuesta del FNUAP permiten identificar algunas oportunidades emergentes:

- El establecimiento de instituciones o foros que buscan una mayor coordinación intersectorial en el ámbito del desarrollo social o humano y del desarrollo sostenible, y que ofrecen la oportunidad de insertar los temas, políticas y programas de población en la corriente central de las políticas públicas y en la agenda de los gobiernos.
- Los procesos de descentralización, que abren oportunidades y, al mismo tiempo, plantean grandes desafíos.
- La realización periódica en numerosos países de encuestas periódicas de hogares, con énfasis en nivel de vida y pobreza, que ofrecen la oportunidad de incluir también preguntas sobre variables de población, permitiendo integrar de manera sistemática la dimensión poblacional en el monitoreo y estudio de la pobreza y del nivel de vida de la población.
- El gran potencial de la red INTERNET para intercambiar información y documentación y para las actividades de capacitación a distancia.

II.2 Equidad de género y habilitación de las mujeres

En la década de 1990 ha continuado con vigor creciente la toma de conciencia pública sobre la discriminación histórica contra la mujer en las naciones de América Latina y el Caribe, así como los esfuerzos sistemáticos por superar esta situación mediante cambios en el ámbito jurídico, el establecimiento de instituciones gubernamentales y no gubernamentales y la

adopción de políticas, planes y programas destinados a mejorar la condición de las mujeres, en especial de aquellas que viven en pobreza. Entre los avances conseguidos cabe reiterar los señalados en el capítulo primero: las crecientes tasas de escolaridad en la población femenina infantil, adolescente y joven —que en la mayoría de los países son superiores a las de los varones—, la sostenida incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y la reducción de la brecha de género en salarios e ingresos para ocupaciones similares.

La sociedad civil, en particular las organizaciones de mujeres, potenciadas por los avances en la democratización ocurridos en la región, han jugado un papel crucial en este proceso, orientado por dos banderas que obtuvieron gran respaldo en la Conferencia de El Cairo: la de la habilitación de las mujeres y la de la equidad de género. Habilitación ha significado, por una parte, legitimar a las mujeres en su participación en pie de igualdad con los hombres en todas las esferas de la vida social y, por otra, el fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político por sus reivindicaciones en cuanto a igualdad de derechos e igualdad efectiva de oportunidades. El concepto de igualdad de género va más allá de la igualdad de derechos y oportunidades y apunta a sustituir las relaciones tradicionales de dominación por relaciones de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos; implica, por tanto, una profunda transformación cultural que redefine los patrones de interacción entre mujeres y hombres al interior de la familia, en la escuela, en el trabajo, y en la vida cultural y política, flexibilizando los roles sociales de género y asumiendo la diversidad sociocultural en un marco de equidad.

Las conferencias mundiales realizadas en la presente década, en particular la Cumbre Mundial de la Infancia (1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), la propia CIPD (1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995) y de manera muy especial la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) contribuyeron decisivamente a potenciar las demandas de la sociedad civil en cuanto a habilitación de las mujeres y equidad de género, y a traducirlas en agenda y compromiso público de los gobiernos. De aquí que el examen de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD en este campo considere que no es el único referente que tuvieron los gobiernos y la sociedad civil al definir sus políticas y programas en relación con la condición de la mujer y la equidad de género.

i) Medidas tomadas por los gobiernos para proteger los derechos de las mujeres y promover su habilitación

Los veintitrés países que respondieron la reciente encuesta del FNUAP sobre experiencias en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD declararon haber tomado medidas de cierta envergadura en relación con los derechos y la habilitación de las mujeres. Estas medidas resultaron en la promulgación de leyes y adopción de políticas en relación con la mujer y en el establecimiento de instituciones o mecanismos destinados a aplicarlas.

Algunos países crearon ministerios o secretarías de estado para que tuvieran a su cargo los asuntos relativos a la mujer. Entre ellos cabe mencionar a Perú, que en 1996 estableció el Ministerio de Promoción de la Mujer y de Desarrollo Humano, encargado también de los asuntos de población; Panamá, que en 1997 creó el Ministerio de Juventud, Mujer, Niñez y

Familia; República Dominicana, que transformó la Dirección General de Promoción de la Mujer, creada en 1982, en Secretaría de Estado de la Mujer; Guyana, que cuenta con un Ministerio de Asuntos de la Mujer, y Bolivia, que estableció —dentro del Ministerio de Desarrollo Humano— el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y de Familia. Paraguay, por su parte, cuenta con una Secretaría de la Mujer desde 1993; Chile tiene desde 1990 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), cuya directora tiene rango de ministro de Estado, y Jamaica dispone de una Oficina para Asuntos de la Mujer.

Otros países (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua) optaron por establecer o fortalecer Institutos Nacionales de la Mujer u otros organismos equivalentes que, si bien tienen menor rango que los ministerios o secretarías de Estado, suelen estar abiertos a la participación de instituciones de la sociedad civil. Con este propósito Ecuador creó en 1997 el Consejo Nacional de Las Mujeres, que sustituyó a la anterior Dirección Nacional de la Mujer.

Hay una estrecha conexión entre el establecimiento de instituciones y la adopción y ejecución de políticas y programas en este campo. En México la relación es más estrecha, pues en 1996 se estableció la Coordinación General del Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. Algunos países diseñaron una política nacional para la mujer (El Salvador, Jamaica). En otros casos se optó por un "Plan Nacional Mujer y Desarrollo" (Panamá y Perú).

Búsqueda de igualdad de oportunidades

Si bien la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, en particular en materia de educación y trabajo, es un objetivo importante en todas estas políticas y planes, en varios casos todo el plan o el programa de acción se estructuraron en torno a este objetivo. Así, varios países —entre ellos Costa Rica, Guyana y Paraguay— prepararon y adoptaron planes o programas nacionales de "igualdad de oportunidades".

Medidas para reducir la violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual

En años recientes la gran mayoría de los países de la región legisló sobre la prevención y sanción de la violencia intrafamiliar, haciendo especial referencia a la violencia ejercida por ambos padres contra sus hijos menores y por los hombres contra sus esposas o convivientes. La "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer" (1995) es un hito importante en este camino. Dieciséis países (Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y Venezuela) de los veintitrés que respondieron la encuesta del FNUAP sobre su experiencia después de la CIPD adoptaron o perfeccionaron su legislación en este campo. Los países del Caribe se beneficiaron con el modelo de legislación preparado por el CARICOM.

En ciertos casos esta legislación se aplicó mediante el establecimiento de tribunales de familia (Santa Lucía); comisarías o cuerpos especiales de policías entrenados para atender en forma apropiada denuncias de violencia intrafamiliar (Nicaragua, República Dominicana);

fiscalías especiales para la mujer y el menor desprotegido (Honduras), y centros municipales de defensa del niño y del adolescente, como los establecidos en Perú, donde el municipio, las escuelas, las organizaciones religiosas y ONG trabajan de manera coordinada. Uruguay estableció una Comisión Interministerial para abatir la violencia familiar y Paraguay adoptó el Plan Nacional de Prevención y Sanción de la Violencia hacia la Mujer. La ley boliviana contra la violencia en la familia tiene en cuenta y respeta la diversidad etnocultural, pues establece que las autoridades de las comunidades indígenas y campesinas son competentes para resolver los casos de violencia intrafamiliar de acuerdo a sus usos y costumbres, siempre y cuando tales normas y procedimientos no sean contrarios a la Constitución ni al espíritu de dicha ley (CRLP y DEMUS, 1997).

Al menos tres países del Caribe —Belice, Jamaica y Trinidad y Tabago— y seis de América Latina —Argentina, Colombia, Ecuador, El Salvador, México y Perú— legislaron o adoptaron lineamientos de política para prevenir y sancionar el acoso sexual. Debe mencionarse que en este campo se avanzó menos que en el de la violencia intrafamiliar.

En cuanto a legislación sobre violencia sexual contra las niñas, una evaluación reciente realizada por una organización de mujeres en cinco países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú) concluye que en tres de ellos se han hecho avances después de la CIPD y que en los dos restantes se está tramitando nueva legislación; sin embargo, en al menos cuatro de ellos persisten insuficiencias reglamentarias. Esta evaluación concluye que "El tema requiere una preocupación permanente en cuanto a precisar los procedimientos y normas, ya que a ese nivel emergen sesgos de género que tienen su origen en la cultura aún prevaleciente y que muchas veces revictimiza a las niñas afectadas" (RSMLAC, 1998).

COSTA RICA: EJEMPLO DE UN ENFOQUE INTEGRADO

A partir de 1994 se crearon las *Oficinas Ministeriales y Sectoriales de la Mujer* en nueve organismos del Gobierno Central y en seis instituciones descentralizadas. En mayo de 1998 se formalizó la creación del *Instituto Nacional de las Mujeres* (ex Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia), dirigido por la Ministra de la Condición de la Mujer. Este sistema integrado de instituciones promueve y coordina —en lo relativo a la mujer y la equidad de género— la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998 y la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing, lo que se expresa en tres planes nacionales:

Plan Para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (PIOMH-1996) que persigue:

- * Lograr una planificación de género a largo plazo mediante una campaña estratégica para la difusión popular del PIOMH.
- * Incorporar la perspectiva de género en el diseño de políticas en el sector agropecuario y ambiental, auspiciando el mejoramiento de las condiciones de la mujer rural e igualdad de oportunidades en su medio.

Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOFI)

- * Aplicación del modelo de Atención Integral a personas afectadas por violencia intrafamiliar.
- * Descentralizar la atención mediante la creación de 6 oficinas de capacitación con su respectiva red institucional en sectores más afectados.
- * Realización de campañas de información y educación y puesta en marcha de servicios de línea telefónica y orientación gratuita.
- * Capacitación de funcionarios del Poder Judicial y de la policía.
- * Creación de albergues para mujeres agredidas.

El Eje Mujeres del Plan Nacional de Combate a la Pobreza (PNCP).

Se busca atender de manera integral a las mujeres en situación de pobreza, en particular a las que son jefas de hogar mediante tres componentes básicos:

- * subsidio a asignación familiar temporal
- * capacitación técnica
- * talleres de formación humana.

Además, se realizan diferentes programas específicos impulsados por el Instituto Nacional de las Mujeres:

Programa de Promoción de la Ciudadanía Activa de las Mujeres, iniciado en 1995 con el objetivo de promover el liderazgo de las mujeres y su acceso a puestos de decisión.

Programa de Mujeres Adolescentes, que impulsa el desarrollo integral de las adolescentes y la superación de las desigualdades entre los géneros. Este último programa es complementario al *Programa de Atención*

Integral al Adolescente (PAIA), iniciado en 1989 en el marco del sistema de salud, y centrado en atención en salud sexual y reproductiva. El PAIA provee también educación y capacitación y entrega información y orientación mediante una línea telefónica gratuita. El Programa opera mediante una Red Nacional de Adolescentes con una Comisión Nacional, 7 comisiones regionales y alrededor de 50 grupos locales.

Fuente: Informe de Costa Rica a la Reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, CEPAL, Aruba, mayo de 1998, y respuesta de Costa Rica a la Encuesta sobre experiencia de los países desde la CIPD, julio de 1998.

Hacia una mayor participación política

En el plano político institucional, numerosos países (entre ellos Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela) incorporaron en años recientes a su legislación electoral disposiciones tendientes a asegurar un mínimo de participación de mujeres entre los candidatos a elecciones populares. Esta participación mínima llega a un 40% en Costa Rica y fluctúa entre un 20 y un 30% en los demás países. Costa Rica fue pionero con su Programa de Promoción de la Ciudadanía Activa de las Mujeres, iniciado en 1995 (véase el recuadro).

ii) Medidas gubernamentales para promover la participación activa de las mujeres en la planificación, gestión y monitoreo de los servicios de salud reproductiva

Parte importante de la habilitación de las mujeres —principales, si bien no únicas, beneficiarias de los servicios de salud sexual y reproductiva— se relaciona con su participación en el diseño de las políticas, planes y programas en este campo, y en su gestión y seguimiento. Esta participación es individual (mujeres) o colectiva (organizaciones de mujeres) y puede darse desde el programa mismo o desde la comunidad, como acción fiscalizadora de la eficiencia en la gestión, de la calidad de los servicios y del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de usuarios y usuarias. Como lo hace notar un informe nacional, más importante que la mera participación de las mujeres —que suele ser muy alta en los servicios de salud de la región— es que esa participación asegure que se aborden los temas que son de preocupación de las mujeres desde su propia perspectiva. En sociedades muy heterogéneas, como las de América Latina y el Caribe, donde las beneficiarias más vulnerables y dependientes de los servicios públicos de SR son las mujeres pobres, adultas y adolescentes, el espíritu de El Cairo da importancia a la participación de organizaciones que representen sus intereses.

La situación en este campo, vista a partir de las respuestas dadas por los países a la encuesta del FNUAP es la siguiente. Nueve países no tomaron medidas después de la CIPD para fortalecer la participación de las mujeres y sus organizaciones en la planificación, gestión, y monitoreo de los servicios de salud reproductiva. Estas respuestas, por cierto, no implican que la situación era tan buena en 1994 que no fue necesario tomar acciones ulteriores para cumplir los compromisos del Programa de Acción. Cinco de los países que señalaron haber tomado alguna acción en este campo se refieren sólo a la presencia de mujeres en cargos directivos en los programas de salud en general y de salud reproductiva en particular, o a que han adoptado una política amplia tendiente a una mayor participación de las mujeres en la gestión pública, sin mencionar mecanismos específicos de participación. Ocho países reportaron tener mecanismos institucionales que aseguran la participación de organizaciones no gubernamentales de mujeres en el diseño y planificación de las actividades en el campo de salud reproductiva, o al menos en la vigilancia de su aplicación.

Algunos ejemplos de esta participación son: la Comisión Intersectorial de Mujeres en Salud, inserta en el Consejo Nacional de Salud de Brasil, establecida en 1997 y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva de México, del que forman parte seis ONG. En Uruguay participan ONG de mujeres en la Comisión Asesora que norma la provisión de

servicios de salud reproductiva y la promoción del programa está a cargo de mujeres de la comunidad. En Venezuela algunas organizaciones de mujeres han colaborado en la elaboración de las normas y en las redes intersectoriales de salud; grupos de mujeres adolescentes contribuyen en el diseño y vigilancia del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Precoz. La Secretaría de la Mujer en Paraguay capacitó y movilizó a organizaciones civiles de mujeres para promover la demanda y vigilar la aplicación de los servicios de salud reproductiva.

Otros países están diseñando los mecanismos correspondientes, pero al momento de sus reportes (mediados de 1998) no habían aplicado las medidas tendientes a una mayor participación de las mujeres organizadas en el campo de la salud reproductiva. Es el caso de Perú, cuyo Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar contempla el monitoreo local por ONG de mujeres. El Ministerio de Salud de Panamá decidió la participación de organizaciones civiles de mujeres en la preparación del Plan Nacional de Acción en Salud Sexual y Reproductiva.

Si bien en la mayoría de los casos se trata de iniciativas aún incipientes no aplicadas a gran escala o no evaluadas, los ejemplos evidencian que existe la voluntad de avanzar hacia modalidades más participativas de gestión e aplicación de los programas de salud reproductiva, abriendo espacios para un protagonismo efectivo de las mujeres organizadas, no sólo en el planteamiento de reivindicaciones sino también en la aplicación de las soluciones. No obstante, este proceso ha encontrado ciertos obstáculos. Uno de ellos es la resistencia a cambiar la modalidad tradicional vertical de planificación y administración de los servicios, que excluye a las instituciones de la sociedad civil en estos procesos, o que las incluye sólo en forma aparente, sin efectiva transferencia de poder en la toma de decisiones y en la vigilancia y fiscalización de la prestación de los servicios. Otro obstáculo es la reticencia de las ONG de mujeres para colaborar con un gobierno cuya posición en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo educación sexual y planificación familiar, no comparten. Del mismo modo en algunos casos ha existido reticencia del gobierno a involucrar a ciertas ONG o a organizaciones que las agrupan.

iii) *Medidas tomadas por los gobiernos para motivar y habilitar a los hombres a asumir su responsabilidad en su comportamiento sexual y reproductivo*

El PA de la CIPD establece que: "*Debería hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, maternal e infantil; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados*". (CIPD 4.27), ciertamente un desafío importante para los países de la región debido principalmente a resistencias socioculturales que surgen del patrón dominante de masculinidad y de relaciones de género que ha prevalecido desde tiempos de la colonia en la región.

La gran mayoría de los países que contestaron la reciente encuesta del FNUAP (18 de 22) declararon haber tomado medidas para cumplir los compromisos tomados en El Cairo en este campo. En casi todos los casos esas medidas se refieren a acciones o programas de

información y educación. Algunos países dieron pasos significativos en el ámbito legal. Los avances en este último campo corresponden principalmente a legislación que promueve la paternidad responsable, estableciendo igualdad de derechos de los hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio, autorizando y facilitando el uso de la más avanzada tecnología (prueba del ADN) para establecer la filiación biológica y haciendo más expeditos y efectivos los juicios por pensión de alimentos. Entre los países de la región que han hecho avances recientes en este campo están Brasil, Chile, Costa Rica, Nicaragua, Venezuela y Uruguay.

En el campo comunicacional y educativo, la gran mayoría de los países mencionaron los programas nacionales de educación sexual con enfoque de género como medidas destinadas a fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad y la paternidad. Se trata, sin embargo, de intervenciones que normalmente no llegan a la población masculina adulta. Esta ha sido objeto de acciones educativas que utilizan estrategias variadas, entre las que cabe mencionar el Programa Nacional de Maternidad y Paternidad Consciente de Cuba, que educa conjuntamente a las mujeres y a sus parejas, con perspectiva de género, en aspectos relativos a sexualidad, salud reproductiva, planificación familiar, estimulación prenatal, parto, lactancia y estimulación temprana de los hijos. En Paraguay, el programa de educación en salud reproductiva y planificación familiar para el contingente de las Fuerzas Armadas (casi 25 mil miembros regulares y 15 mil reclutas anuales) y de la Policía Nacional (alrededor de 20 mil miembros, hombres en su gran mayoría). En República Dominicana, la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, centran la atención en los hombres; no obstante —según lo reconoce el informe nacional— el enfoque de equidad de género no está aún plenamente incorporado en los contenidos de las campañas ni en sus materiales educativos. Por último, es dable mencionar los programas de apoyo a los hombres (*Male Support Programmes*), con oferta de información, educación, consejería y servicios, organizados por el Ministerio de Cultura y Asuntos de Género de Trinidad y Tabago, con la colaboración de organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como el programa implementado en Jamaica que ofrece consejería y servicios a los padres adolescentes (*Baby fathers*).

Algunos países realizaron campañas destinadas a crear conciencia pública sobre el tema (Belice, El Salvador). Al menos un país —Nicaragua— estableció recientemente como objetivo explícito de su política de población: "aumentar significativamente la participación masculina en la toma de decisiones reproductivas y en la práctica de la planificación familiar ...", estableciendo como indicador de éxito el incremento en la proporción de parejas que optan por un método masculino de anticoncepción (vasectomía, condón). Sin embargo, en la revisión de la política efectuada en 1998 por el actual gobierno, se mantiene el objetivo general, pero ya no se hace mención de este indicador, que implicaba una línea concreta de trabajo con resultados a nivel de comportamiento y no sólo de opiniones o actitudes.

Estudiando la masculinidad

Si bien lo hecho hasta ahora en algunos países es incipiente y a menudo experimental, en el campo de la investigación social se avanzó significativamente hacia un mejor

conocimiento de la forma en que se expresa la masculinidad y cómo los hombres viven su sexualidad y su paternidad en los diversos contextos culturales. Al menos dos países han realizado encuestas para conocer mejor las actitudes y comportamiento de los hombres: Jamaica introdujo un módulo sobre el tema en su encuesta periódica de salud reproductiva y en 1997 Costa Rica realizó su Encuesta Nacional de Masculinidad, Sexualidad y Paternidad Responsable.

Los estudios sociales pasaron de una perspectiva etnográfica a otra más global y útil para el diseño de políticas. Se confirmó "que existe un modelo patriarcal hegemónico" de la masculinidad, incorporado en la subjetividad de los hombres y de alguna forma constituye parte de la identidad masculina e impone mandatos que señalan a hombres y mujeres lo que se espera de ellos y de ellas, y es el referente con el que se comparan y son comparados los hombres, así como una fuente de tensión y conflictos al querer diferenciarse de él".

Al menos en 15 países de la región se comprobó una conciencia creciente sobre las consecuencias negativas —para las mujeres y para los propios hombres— del modelo tradicional de masculinidad y sus mandatos socioculturales; se aprecia el surgimiento de opciones alternativas de masculinidad que incorporan entre otras cosas la expresión del afecto y la emocionalidad por los varones, la importancia del tiempo libre y la participación en actividades consideradas tradicionalmente femeninas de la reproducción y el hogar. Estos nuevos paradigmas de ser hombre son consistentes con un enfoque de igualdad de género (IPPF, 1998).

En busca de compartir y profundizar los resultados de estos estudios y usarlos para el diseño de políticas y programas se efectuaron encuentros destinados a potenciar los trabajos en este campo. Al respecto cabe mencionar la Conferencia Regional sobre La Equidad de Género en América Latina y el Caribe: Desafíos desde las Identidades Masculinas —con participantes de nueve países de la región y de los Estados Unidos— realizada en la sede de la CEPAL en junio de 1998, y organizada conjuntamente por FLACSO, el FNUAP y la Fundación Ford, y el Simposio sobre Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas, organizado en octubre de 1998 en Oaxaca, México, por IPPF y AVSC, en el que se aprobó una Declaración de Hombres Contra la Violencia contra la Mujer.

Los hombres se organizan

Mientras las organizaciones de mujeres son ya antiguas, numerosas y poderosas, recién en los últimos años comenzaron a surgir grupos de hombres que se organizan para ayudarse mutuamente y promover un cambio profundo en el paradigma de la masculinidad, sustituyendo el modelo tradicional de dominación por uno que se basa en esquemas de cooperación y compañerismo.¹⁰

¹⁰ En RSMLAC (1998) se identifican las siguientes organizaciones de hombres: CISTAC en Bolivia; el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (CORIAC) en México; la Casa de la Masculinidad en República Dominicana; y Puntos de Encuentro y el Grupo de Hombres contra la Violencia en Nicaragua.

iv) *Papel de las organizaciones de mujeres en el campo de la equidad de género y la habilitación de las mujeres*

Gran parte de los avances conseguidos en el campo de la igualdad de género y la habilitación de las mujeres fueron obra de las organizaciones de mujeres, incluidos los avances en el campo de la masculinidad y de la activa participación y compromiso de los hombres en la promoción de la igualdad de oportunidades, como también en la transformación cultural que implica el paso de relaciones de dominación a relaciones de cooperación.

Las organizaciones de mujeres jugaron un papel preponderante en los cambios en la legislación, el desarrollo institucional y la adopción de políticas, planes y programas analizados en esta sección, en particular los logros en materia de igualdad de oportunidades, de combate a la violencia sexual y doméstica y de participación política. La forma en que se ha dado esta participación será analizada más adelante, en el examen de la participación de la sociedad civil en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

II.3 **Derechos reproductivos, salud reproductiva y equidad social**

i) *Avances en la legislación, las políticas y los programas de salud*

Los derechos reproductivos, en particular "*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 éstos y a disponer de la información y de los medios para ello*" (Naciones Unidas, 1994) han sido ampliamente reconocidos por los países de la región desde la Conferencia Mundial de Población de Bucarest y este reconocimiento quedó expresado en la propia constitución política de algunos países y, en otros casos, en leyes de población, políticas de población o al menos en planes de salud o programas nacionales de planificación familiar.

Los desafíos planteados por la Conferencia de El Cairo en este campo han sido, en primer lugar, crear las condiciones jurídicas, institucionales y sociales requeridas para una creciente equidad en el ejercicio de esos derechos reproductivos y, en segundo lugar, ampliar el ámbito de esos derechos, incluidos los derechos sexuales, que se desprenden del concepto mismo de Salud Reproductiva en la forma en que fue adoptado por el Programa de Acción de la CIPD.

A juzgar por las respuestas dadas por los gobiernos a la reciente encuesta del FNUAP, se aprecia un avance considerable en cuanto al reconocimiento de los derechos reproductivos. En efecto, ocho de veintitrés países declararon no haber tomado nuevas medidas desde la CIPD, puesto que los derechos reproductivos ya estaban explícitamente considerados; los quince restantes indicaron haber tomado medidas tendientes a un pleno reconocimiento.

En el campo legislativo, algunos países —entre ellos Brasil, México, Panamá, Perú y Suriname¹¹— revisaron su legislación o aprobaron nuevas leyes tendientes a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y, en ese marco, el acceso sin discriminación a los servicios de salud reproductiva. Otros países, como Nicaragua, han protegido estos derechos mediante la adopción de una política nacional de población.

Aunque la gran mayoría de los países asumió el concepto de salud reproductiva —al menos nominalmente— en sus políticas públicas, planes de salud o programas específicos, son pocos (entre ellos Panamá y Bolivia) los que incluyeron de manera explícita la salud sexual como un componente importante de la salud reproductiva y abogaron expresamente por los derechos sexuales, destacándolos de los derechos reproductivos.

Teniendo en cuenta la experiencia de numerosos países, la CIPD alertó sobre el riesgo de vulnerar los derechos reproductivos implícito en la aplicación de políticas, planes o programas que adoptan metas cuantitativas en materia de fecundidad e invitó a privilegiar los objetivos cualitativos relativos a la habilitación de los individuos y parejas para una libre decisión en cuanto al número y espaciamiento de sus hijos y sobre los métodos anticonceptivos que quieran usar.

En general, esta recomendación ha sido seguida, pero algunos países han mantenido o adoptado en sus políticas o programas de población metas demográficas, tomando al mismo tiempo medidas administrativas destinadas a evitar que las metas de fecundidad, al ser traducidas en metas programáticas de cobertura y en metas de servicio a nivel local, resulten en presión sobre los potenciales usuarios, desinformación, consejería sesgada o en intervenciones sin pleno consentimiento previo (México, Perú).

ii) Avances en el campo de la educación sobre sexualidad y salud reproductiva

La influencia de las conferencias de El Cairo y Beijing y la preocupación pública por el incremento de casos de ETS y VIH/SIDA y de embarazos en la adolescencia, resultaron en un creciente compromiso del Estado y de instituciones de la sociedad civil en torno a la educación sexual y a la educación en salud reproductiva, el que se expresa en su inclusión en leyes de educación, políticas educativas y planes sectoriales.

¹¹ Suriname está revisando 96 artículos de su legislación considerados como obstáculos para la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, entre ellos uno que prohíbe la detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual a médicos que no sean dermatólogos y otro que prohíbe la consejería en planificación familiar a adolescentes menores de 16 años.

MÉXICO: SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 1995-2000

El gobierno mexicano adoptó en 1995 este programa de cobertura nacional que integra los diversos componentes de SR en el paquete básico de atención en salud. El Plan incluye la provisión de planificación familiar, salud perinatal, la salud reproductiva de la población adolescente, la salud de la mujer (incluyendo el riesgo preconcepcional), la detección oportuna y el manejo de la infertilidad, las neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y a la postmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. A fines de 1997 las instituciones del sector salud y la Secretaría General del CONAPO acordaron establecer 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. Entre los compromisos de este plan destaca el garantizar que los prestadores de servicios de salud reproductiva estén capacitados en el manejo y utilicen la *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*.

A fin de asegurar la ejecución integrada del plan, las direcciones de Planificación Familiar y de Salud Materno-Infantil de la Secretaría de Salud se unificaron para crear la Dirección General de Salud Reproductiva. Se creó además el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, con participación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Nacional Indigenista, nueve instituciones gubernamentales y cinco ONG, cuyo principal propósito es coordinar los esfuerzos de los sectores público y privado para proveer servicios integrales de salud reproductiva a las poblaciones marginales, incluidas las comunidades indígenas.

En el plano de los programas este compromiso se tradujo, por una parte, en la actualización, extensión e institucionalización de los esfuerzos que numerosos países han estado realizando desde los años setenta en el campo de educación en población dentro del sistema formal de educación, que incluían como componente la educación sexual y para la vida familiar y, por otra, en la puesta a prueba e introducción de enfoques creadores en los ámbitos escolar, comunitario y laboral.

Avances en el campo de la educación formal

En dicho marco, la educación sexual —en algunos países como componente de la educación en población y en otros con identidad propia— tendió a superar la visión biológica y parcial de los años setenta y ochenta por medio de una concepción interdisciplinaria que integra esta temática a los currículos de educación primaria y secundaria de forma transversal, que permea todos los contenidos educativos y se centra en enfoques formativos y preventivos orientados al desarrollo de actitudes y valores. Esta nueva forma de enfrentar la educación sexual incorpora a su vez el enfoque de género y las nociones de ciudadanía y de derechos reproductivos. Con diferentes grados de avance este enfoque se aplicó en varios países, entre los que cabe señalar a Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y a la mayor parte de los países del Caribe de habla inglesa.

La integración e institucionalización de la educación en población y educación sexual se ha visto en varios casos facilitada por la asociación de esfuerzos con los proyectos de reformas

educativas iniciados en esta década, que fueron financiados por el Banco Mundial, el BID y organismos de cooperación bilateral. Asimismo, los procesos de descentralización educativa permiten la realización de experiencias demostrativas en los ámbitos regional, departamental y municipal; con ello fue posible adaptar currículos y materiales a los rasgos socioculturales y las necesidades de audiencias específicas, con participación de los propios interesados (docentes, alumnos, padres de familia, comunidad). A menudo, este proceso contó con la activa participación de universidades y ONG en el desarrollo de experiencias demostrativas que luego fueron apropiadas por los ministerios de educación (Perú, Honduras, Venezuela). En varias facultades de educación e institutos pedagógicos —entre ellos de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y Uruguay— se hicieron avances significativos para introducir la educación sexual y en salud reproductiva en el proceso de formación inicial de los futuros profesores. No obstante, falta aún mucho por avanzar en este campo. Y también son incipientes los esfuerzos que se dedican a la evaluación de impacto, si bien los resultados desmitifican la idea de que no se puede evaluar el impacto de la educación sobre los comportamientos sexuales y que los programas de educación sexual fomentan la iniciación temprana. (Cuba, Venezuela).

Avances en la educación no formal e informal

En América Latina, especialmente después de la CIPD, se desarrollan diversos programas de educación no formal en materia de población y salud reproductiva. Algunos están basados en los programas regulares de alfabetización, como es el caso de Haití. En otros casos están basadas en las organizaciones laborales, en las cooperativas, en instituciones de formación profesional, en organizaciones de jóvenes y mujeres y en instituciones que ejecutan programas de alfabetización para poblaciones adultas, no siempre vinculados a los ministerios de educación. Estos programas apuntan a satisfacer las necesidades de aprendizaje de las personas afiliadas a organizaciones y pretenden generar habilidades de autocuidado y mutuo cuidado de su sexualidad y de su salud reproductiva, entendida como un derecho humano. Algunos programas de educación no formal en SSR incluyen la prestación de servicios de SR como parte integral del programa, mientras otros refieren los interesados hacia centros externos.

Programas vinculados al ámbito laboral

Se han iniciado innovadores programas en beneficio de los trabajadores de empresas y de sus familiares, como también con otros tipos de organizaciones, lo que permite llegar a quienes trabajan en el sector informal.

El interés y apoyo a estas iniciativas de las organizaciones de los trabajadores y de los empresarios ha sido un factor determinante. Son numerosos los casos en que la realización de una investigación inicial sociocultural y de línea de base —destinada principalmente a identificar las necesidades de aprendizaje de los trabajadores y de sus familias en este campo— ha permitido motivar a los trabajadores y a los empresarios.

El trabajo se desarrolló en sectores muy diversos, entre los que cabe mencionar a los trabajadores de plantaciones de caña e ingenios azucareros y a los trabajadores del sector de turismo y hotelería en República Dominicana; empresas de maquila (en las que trabaja una gran cantidad de mujeres jóvenes) en El Salvador y en Nicaragua; empresas industriales de Puerto Príncipe (Haití) y en los estados nordestinos de Ceará y Río Grande do Norte en Brasil. En este último caso se entregó educación y servicios a las familias e hijos adolescentes de los trabajadores por medio de los centros de capacitación y recreación del Servicio Social de Industria, entidad privada financiada por los industriales. Se debe mencionar igualmente como experiencia notable la que lleva a cabo, con el apoyo del FNUAP, la Federación Gráfica Internacional en cuatro países (Paraguay, Perú, El Salvador y Nicaragua); consiste en capacitar a los líderes sindicales que tienen la responsabilidad de organizar actividades de educación entre sus compañeros de sindicato.

También se ha llegado a los trabajadores del sector informal a través de programas organizados por cooperativas, sindicatos y ONG, especialmente en el sector rural. Ilustrativos de este tipo de programa educativo en SSR son los montados en el Nordeste de Brasil con la colaboración de la Confederación Nacional de Trabajadores Agrícolas (CONTAG), que es la mayor organización sindical del sector rural brasileño, y los realizados en las cooperativas y cajas populares de Haití, como complemento del programa de cooperativas ejecutado por la OIT.

Igualmente, se trabajó con jóvenes que estaban en fase de capacitación profesional y en programas de inserción en actividades productivas. Estas experiencias se llevan a cabo tanto en los sectores rurales como en los urbanos. Un ejemplo de estas intervenciones es la realizada en el sector rural del Paraguay, que capacitó a más de seis mil jóvenes en los temas de educación sexual e igualdad de género, en el marco de una acción complementaria de la capacitación profesional para el empleo rural; también debe citarse lo logrado en Venezuela, que incorporó la educación en salud sexual y reproductiva y la dimensión de equidad de género en un programa de capacitación para el empleo productivo implementado por el Ministerio de la Juventud, que llega a casi 300 000 jóvenes y adolescentes.

Educación sexual y en salud reproductiva para los pueblos indígenas

En la región viven más de cuatrocientos pueblos indígenas, étnicamente diferenciados entre sí, que suelen vivir en condiciones de marginalidad y pobreza extrema y cuya población se estima en más de treinta millones de personas. Estas poblaciones registran, con frecuencia, los niveles más elevados de fecundidad observada y de fecundidad no deseada. La mortalidad infantil, si bien ha descendido considerablemente, sigue ubicada entre las más altas. Es también en las poblaciones indígenas donde aún se puede apreciar una muy significativa brecha educacional entre hombres y mujeres y una alta proporción de analfabetos, especialmente en la población femenina. En este contexto, y siguiendo las directrices de la CIPD, el FNUAP ha impulsado la adopción de una Estrategia Regional de Salud Reproductiva para Poblaciones Indígenas, una de cuyas piezas claves es la *alfabetización bilingüe en base a temas de derechos y salud sexual y reproductiva*.

Este enfoque innovador se caracteriza por el respeto de las costumbres y valores autóctonos, incluyendo sus propias concepciones sobre la salud y la vida sexual y reproductiva, y está basado en los conceptos de autodeterminación y autogestión; se orienta principalmente a las mujeres jóvenes, pero también hacia los hombres y busca promover la equidad de género, y apunta a crear instancias de coordinación local que permitan la movilización de recursos gubernamentales, internacionales, y de la propia comunidad, en particular las organizaciones de mujeres. Como alfabetiza simultáneamente en castellano y en la lengua indígena materna, el programa contribuye tanto a la integración social y económica como al fortalecimiento de la identidad étnica. Este enfoque fue puesto a prueba en una experiencia demostrativa realizada en Ocongate, Cusco, en el Perú y está siendo aplicado con cobertura masiva en Potosí, Chuquisaca, en Bolivia¹². Está programada su aplicación en otras áreas de Perú y en comunidades indígenas de Paraguay, Ecuador, Panamá, Guatemala y de los estados mexicanos de Oaxaca y Chiapas.

Enfoques innovadores integrados de educación informal

En la región se han ensayado nuevos métodos educativos que son consistentes con dos importantes directrices emanadas de El Cairo: por una parte, el paso de un enfoque de salud centrado en el proveedor de servicios a uno centrado en la persona que los recibe y, por otra, el énfasis en la habilitación de las personas y de las comunidades organizadas. Cabe destacar el enfoque de *Educación comunitaria de resonancia para la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos (ECORASS)*, el que desarrolla la capacidad de los sujetos para decidir en materia de su afectividad, sexualidad y salud reproductiva, mediante la realización de actividades que involucran simultáneamente a la escuela, la comunidad, los servicios de salud y los medios de comunicación.

En la escuela se han desarrollado las *jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad (JOCAS)*, donde estudiantes, profesores y padres desarrollan un evento en forma autogestionada para conversar sobre temas ligados a la SSR. Estos eventos son apoyados por profesionales de salud, educación sexual, psicología y orientación valórica.

Las *JOCAS* son complementadas con *jornadas comunitarias de conversación sobre afectividad y sexualidad (JOCCAS)* en las que, en un gran evento de tres días de duración y autogestionado por la propia comunidad, se organizan grupos de conversación apoyados por personal de salud, psicólogos, orientadores, religiosos, etc.

Esta metodología potencia su resonancia mediante programas de radio, consejerías para adolescentes en los servicios de salud, atención integral de la salud de los adolescentes, y repertorio de preguntas y respuestas sobre afectividad y sexualidad. Este enfoque fue aplicado de manera experimental en Chile (donde se está considerando su extensión a nivel nacional), México, Brasil, Bolivia, Argentina y Uruguay.

¹² Este proyecto tiene un financiamiento de 3 millones de dólares provisto por la Fundación Turner para el período 1998-2002; cuenta con el apoyo técnico del FNUAP y busca alfabetizar a 75 mil mujeres y 25 mil hombres, concentrándose en la población de 15-24 de edad de lengua materna quechua que está fuera del sistema escolar.

Generación de consensos

La educación sexual desde la perspectiva de género y de los derechos y la salud sexual y reproductiva es un tema ineludiblemente cargado de juicios de valor e implicaciones éticas a nivel individual y social. De aquí que las iniciativas tendientes a la introducción de educación sexual en los currículos de la educación formal y no formal, así como su entrega por canales informales, hayan despertado a menudo resistencia de ciertos sectores en numerosos países de la región. Estas resistencias han sido superadas por distintas vías, que han permitido llegar a acuerdos negociados. Así, por ejemplo, en Colombia se implementó el Programa Nacional de Educación Sexual con base en los acuerdos alcanzados en una Consulta Nacional sobre el tema. En el caso de Guatemala, el trabajo de la Comisión Intersectorial de Educación en Población, que contó con una amplia participación de instituciones de la sociedad civil y del gobierno, logró institucionalizarla en 1996 mediante un decreto presidencial. En Nicaragua, el debate y los acuerdos en este campo se produjeron dentro del Gabinete Social en el proceso de definir la Política Nacional de Población.

iii) Avances en la aplicación de servicios de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar y salud sexual

Existe creciente conciencia en la región en cuanto a que hacer operativo el concepto de salud reproductiva implica múltiples desafíos. Exige, por una parte, una ampliación del campo tradicionalmente cubierto por los programas de salud materno infantil y de planificación familiar, que incluye ahora tramos del ciclo de vida sexual y reproductiva que antes eran muy poco atendidos, como la salud sexual en la adolescencia y en la menopausia/viropausia y etapas ulteriores y la prevención y el tratamiento de patologías de transmisión sexual y de tipo degenerativo que afectan a los órganos reproductivos. Existe conciencia igualmente en cuanto a que la magnitud y naturaleza específicas de las necesidades y demandas en los nuevos y en los antiguos componentes del campo de la SR se relacionan con el estadio en que se encuentran las comunidades servidas en su transición de la fecundidad y en la transición epidemiológica que le está asociada. Se ha ido reconociendo, entonces, que los servicios en este campo no deben prestarse de manera uniforme entre los países ni dentro de los mismos, si se quiere adecuar los servicios al perfil de necesidades de las poblaciones servidas, en particular de las poblaciones pobres, que son las que no pueden comprar esos servicios en el mercado de la salud.

Otra exigencia del concepto de SR sobre la que existe creciente conciencia es la necesidad de implementar su atención de manera multisectorial y multidisciplinaria, con la participación activa de las instituciones de la sociedad civil y de los propios beneficiarios, cuya gran mayoría no responde ya al apelativo tradicional de "paciente".

Para enfrentar estas exigencias se realizaron importantes esfuerzos en la región —con participación tanto de los gobiernos, las ONG y el sector privado como de los organismos internacionales multilaterales y bilaterales que trabajan en este campo— que apuntaron principalmente a una readecuación institucional y al mejoramiento de la gestión y de la capacitación de los recursos humanos.

Avances en materia de institucionalización y programación

Numerosos países de la región, entre los que cabe mencionar a Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, han estado revisando sus políticas y programas y en muchos de ellos se han desarrollado nuevos procesos de integración de los planes nacionales, con una interacción transectorial, lo que conduce al diseño de políticas intersectoriales y a la conformación de comisiones nacionales de salud reproductiva o entidades equivalentes, lo que permite, al menos en principio, coordinar los componentes sectoriales de salud y de educación.

El cambio institucional más común ha consistido en integrar, o al menos articular, las instancias responsables de salud materno infantil y de planificación familiar bajo una nueva instancia responsable de la salud reproductiva.

En otra importante cantidad de países los cambios institucionales fueron respuestas al diseño de planes y programas integrados de salud reproductiva, que incorporan la atención perinatal, la planificación familiar, la prevención del aborto, la prevención de ETS, ITR y del SIDA, la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, la prevención de la violencia sexual y doméstica y la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En otros casos, al menos algunos componentes de SR fueron incluidos directamente en el plan nacional de salud (Dominica, Guyana) o en los programas de salud de la mujer. La transformación institucional no ha sido siempre fácil y en algunos casos es más aparente que real, a causa de las inercias burocráticas y celos respecto a áreas de competencia —que tienden a perpetuar la segmentación no sólo de las prestaciones de salud sino también de la programación, capacitación, seguimiento y evaluación. En los países de menor desarrollo relativo, que dependen en mayor grado del financiamiento externo, la a veces insuficiente coordinación de las agencias donantes, bilaterales y multilaterales, suele contribuir significativamente a la segmentación, haciendo difícil y lenta la integración en torno a un programa único de SR. Se suma a lo anterior la tradicional cultura institucional sobre los programas de atención materno infantil y de planificación familiar, muy centrada en el binomio madre e hijo y que encuentra al personal de salud poco preparado y no dispuesto a abrirse a otros interlocutores, como los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y los hombres adultos. De aquí que, con frecuencia, aunque el marco institucional define explícitamente instancias responsables de la atención de los adolescentes y de los hombres adultos, su capacidad es aún muy limitada.

Si bien el concepto de salud reproductiva ha ganado aceptación en la mayoría de los países y origina cambios institucionales y procesos de programación que buscan aplicarlo, en algunos países de la región el concepto no ha cuenta todavía con la aceptación oficial. Esta resistencia parece ser, en gran medida, secuela del fuerte debate —conducido por el Vaticano— que se suscitó en la fase preparatoria y durante el desarrollo mismo de la Conferencia de El Cairo: si bien estuvo centrado en el aborto, generó sensibilidad política frente a temas de una u otra forma asociados, como los derechos sexuales y reproductivos, el enfoque de género y el concepto mismo de salud reproductiva.

Queda, entonces, mucho por hacer para conseguir una plena integración de los servicios de salud reproductiva (entre ellos mismos y dentro de los sistemas de salud), y ello se refleja en las respuestas dadas por los países a la reciente encuesta del FNUAP. En efecto, en sólo cinco de las 23 respuestas se reconoció la incorporación de los nuevos componentes de SR y su plena integración; siete países manifestaron haber tomado medidas en esa dirección y diez manifestaron que el grado de integración era nulo o muy limitado y que no estaban tomando medidas para superar esa situación. Los obstáculos más mencionados son la falta de conciencia y la limitada comprensión del concepto de SR, la persistencia de actitudes tradicionales en materia de género, la ausencia de políticas, planes y programas nacionales en ese campo, la insuficiencia de personal de salud y su baja o nula calificación en SR, la insuficiencia de recursos financieros disponibles, la escasa capacidad institucional y la oposición organizada a las iniciativas de los gobiernos en esta materia.

Si bien parece haber clara conciencia sobre los obstáculos más frecuentes, sólo cuatro mencionaron alguna oportunidad emergente que les pudiera permitir avances hacia una plena aplicación del concepto de salud reproductiva en todas sus dimensiones.

Avances en el mejoramiento de la gestión

El PA señala que: *"la falta de conocimientos de gestión adecuados, particularmente en los países menos adelantados, reduce de manera crítica la capacidad de planificación estratégica, debilita la ejecución de los programas, empeora la calidad de los servicios y limita así la utilidad de los programas para los beneficiarios"*. Este juicio era particularmente válido a principios de esta década, cuando la oferta de servicios sociales se vio afectada por los recortes en el gasto social, el deterioro del poder adquisitivo de los salarios y la inestabilidad laboral, con el consecuente efecto sobre la cobertura y calidad de los servicios y sobre la eficiencia y efectividad de los programas.

Los esfuerzos para mejorar la gestión de los programas en el campo de la SR se dieron en un ambiente propicio, producto de los procesos de modernización del Estado, que significaron descentralización administrativa, recuperación de costos y focalización de los servicios subsidiados en los sectores más vulnerables. La modernización se orientó con frecuencia hacia una mayor coordinación con el sector privado y a una creciente participación de la comunidad.

PERÚ: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1996-2000

El Programa reconoce que el aborto es un serio problema de salud pública, propone un plan de emergencia para reducir la mortalidad materna y considera la planificación familiar entre las estrategias para reducir la pobreza; da alta prioridad a la promoción de la salud sexual y reproductiva y al acceso total a información y servicios de salud reproductiva, con énfasis en las áreas rurales y en los sectores de bajo nivel educativo; promueve la equidad de género y propone estrategias para mejorar la condición de la mujer mediante subprogramas destinados, entre otras cosas, a erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas. En 1995, antes de la adopción del Programa, se incluyeron la esterilización femenina y la masculina entre los métodos de planificación familiar y se dio prioridad a la provisión gratuita de métodos anticonceptivos en todos los centros de salud dependientes del Ministerio de Salud. En 1997, recién iniciado el Programa, se aprobó la Ley Nacional de Planificación Familiar, que establece que todos los métodos anticonceptivos son reembolsables por el Sistema Unificado de Salud.

La fijación de metas de anticoncepción quirúrgica y la activa promoción de la esterilización femenina y masculina resultó en un notable incremento de las intervenciones (de 37 mil en 1996 a 120 mil en el año 1997). Numerosas críticas y denuncias de abusos canalizadas a través de la Defensoría Especializada en los Derechos de la Mujer —de la Defensoría del Pueblo— produjeron un amplio debate público, que llevó a que el Ministerio de Salud modificara el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y las normas y procedimientos de esterilización quirúrgica voluntaria, lo que implicó suspender las metas de esterilización y las campañas de ligamiento de trompas y de vasectomía, y hacer hincapié en la necesidad de promover una decisión informada y un pleno respeto por la voluntad de los usuarios en el ámbito de la planificación familiar.

Entre los esfuerzos realizados en este campo cabe destacar el Programa Regional de Gerencia en Salud Reproductiva, patrocinado y coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); su objetivo es capacitar al personal de salud mediante una nueva estrategia de gerencia social para el diseño, ejecución y evaluación de las actividades.

Capacitación de recursos humanos

La capacitación inicial en la formación del personal de salud —y la capacitación en servicio de los que ya están trabajando— son piezas críticas para la aplicación del concepto de SR en toda su dimensión y también para mejorar la calidad de los servicios. Una causa principal de la baja calidad de los servicios de salud, y de la salud sexual y reproductiva en particular, es la baja calificación del personal. Si bien se hacen esfuerzos para su solución, todavía existen algunas debilidades que dificultan el paso desde el enfoque tradicional de salud materno-infantil y planificación familiar al enfoque holístico que conlleva el nuevo paradigma de la salud sexual y reproductiva.

EL PROGRAMA REGIONAL DE GERENCIA EN SALUD REPRODUCTIVA

El Programa pretende fortalecer la capacidad de gestión en SR de los países fomentando a ese efecto la cooperación horizontal entre países en vías de desarrollo y la colaboración interagencial. Se está creando una red interinstitucional en la que participan tres instituciones especializadas con capacidad de dar apoyo técnico a nivel regional o subregional (la Fundación Escuela de Gerencia Social de Venezuela, Fundación Getulio Vargas de Brasil y la Universidad de Costa Rica), algunas instituciones de enseñanza que actúan a nivel nacional y las propias instituciones de salud a las que pertenece el personal capacitado. El Instituto Interamericano de Desarrollo Social (INDES), vinculado al Banco Interamericano de Desarrollo, actúa como institución asesora. El Programa produjo materiales de capacitación que incluyen módulos sobre política y gerencia social, planificación estratégica y territorialización, diseño y evaluación de programas, desarrollo organizacional y gestión de recursos en SR.

El Programa ha realizado actividades de capacitación en El Salvador, Honduras, República Dominicana, Paraguay y Venezuela. Su currículo y sus materiales fueron incorporados a cursos en Brasil, Costa Rica y Nicaragua. En Honduras, el Diplomado en Gerencia constituyó también como foro para discutir la política de salud reproductiva del país y se prevé hacer un ejercicio semejante en Paraguay.

En numerosos países —entre ellos México, Perú, Colombia, Jamaica— se impartieron cursos de buena calidad en materias como maternidad sin riesgo, tecnología anticonceptiva y diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, los contenidos sobre sexualidad y salud sexual suelen estar ausentes o diluidos en los temas relativos a la reproducción; se omite (o se presenta de manera superficial) el tema central de los derechos sexuales y reproductivos; además, la perspectiva de género y sus implicaciones para la interacción entre proveedores y usuarios no siempre tienen un tratamiento adecuado. Efectivamente, la aplicación plena del concepto de salud reproductiva implica, más allá del conocimiento técnico y de la adquisición de destrezas, un cambio cultural en el personal de salud y en la población servida, lo que requiere tiempo y trabajo sistemático.

Se están aplicando algunas iniciativas innovadoras, pero todavía queda mucho camino por recorrer para obtener la base de recursos humanos que requiere la región para que la oferta de servicios de SR de buena calidad sea universal.

Descentralización y participación de la comunidad

La descentralización y la ejecución de programas en el plano subnacional —regiones, departamentos, municipios— fue (o es) un componente estratégico de la reforma de los sistemas de salud en prácticamente todos los países de la región, excluidas algunas pequeñas islas del Caribe en las que ésta no se justifica, según se desprende de las respuestas gubernamentales a la reciente encuesta del FNUAP.

EL CURSO DE MAESTRÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA AMÉRICA CENTRAL

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Managua, con apoyo financiero y técnico del FNUAP, está conduciendo un proyecto para revisar los currículos e introducir desde el inicio de la carrera los temas de género, derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva. Desarrolló además, con la cooperación de ONG de mujeres, el programa del primer Curso de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva para América Central destinado a profesionales de la salud y de ciencias sociales. El curso, que se inició en octubre de 1997, incluye, además de los temas ya mencionados, contenidos sobre aspectos biomédicos de la SSR y de gerencia de programas en este campo. Mediante este curso se busca crear una masa crítica de profesionales debidamente capacitados y sensibilizados para manejar programas y proyectos sobre SSR en la subregión.

Las reformas aplicadas en este sector han tendido, en general, a fortalecer las funciones normativas y reguladoras del Estado y a ampliar el papel de los agentes privados en la provisión de los servicios de salud. Si bien no siguieron un patrón claramente definido, los procesos de descentralización en el ámbito de la salud fueron impulsados en la mayoría de los casos por el poder central; por esta razón, reflejan a menudo las restricciones y prioridades del gobierno central y no siempre han estado motivados por criterios de eficiencia y calidad. Un estudio reciente de la CEPAL concluye que "la cobertura del nivel de atención primaria de salud constituye una de las principales debilidades de los sistemas actuales de salud y los crecientes costos que caracterizan la función de producción del sector amenazan con mantener en forma persistente las brechas de cobertura" (Cominetti, 1997).

En varios países la participación de la comunidad fue un componente importante de la estrategia de descentralización y dio lugar a diversos arreglos institucionales que buscan la participación activa de organizaciones y personas de la comunidad en las actividades de planificación, movilización de recursos, prestación de servicios y vigilancia o fiscalización. Algunos ejemplos de estas instituciones son las Juntas de Salud en Costa Rica, los Comités de Salud de Panamá, los Consejos Municipales de Salud en Brasil, los Consejos Locales de Salud en Paraguay y los Comités Locales de Atención en Salud en Perú. México descentralizó el sistema de salud hacia los estados federativos, y en cada uno de ellos opera un Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

iv) Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

La creciente preocupación por responder a las necesidades de los y las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, manifestada claramente en el Programa de Acción de la CIPD, parece obedecer a una combinación de factores. Como resultado de la educación sexual (cuando la han tenido) y, más en general, a causa de la exposición por la televisión de temas relativos a la sexualidad en la adolescencia y la salud sexual y reproductiva, los adolescentes han ido tomando conciencia de sus necesidades en esta dimensión tan importante de su vida.

En el propio sector salud se produjo un cambio paradigmático —expresado en el concepto de salud reproductiva adoptado por la CIPD— que abre el campo de los servicios de salud más allá de la curación y prevención de enfermedades y lo proyecta hacia la promoción del desarrollo saludable de las personas y de las comunidades. Este cambio, sumado a la transición epidemiológica en marcha, ubica a los adolescentes como un segmento con necesidades y demandas específicas de salud. Debe agregarse a lo anterior la creciente conciencia en los propios adolescentes, en sus padres, en sus maestros y en el personal de salud, del efecto disruptivo y de las consecuencias negativas que tienen los embarazos en la adolescencia tanto en la vida de la propia adolescente como en su familia —particularmente cuando ella todavía está dentro del sistema escolar—; esta conciencia convirtió a la prevención de estos embarazos en un objetivo altamente valorado.

Situación y tendencias

El descenso de la fecundidad no tuvo la misma intensidad en todos los grupos etarios y fue más acentuado en las etapas finales de la vida reproductiva. Este rejuvenecimiento de la fecundidad tuvo el efecto positivo de concentrarse en las mujeres entre los 20 y 34 años, etapa en que los riesgos de salud inherentes al embarazo y al parto son menores y en que es habitual que ya hayan terminado la educación regular. Su lado negativo es que la fecundidad de las mujeres menores de 20 años ha descendido, en general, más lentamente que en los otros grupos; entonces, la contribución de ese segmento más joven a la fecundidad total se incrementó en la región del 8% en el quinquenio 1950-1955 a casi el 14% en la actualidad (CEPAL/CELADE, 1998a).

Por razones prácticas —la casi total carencia de datos por edades simples— es muy corriente identificar a la población adolescente con aquella comprendida en el tramo de edad 15-19 años. En realidad, la adolescencia, como etapa de desarrollo psicosexual, suele comenzar antes de los 15 años y su duración puede ser mayor o menor según las características socioculturales de la comunidad de pertenencia. La adolescencia es mucho más breve en las comunidades rurales pobres con limitado acceso a educación que en los estratos medios urbanos que tienen la oportunidad de permanecer en el sistema educacional más allá de los veinte años. En sociedades socialmente tan heterogéneas como las de América Latina y el Caribe, se observan grandes diferencias en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes, que dependen del estrato socioeconómico de su familia de origen, de sus niveles de educación y del área de residencia, factores muy ligados entre sí.

Hay claras evidencias de que mientras más alto es el nivel educacional de las mujeres más tarde inician su actividad sexual, comienzan su primera unión y tienen su primer hijo. En algunos países se ha comprobado que las mujeres con educación superior iniciaron esta serie de eventos, en promedio, cinco años más tarde que aquellas con nivel educacional muy bajo.¹³

¹³ La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Brasil, 1996, encontró que entre las mujeres adultas jóvenes (25-34 años) las sin educación habían iniciado su actividad sexual en promedio a los 16.4 años mientras que las con 12 o más años de escolaridad la iniciaron, en promedio, a los 21.6 años.

Cabe pensar, entonces, que el descenso de la fecundidad del grupo 15-19 años observado en los países de la región obedece en medida importante al creciente acceso, particularmente de las mujeres, a la educación secundaria y superior, fenómeno al que ha contribuido —entre otros factores— el proceso de urbanización. El hecho de que este descenso haya sido menor que en los grupos etarios mayores puede atribuirse a la acción de diversos factores que intervienen de manera diferente en los distintos grupos sociales.

La relativamente alta incidencia de embarazos entre adolescentes estudiantes que pertenecen a estratos medios urbanos parece obedecer en la mayoría de los casos al efecto combinado de una mayor permisividad en el ámbito sexual, con falta de educación sexual y muy limitado o nulo acceso a la anticoncepción por parte de aquellos adolescentes que optan por una vida sexual activa. En este caso se trata en su gran mayoría embarazos no deseados y con consecuencias disruptivas para la adolescente y para su grupo familiar.

En los sectores pobres urbanos, particularmente en aquellos que viven en extrema pobreza, deben sumarse las condiciones de hacinamiento, que favorecen el abuso y la violencia sexual, incluido el incesto.

En los países cuya oferta de educación pública secundaria gratuita es aún insuficiente, hay que agregar la deserción temprana del sistema escolar, generalmente acompañada de serias dificultades para los adolescentes de ambos sexos en cuanto a sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral, lo que genera desesperanza y anomia y constituye un ambiente propicio para entrar en la delincuencia y en la drogadicción, fenómenos que aumentan el riesgo de iniciación sexual temprana, violencia sexual y embarazos en las adolescentes.

En los sectores pobres rurales, especialmente en las poblaciones indígenas, que todavía registran las tasas de fecundidad más altas en el grupo entre los 15 y 19 años, la fecundidad temprana suele reflejar las muy limitadas oportunidades de una educación prolongada, es decir, que vaya más allá del nivel primario, la brevedad de la adolescencia y el rápido ingreso de las jóvenes a la condición de mujer adulta, lo que contribuye a la persistencia de patrones de comportamiento reproductivo que valoran la iniciación temprana de uniones. De aquí que gran parte de esta fecundidad temprana tenga lugar en jóvenes que se encuentran casadas o en unión consensual.

Oferta de servicios: modalidades, cobertura y calidad

Los embarazos de las adolescentes constituyen una preocupación pública en todos los países de la región, y que ha estado presente desde antes de la CIPD. Esta preocupación ha encontrado un nicho propio en el enfoque de salud sexual y reproductiva, que permite abordar este problema en su especificidad, situándolo, al mismo tiempo, en el ciclo de vida sexual y reproductiva tanto femenino como masculino.

Las primeras respuestas se centraron en atender y apoyar a las adolescentes embarazadas durante el embarazo y el parto y en habilitarlas y ayudarlas para que regresen al sistema escolar o al campo laboral.¹⁴ En años recientes, y sin abandonar este enfoque, el énfasis estuvo más bien en la prevención del embarazo de las adolescentes y en la prevención de enfermedades de transmisión sexual en este grupo etario. La experiencia señala que la simple apertura a los adolescentes de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar que atienden normalmente a la población adulta no es una respuesta adecuada. Por esa razón, varios países desarrollaron modelos de programas que operan con centros específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, en procura de evaluarlos, perfeccionarlos y luego replicarlos a mayor escala.¹⁵ Algunos países ya cuentan con programas nacionales de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. Es el caso de México, cuyo Programa Nacional de Salud para los Adolescentes ofrece servicios en varias entidades federales y los está extendiendo hacia las áreas rurales. Es también el caso de Panamá, donde el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes está siendo aplicado por el Ministerio de Salud en nueve clínicas, con la colaboración de algunas ONG. En situación semejante se encuentran los programas de República Dominicana y de Costa Rica. En otros países, aunque todavía no se formula un programa de carácter nacional, se dieron pasos importantes en ese sentido, como es el caso de El Salvador, donde la Secretaría Nacional de la Familia lanzó en 1995 un proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en 14 municipios, que luego fue extendido a otros departamentos. El balance de los resultados posteriores a la CIPD es mixto. En el plano de la sociedad civil y de los gobiernos existe una creciente voluntad de aplicar respuestas adecuadas y en este sentido se puede decir que se ha pasado de una etapa dominada por la preocupación a una dominada por la acción.

El ensayo de diversos enfoques condujo a la decantación de los más efectivos y a su posterior replicación, principalmente para ofrecer servicios a los adolescentes de comunidades urbanas pobres. En la reciente encuesta del FNUAP, la gran mayoría de los países indicó que habían tomado medidas importantes para responder a las necesidades de los adolescentes en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la cobertura de los servicios suele ser aún muy limitada en las áreas urbanas y prácticamente inexistente en las áreas rurales. Un factor limitante para la extensión de estos servicios es la escasez de personal capacitado en prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, especialmente en lo relativo a educación y consejería. Si bien existe conciencia creciente de que la eficacia de estos programas depende en gran medida de la acción concertada de diferentes sectores y con participación de servicios públicos y privados y de ONG, esa coordinación no ha sido fácil de lograr. Entre los factores que la dificultan están el celo de los ministerios sectoriales por controlar las actividades realizadas en el ámbito de su mandato institucional, la desconfianza, a menudo recíproca, entre gobierno e instituciones de la sociedad civil, y desacuerdos sobre el

¹⁴ Un ejemplo es el programa de atención a adolescentes embarazadas del *Jamaica Women's Centre*, creado en 1978.

¹⁵ Es el caso del programa Muchachas y Muchachos en el Hospital Bertha Calderón, de Managua, Nicaragua; los centros de Atención al Desarrollo Integral del Adolescente en el Instituto de Maternidad Percy Boland, en Santa Cruz, y en el Hospital Jaime Mendoza, en Sucre, ambos en Bolivia; el Centro de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de APLAFA en Caracas, Venezuela; y los Servicios Integrales de la Juventud (SIJUS) en Riobamba y en Esmeraldas, Ecuador.

marco ético y valórico en que deberían insertarse las acciones de educación y de consejería y la oferta de métodos anticonceptivos.

v) *Maternidad sin riesgo y maternidad saludable*

La estrategia de maternidad sin riesgo, lanzada en la conferencia internacional de 1987 sobre el tema realizada en Nairobi, con un amplio respaldo de países de todo el mundo y de agencias internacionales de cooperación, es un componente central en el concepto de SR y concitó el apoyo de toda la región, en particular de aquellos países que aún registran tasas relativamente altas de mortalidad materna. Cabe señalar que, en el contexto de la SR, la maternidad sin riesgo va más allá de la reducción de la mortalidad materna y busca promover una maternidad saludable desde la perspectiva de la salud y los derechos reproductivos.

Situación de la mortalidad materna

La tendencia histórica de la mortalidad materna en la región es de un sostenido descenso¹⁶, si bien persisten aún grandes diferencias entre los países. Así, estimaciones realizadas a partir de las encuestas demográficas y de salud de alrededor de 1995 arrojan tasas de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos que son diez veces más altas en unos países (Bolivia: 332 en 1989-1994, Perú: 298 en 1989-1996) que en otros (Costa Rica: 26 en 1987-1993).¹⁷

Estrategias aplicadas

La preocupación y voluntad de actuar de numerosos países tiene su origen en que la mortalidad materna en los sectores pobres, en particular los rurales, es mucho más alta que el promedio nacional; además, se trata de muertes que afectan seriamente a las familias en que ocurren y, finalmente, que en su gran mayoría son evitables, ya sea mediante la prevención de embarazos de riesgo (muy tempranos, muy tardíos, muy seguidos o en múltiparas) ya sea dando apropiado seguimiento y oportuna atención a las embarazadas con riesgo o en una emergencia obstétrica. Debe señalarse que las complicaciones de los abortos autoinducidos o provocados por personas inexpertas y en condiciones sépticas son y parecen seguir siendo una de las principales causas de mortalidad materna.¹⁸ De aquí que en la estrategia de maternidad

¹⁶ En *World Population Monitoring on Health and Mortality* (1998) de las Naciones Unidas (versión preliminar) se reporta para siete países de la región, con base en series de datos sobre mortalidad materna, un descenso promedio en este indicador de 59% entre principios de los años setenta y comienzo de los noventa.

¹⁷ Estimaciones hechas en Santiago por el CELADE y basadas en encuestas. Véase CEPAL-CELADE, *Población, salud reproductiva y pobreza*, de Chile, 1998 (documento preparado para el vigésimo séptimo período de sesiones de la CEPAL, Oranjestad, Aruba, 11 al 16 de mayo de 1998), cuadro 28.

¹⁸ A pesar del subregistro del aborto como causa de mortalidad materna —debido a su carácter ilegal en la mayoría de los países de la región— cifras oficiales lo sitúan como primera causa de muerte materna en nueve de 25 países analizados y como segunda en nueve. Su contribución al total de defunciones maternas supera el 30% en cuatro países (Argentina, Costa Rica, Chile y Suriname) y fluctúa entre 20% y 30%; en otros ocho (Colombia, Cuba, Jamaica, Guyana, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tabago y Venezuela). Basado en Gómez, E. *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*, serie *Mujer y Desarrollo*, No. 17, CEPAL, Santiago de Chile, abril de 1997.

sin riesgo se combinen, dependiendo de la legislación de los países, la prevención de los embarazos no deseados, la oferta de servicios de aborto (donde está legalizado) y sistemas de referencia que permiten la atención oportuna de los abortos complicados, tanto espontáneos como inducidos.

Otra estrategia importante que aplican algunos países para reducir la mortalidad materna se basa en el establecimiento y operación de redes de referencia y contrarreferencia y en la organización de la prestación de servicios por niveles de atención, lo que permite articular los servicios básicos de salud reproductiva prestados en el nivel de atención primaria de salud con servicios específicos especializados en los niveles de referencia para los componentes de la salud reproductiva, especialmente los de planificación familiar, atención a las emergencias obstétricas, mejoramiento de la atención a las complicaciones de abortos provocados y atención de los adolescentes.

Entre las estrategias que buscan no sólo reducir la mortalidad materna sino también —y de manera primordial— favorecer una maternidad saludable, están los controles durante el embarazo, el aumento de la tasa de partos institucionales y —en ciertas áreas rurales— de partos domiciliarios atendidos por parteras capacitadas y los controles después del parto y durante la lactancia a la madre y al recién nacido.

Logros en cobertura de servicios

No es posible estimar el impacto sobre la mortalidad materna de las estrategias implementadas, debido a que las estimaciones más recientes para la gran mayoría de los países se refieren a períodos en gran parte anteriores a la CIPD y no se dispone de estimaciones desagregadas que permitan apreciar cuál ha sido el impacto en las poblaciones prioritarias, como las mujeres pobres, en particular las del medio rural. No obstante, algunos indicios permiten postular que la mortalidad materna se ha reducido durante la presente década. En efecto, la incidencia de nacimientos no deseados disminuyó (véase el gráfico 4); la accesibilidad a los servicios de salud aumentó, debido a una mayor oferta en las áreas rurales y al proceso de urbanización, que en la mayoría de los países hizo que el crecimiento de la demanda de servicios relacionados con la maternidad se produjera en las áreas urbanas. Por último, y como se mostró en acápite anterior, la reducción de la fecundidad ha conducido, especialmente en los países más avanzados en su transición demográfica, a una estabilización —o incluso una paulatina reducción— del número absoluto de embarazos y nacimientos por año, lo que facilitó un aumento de la cobertura y una mejora de la calidad de su atención.

Cobertura en materia de atención materna

La información disponible permite establecer el impacto social en términos de cobertura de servicios. Algunas encuestas realizadas alrededor de 1995 en 15 países de la región llevan a concluir que la cobertura en atención prenatal —medida en el porcentaje de mujeres gestantes que tuvieron control prenatal— era relativamente alta en las áreas urbanas, y varios países

mostraban cifras superiores al 90% (Brasil, Costa Rica, Jamaica, México, Paraguay, República Dominicana y Trinidad y Tabago). En las áreas rurales, mientras algunos de los países recién mencionados (Costa Rica, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tabago) también cubrían a más del 90% de las gestantes con control prenatal, en otros la cobertura estaba aún por debajo del 50% (Bolivia, Guatemala y Perú). La situación se repite cuando se considera el porcentaje de nacimientos asistidos por personal capacitado, si bien en las áreas rurales de los tres países recién mencionados la insuficiencia de los servicios es aún mayor, ya que ninguno sobrepasa el 27% de cobertura en este indicador.

Tan importante como la situación recién citada es la tendencia y magnitud del cambio ocurrido a lo largo de la presente década en la cobertura de estos servicios. La comparación de encuestas realizadas en ocho países de América Latina alrededor de 1990 y 1995 muestra que, en ese período, la cobertura en salud materna aumentó en ambos indicadores en cuatro países (Bolivia, Ecuador, Guatemala y República Dominicana) y en otros tres, creció el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (Colombia, Paraguay y Perú).

Cabe destacar que los avances más significativos, principalmente en control prenatal, se dieron en las áreas rurales de Bolivia, Ecuador y Guatemala (cuadros 1 y 2).

Cobertura en planificación familiar

Las tasas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas siguen elevándose en la región, y se estima que a principios de esta década llegaban a alrededor de 60% para todos los métodos y al 49% para los métodos modernos (FNUAP, 1998). Aún quedan grandes diferencias entre países, hecho que se aprecia en los gráficos 1 y 2.

Varios países de la región —entre ellos Brasil, Costa Rica y Colombia— registraban hacia 1995 tasas de prevalencia semejantes o incluso superiores a las de los Estados Unidos de América (71%) y es muy probable que en esa situación se encuentren también los países más avanzados en la transición demográfica de la región, pero para los cuales no hay datos: Argentina, Cuba, Chile y Uruguay. En el otro extremo del espectro, con tasas aún bastante bajas —inferiores a 50%— se encontraban hacia 1995 la mayoría de los países menos avanzados en su transición demográfica, entre ellos Bolivia, Haití, Guatemala y Nicaragua. La brecha es particularmente amplia cuando se consideran sólo los métodos modernos, cuyo uso depende más de la oferta de servicios de planificación familiar que los tradicionales, y la tasa de prevalencia va desde un 13.2% en Haití y un 17.8% en Bolivia (1994) hasta el 70.3% en Brasil (1996). Las encuestas recientes muestran que, incluso en países con alta cobertura, una fracción no despreciable de la fecundidad observada corresponde a fecundidad no deseada (véase el cuadro 3). Esta fracción es particularmente alta en Bolivia (43.8% en 1994) y en Perú (37.1% en 1996), en los que la proporción de parejas que usan métodos tradicionales es superior—60% y 36% de las usuarias, respectivamente—; esos métodos son habitualmente menos eficaces que los modernos. Este tema será profundizado más adelante, al tratar la desigualdad en el ejercicio de los derechos reproductivos.

Cuadro 1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PAÍSES SELECCIONADOS: PORCENTAJE DE MUJERES
GESTANTES CON CONTROL PRENATAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CIRCA 1990 Y 1995**

Países	Alrededor de 1990			Alrededor de 1995		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Bolivia	44.9	62.3	28.6	52.5	67.9	35.5
Haití	67.5	84.5	61.1	67.7	82.5	60.6
Colombia	82.0	87.6	71.0	82.6	89.6	69.8
Ecuador	69.6	82.2	57.5	74.7	82.9	66.1
Guatemala	34.2	57.5	25.6	52.5	70.8	43.7
Paraguay	83.9	92.8	76.4	88.7	94.5	84.4
Perú	68.0	82.7	45.1	67.3	81.4	46.8
Rep. Dominicana	96.9	97.7	95.6	98.3	99.0	97.2

Cuadro 2

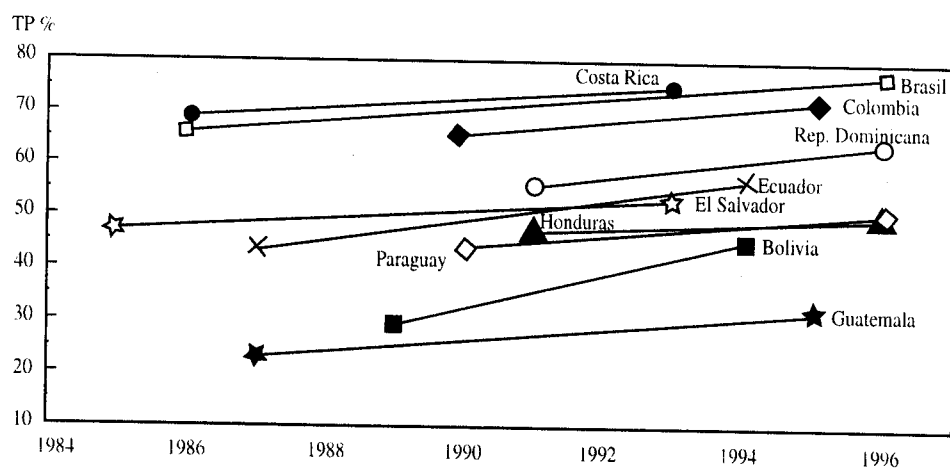
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PAÍSES SELECCIONADOS: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS
ASISTIDOS POR PERSONAL CAPACITADO (MÉDICO/ENFERMERA/SANITARIO/AUXILIAR)
EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.
CIRCA 1990 Y 1995**

Países	Alrededor de 1990			Alrededor de 1995		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Bolivia *	42.2	62.6	23.0	47.2	66.2	26.2
Haití	78.0	90.0	73.0	46.3	66.9	36.4
Colombia	80.6	88.7	65.0	84.6	92.8	69.7
Ecuador	62.1	85.1	39.8	64.8	84.3	41.9
Guatemala	29.2	59.6	17.9	34.8	63.4	21.1
Paraguay	53.3	78.4	32.2	56.8	76.1	42.6
Perú	52.5	74.4	18.7	56.4	80.6	21.5
Rep. Dominicana	92.4	97.9	84.5	95.5	97.8	92.2

* La información alrededor de 1995 corresponde a 3 años antes de la encuesta.

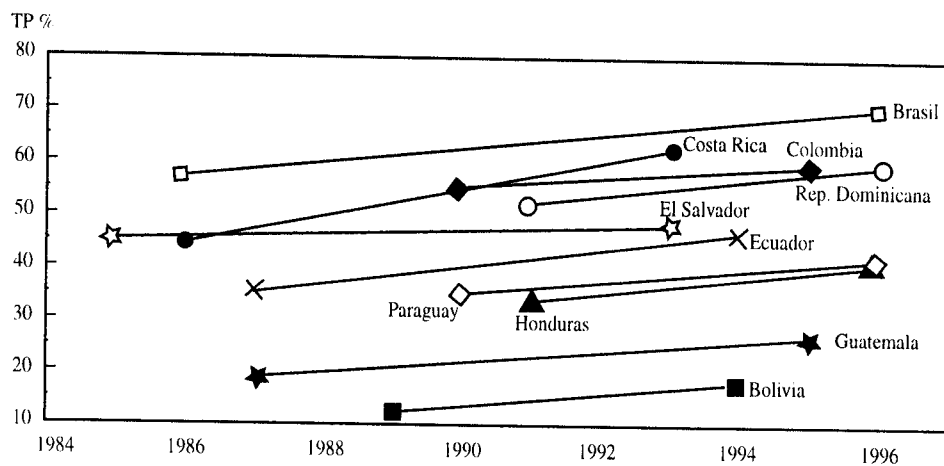
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de los siguientes países: Bolivia (1989 y 1994), Haití (1989 y 1994/1995), Colombia (1990 y 1995), Ecuador (1987 y 1994), Guatemala (1987 y 1995), Paraguay (1990 y 1995/1996), Perú (1991/1992 y 1996) y República Dominicana (1991 y 1996).

Gráfico 1
Diez países de América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres unidas, en edad fértil y que usaban algún método anticonceptivo al momento de la encuesta



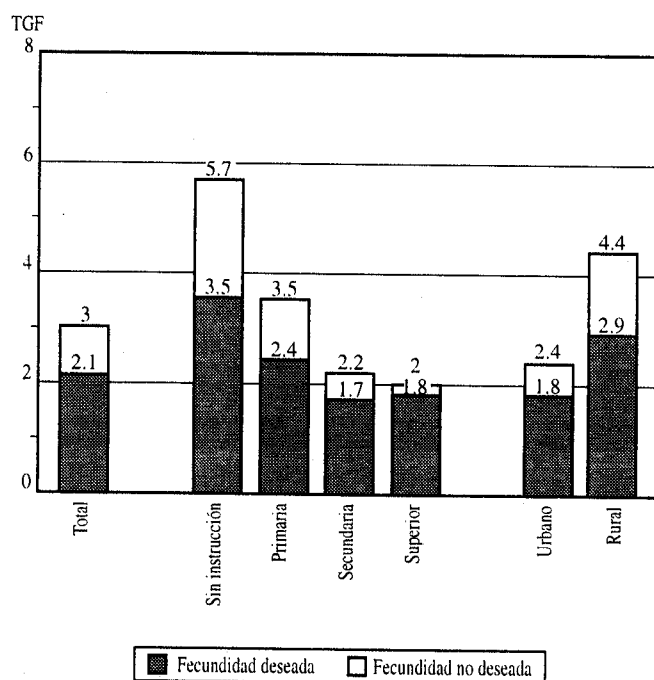
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.

Gráfico 2
Diez países de América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres unidas, en edad fértil y que usaban algún método anticonceptivo moderno al momento de la encuesta



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.

Gráfico 3
Nueve países de América Latina y el Caribe: Inequidades en el ejercicio de los derechos reproductivos. Fecundidad total, deseada y no deseada, según nivel educativo y lugar de residencia alrededor de 1995



Nota: El gráfico presenta los promedios ponderados de las tasas de fecundidad total, deseada y no deseada, reportadas por las siguientes Encuestas Demográficas y de Salud (EDH): Bolivia (1994), Haití (1994/1995), Brasil (1996), Colombia (1995), Ecuador (1994), Guatemala (1995), Paraguay (1995/1996) Perú (1996) y República Dominicana (1996).

vi) *Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA*

Independientemente del aporte de los programas de salud reproductiva en la prevención de la transmisión del VIH —en particular mediante la educación sexual y en SR mediante el acceso expedito a los preservativos— los programas de prevención del SIDA son verticales y funcionalmente independientes en términos financieros y programáticos. No obstante, en Panamá y México el programa nacional de prevención y control del SIDA es formalmente un subprograma del correspondiente programa nacional de SR y planificación familiar. México montó un programa muy completo de prevención y control del SIDA, que incluye oferta de servicios con distribución sin costo de preservativos al nivel primario de atención, diagnóstico y tratamiento a otros niveles y una campaña de información, educación y comunicación.

Las campañas de información y educación utilizaron, con un gran impacto, los medios masivos de comunicación, incluida la televisión. Algunas encuestas hechas a mujeres en edad fértil en siete países alrededor de 1995 indican que el conocimiento de la existencia del SIDA

es casi universal en la población urbana de la región. En el medio rural, algunos países registran un conocimiento muy difundido de la enfermedad (Colombia, Haití, Jamaica y República Dominicana), mientras que en otros países —donde al parecer no se hizo una labor educativa sistemática— una fracción importante de esas poblaciones —que varía entre un tercio y dos tercios— desconoce el SIDA (Bolivia, Guatemala y Perú). Las diferencias son aún mayores cuando se investiga sobre el conocimiento sobre la prevención del VIH/SIDA. El 94% de las mujeres de las áreas rurales de República Dominicana declaró saber la forma de prevenirla y en las áreas rurales de países de baja difusión de información (Perú, Guatemala) sólo una de cada dos mujeres dijo saberlo. Algunas campañas de información y educación pública desataron polémicas y resistencia de grupos religiosos conservadores, que se oponen a la promoción del "sexo seguro" mediante el uso del condón o a que se hable abiertamente de la homosexualidad. Cabe destacar, sin embargo, que numerosos grupos religiosos llevaron a cabo campañas destinadas a combatir las actitudes de discriminación hacia los portadores del virus y hacia los enfermos de SIDA, y a desarrollar en la comunidad actitudes de respeto, acogida y cuidado hacia ellos, incluida la formación de centros para atender a los enfermos terminales.

vii) Salud reproductiva y equidad social

Como se mostró en secciones anteriores, es entre los pobres —en particular las mujeres en extrema pobreza del medio rural— donde la actividad sexual y reproductiva se suele iniciar más temprano, donde la fecundidad sigue siendo más alta y donde se registran los niveles más elevados de mortalidad materna. Numerosos estudios evidencian que la alta fecundidad de los pobres posee un importante componente de embarazos y nacimientos no deseados y que esta fecundidad no deseada es el resultado principalmente de un acceso limitado o nulo de las mujeres y hombres a información completa y a servicios de salud reproductiva y planificación familiar de buena calidad.

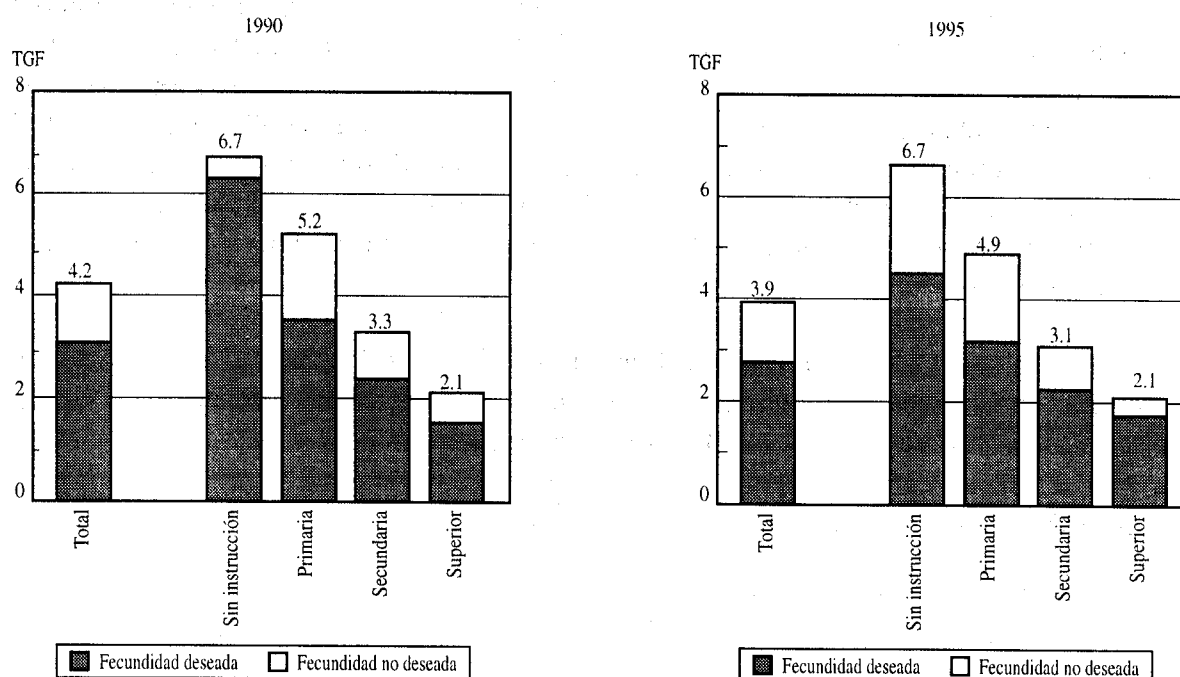
Conviene examinar ahora la medida en que se superó la desigualdad en el acceso a la información y medios que permiten el pleno ejercicio de los derechos reproductivos y en qué medida se cerraron las brechas sociales en materia de fecundidad no deseada.

Brechas entre la fecundidad deseada y la observada

La información consolidada para nueve países, que abarcan al 56% de la población de la región, muestra que hacia 1995 la fecundidad no deseada estaba aún fuertemente asociada con el nivel educativo de las mujeres, la que, a su vez, tiene estrecha relación con la posición socioeconómica. Así, mientras las mujeres con educación superior tenían una fecundidad total de apenas dos hijos por mujer y una fracción muy pequeña de fecundidad no deseada, la fecundidad de las mujeres sin instrucción —que cabe asumir vivían en condiciones de extrema pobreza— era casi de seis hijos por mujer y un 39% era no deseada. La tasa de fecundidad deseada de la población total de estos países estaba muy cerca del nivel de reemplazo y la fecundidad deseada de la población urbana —la que está absorbiendo el crecimiento demográfico— se ubicaba bajo ese nivel (gráfico 3). Entonces, si se crean condiciones sociales

e institucionales óptimas para el pleno ejercicio de los derechos reproductivos y la fecundidad no deseada llega al mínimo, las brechas de fecundidad por estratos sociales se reducirían considerablemente y la región en su conjunto tendría un nivel de fecundidad muy cercano al de reemplazo, hipótesis que es poco probable si la tendencia histórica continúa. El gráfico 4 compara la situación alrededor de 1990 y de 1995 en cinco de países de la región relativamente poco avanzados en su transición demográfica, que hacia ese último año tenían aún una fecundidad de tres o más hijos por mujer.¹⁹ La fecundidad no deseada se mantuvo en torno a 1.16 hijos por mujer, la fecundidad no deseada de las mujeres con educación superior es la que más disminuyó, la de las mujeres con nivel primario se mantuvo y la de las sin instrucción aumentó considerablemente. En este conjunto de países la brecha en materia de fecundidad no deseada parece aumentar y no se aprecia un avance significativo hacia una mayor equidad en el ejercicio de los derechos reproductivos en lo que a la fecundidad se refiere.

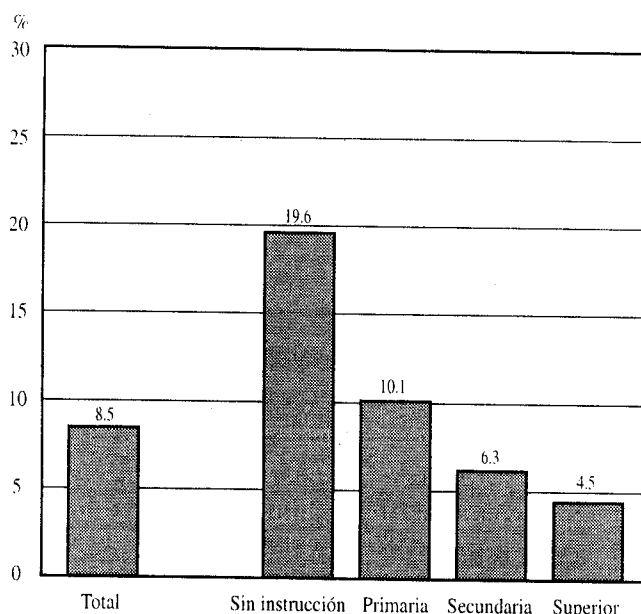
Gráfico 4
Cinco países de América Latina y el Caribe: Inequidades en el ejercicio de los derechos reproductivos. Fecundidad total, deseada y no deseada, según nivel educativo, alrededor de 1990 y de 1995



Nota: El gráfico presenta los promedios ponderados de las tasas de fecundidad total, deseada y no deseada, reportadas por las siguientes Encuestas Demográficas y de Salud (EDH): Bolivia (1989 y 1994), Ecuador (1987 y 1994), Guatemala (1987 y 1995), Perú (1991/1992 y 1996), y República Dominicana (1996).

¹⁹ Esos cinco países (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Perú y República Dominicana) representan sólo una pequeña fracción de la población de la región (13%), pero contienen el 73% de la población de aquellos países que hacia 1995 tenían tasas globales de fecundidad superiores a 3.

Gráfico 5
Ocho países de América Latina y el Caribe: Necesidad insatisfecha de planificación familiar, según nivel educativo, alrededor de 1995



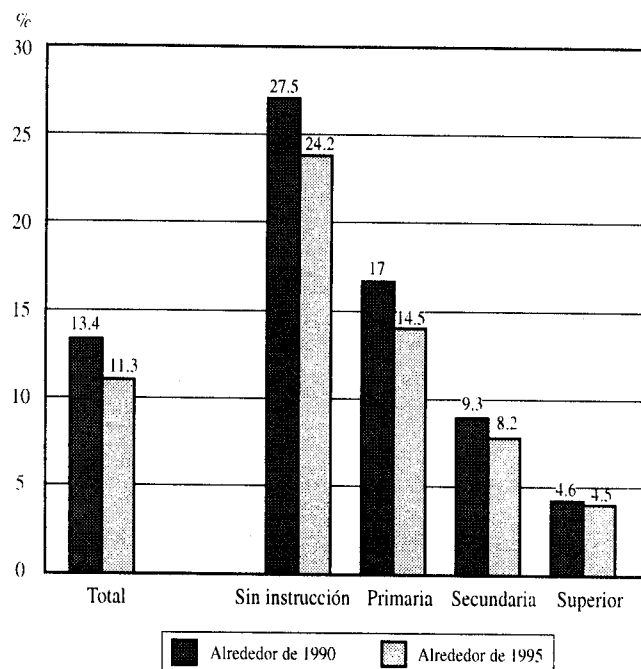
Nota: El gráfico presenta los promedios ponderados de las tasas de fecundidad total, deseada y no deseada, reportadas por las siguientes Encuestas Demográficas y de Salud (EDH): Bolivia (1989 y 1994), Ecuador (1987 y 1994), Guatemala (1987 y 1995), Perú (1991/1992 y 1996) y República Dominicana (1996).

Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar

Las brechas sociales en materia de fecundidad no deseada se originan en gran medida en el acceso desigual a servicios de planificación de buena calidad que proporcionen a las parejas y mujeres una gama de métodos anticonceptivos eficaces y les permitan decidir libremente el método más adecuado para espaciar los nacimientos o dejar de tener hijos. Algunas encuestas realizadas entre 1994 y 1996 en ocho países que contienen un 55% de la población de la región indican que un 8.5% de las mujeres en unión de ese conjunto no estaban usando ningún método anticonceptivo, a pesar de que eran fértiles, sexualmente activas y no deseaban embarazarse (véase el gráfico 5). Indican también que esta necesidad insatisfecha de planificación familiar se distribuye muy desigualmente por estratos sociales y que varía entre un 4.5% en las mujeres con educación superior y un 19.6% en aquellas sin instrucción.

Gráfico 6

Seis países de América Latina y el Caribe: Necesidad insatisfecha de planificación familiar, según nivel educativo, alrededor de 1990 y de 1995



Nota: El gráfico presenta los promedios ponderados de los porcentajes de mujeres con Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar, reportadas por las siguientes Encuestas Demográficas y de Salud (EDH): Bolivia (1989 y 1994), Colombia (1990 y 1995), Ecuador (1987 y 1994), Guatemala (1987 y 1995), Perú (1991/1992 y 1996), y República Dominicana (1991 y 1996). Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar corresponde al porcentaje de las mujeres unidas en edad fértil, sexualmente activas que no desean embarazarse y no están usando algún método anticonceptivo (esta definición varía ligeramente de país a país).

Se puede afirmar que, al menos seis de estos países, que cuentan también con encuestas realizadas cerca de 1990, la necesidad insatisfecha de planificación familiar se redujo durante la primera mitad de la década y que la brecha entre sectores sociales se está cerrando (véase el gráfico 6). Este avance está todavía muy lejos de ser satisfactorio, puesto que, en fecha reciente, una de cada cuatro mujeres unidas sin instrucción —presumiblemente en extrema pobreza— no estaba usando ningún método anticonceptivo.

Desigualdad en el acceso y calidad de los servicios

Cabe preguntarse por qué en este grupo de países relativamente menos avanzados en su transición demográfica la brecha social en cuanto a fecundidad no deseada ha aumentado, a pesar de que la brecha en cuanto a necesidad insatisfecha de planificación familiar se está cerrando. Esto puede deberse en parte al limitado acceso y/o baja calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, especialmente en las áreas rurales, lo que lleva a recurrir a métodos anticonceptivos tradicionales o a usar inapropiadamente métodos modernos. La baja calidad de los servicios se expresa con frecuencia en la falta o insuficiencia de personal de salud

capacitado para cumplir la función de consejeros, cuestión esencial para habilitar a las mujeres y sus parejas para una decisión libre e informada del método anticonceptivo que consideren más adecuado y para su correcto uso. Se expresa también en la limitada gama de métodos ofrecidos. Esta falta de correspondencia cualitativa entre oferta y demanda de servicios se aprecia en que mientras en las áreas rurales se cuenta con gestágenos orales y preservativos —adecuados para espaciar— aunque gran parte de la demanda viene de mujeres o parejas que no quieren más hijos y que buscan un método permanente o semipermanente.²⁰ En los países donde existen resistencias de carácter religioso o político a una oferta diversificada de opciones anticonceptivas por parte de los servicios de planificación familiar, ha ocurrido que los servicios públicos de salud, que son los que están en mejores condiciones para llegar a las poblaciones rurales pobres, no ofrecen en la práctica esterilización femenina y masculina, refiriendo a quienes solicitan estos servicios a las clínicas de las ONG.²¹ En algunos casos, la conjunción de acceso limitado a servicios de calidad y métodos apropiados con los prejuicios contra ciertos métodos modernos llevó a una alta prevalencia de uso de métodos tradicionales cuya baja eficacia resulta con frecuencia en embarazos y nacimientos no deseados. Como muestra el cuadro 3, el peso relativo de los métodos tradicionales en el conjunto de los usuarios de planificación familiar se redujo en la mayoría de los países, especialmente en Perú y en Honduras. Pero su peso sigue siendo muy significativo en algunos, en particular en Haití (27%), Perú (34%) y Bolivia (60%). La poca calidad de los servicios suele agudizarse en áreas de alta concentración de población indígena, debido a la baja sensibilidad tanto de los servicios de salud como de los programas de SR y planificación familiar y a la diversidad cultural de las comunidades servidas. Las respuestas de los países a la pregunta de la reciente encuesta del FNUAP sobre acceso universal a los servicios de SR, incluyendo planificación familiar, son elocuentes. Sólo tres países indicaron que el nivel era adecuado; dos indicaron que estaban tomando medidas adecuadas para dar cobertura universal; la mayoría (17) señaló que el nivel de acceso era inadecuado y que estaban tomando las medidas para universalizarlo, incluyendo planificación familiar, son elocuentes. Sólo tres países señalaron que el nivel de acceso era adecuado al momento de la CIPD; dos indicaron que estaban tomando medidas para entregar una cobertura universal, y la gran mayoría (17) declaró que si bien el nivel de acceso no era adecuado no estaban tomando medidas para universalizar el acceso.

²⁰ Según encuestas recientes de demografía y salud, el 76% de las mujeres unidas del área rural en Bolivia no querían tener más hijos. En Brasil esa cifra es del 73% y en Perú llega al 75% de las mujeres y al 73% de los hombres.

²¹ Durante 1995, en Nicaragua las esterilizaciones representaron sólo el 1.6% de los servicios de anticoncepción prestados por el Ministerio de Salud y el 64.7% de los servicios prestados por PROFAMILIA (reportado en "Responsabilidad Masculina en Salud Sexual y Reproductiva", informe preparado por el Grupo de Hombres contra la Violencia en el marco del proyecto de Seguimiento del Plan de Acción de la CIPD en Nicaragua).

Cuadro 3

INDICADORES DE FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ORDENADOS POR ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, SEGÚN ENCUESTAS
REALIZADAS EN EL PERÍODO 1985-1996

Etapa y país	Año de la encuesta	Tasas globales de fecundidad			Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas			
		Observada	No deseada	No deseada sobre observada (%)	Cualquier método	Método		
						Moderno	% Sobre cualquier método	
I INCIPIENTE								
Bolivia	1989	5.0	1.8	36.0	30.3	12.0	18.3	60.4
	1994	4.8	2.1	43.8	45.3	17.8	27.5	60.3
Haití	1989	6.0	-	-	10.2	9.4	0.6	6.0
	1994/1995	4.8	1.8	37.5	18.0	13.2	4.8	26.7
II MODERADA								
Belice	1991	4.5	1.1	24.4	47.0	42.0	5.0	10.6
	1985	4.2	1.1	26.2	47.3	45.0	2.3	4.9
El Salvador	1993	4.3	-	-	53.3	48.0	5.3	9.9
	1987	5.6	0.7	12.5	23.2	19.1	4.1	17.7
Guatemala	1995	5.1	1.1	21.6	31.9	27.2	4.7	14.7
	1991	5.2	-	-	47.0	34.0	13.0	27.7
Honduras	1996	4.9	-	-	50.0	41.0	9.0	18.0
	1992/1993	4.6	-	-	48.7	45.0	3.7	7.6
Nicaragua	1990	4.7	1.2	25.5	44.1	35.2	8.9	20.2
	1995/1996	4.4	0.3	6.8	50.7	41.3	9.4	18.5
III PLENA TRANSICIÓN								
Brasil	1986	3.5	0.7	20.0	65.8	57.0	8.8	13.4
	1996	2.5	0.7	28.0	76.7	70.3	6.4	8.3
Colombia	1990	2.9	0.7	24.1	66.1	55.0	11.1	16.8
	1995	3.0	0.8	26.7	72.2	59.3	12.9	17.9
Costa Rica	1986	3.6	-	-	69.0	45.0	24.0	35.0
	1993	3.1	-	-	75.0	62.0	13.0	17.3
Ecuador	1987	4.3	0.7	16.3	44.3	36.0	8.3	18.7
	1994	3.6	0.7	19.4	56.8	46.0	10.8	19.0
México	1986	3.8	-	-	53.0	45.0	8.0	15.1
	1995	2.7	-	-	66.5	57.0	9.5	14.3
Perú	1991/1992	3.5	1.5	42.9	59.0	33.0	26.0	44.1
	1996	3.5	1.3	37.1	64.2	41.3	22.9	35.7
Rep. Dominicana	1991	3.3	0.7	21.2	56.0	52.0	4.0	7.1
	1996	3.2	0.7	21.9	63.7	59.2	4.5	7.1
IV AVANZADA								
Trinidad y Tabago	1987	2.6	-	-	53.0	44.0	9.0	17.0

II.4 Fortaleciendo la colaboración con la sociedad civil

Una de las líneas de cambio en la estructura y operación del Estado que resultó de los procesos de democratización en la región fue el reconocimiento de la sociedad civil y sus organizaciones como participantes protagónicos del desarrollo y la creación de mecanismos e instancias que permiten su efectiva participación en la toma de decisiones y en la aplicación y monitoreo de las políticas y programas. Esto resulta, por una parte, de una nueva forma de hacer gobierno y, por otra, de la diversificación y fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil y de la consolidación del concepto de ciudadanía. Como todo cambio estructural, la participación de la sociedad civil no avanzó al mismo ritmo en todos los países, y en algunos casos incluso experimentó retrocesos. Además, las declaraciones no siempre se tradujeron en acciones y las instituciones creadas para permitir la participación de la sociedad civil tuvieron con frecuencia un carácter consultivo, sin que las organizaciones tuvieran participación efectiva en la toma de decisiones. No obstante, los progresos alcanzados son importantes y continúan.

La CIPD recomienda "... *fomentar una colaboración efectiva entre todos los niveles de gobierno y toda la gama de organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios locales en los debates y decisiones sobre la concepción, ejecución, coordinación, vigilancia y evaluación de programas relativos a la población, el desarrollo y el medio ambiente...*". CIPD 15.7).

- i) *Acciones gubernamentales para promover la participación de la sociedad civil en el diseño, aplicación y monitoreo de políticas y programas en el campo de población*

La mayoría de los gobiernos de la región han tomado acciones en este sentido, si bien en contextos diferentes y con modalidades distintas. En algunos casos se abrieron espacios de participación a la sociedad civil en las instancias que se ocupan de los programas de población. México creó consejos consultivos para sus programas nacionales de población y de la mujer; Belice actúa con su Subcomité de Política de Población; En Jamaica, ONG e instituciones del sector privado participan en su Comité Coordinador de la Política de Población, en el Subcomité de IEC y en el Grupo de Trabajo sobre Migración Internacional; Colombia cuenta con un Comité Técnico Asesor en Población y Medio Ambiente, que incluye a universidades y ONG; en 1997 Perú creó la Mesa Tripartita de Seguimiento al Programa de Acción, en la que participan representantes del Gobierno, de ONG, universidades y organismos internacionales. El gobierno de Venezuela se vinculó con la Red de ONG de Población y Desarrollo, cuyo objetivo principal es el seguimiento de los acuerdos de la CIPD, y en 1997 el Ministerio de Salud de Panamá dio inicio a un proyecto de Movilización y Concertación de Acciones Gubernamentales y de la Sociedad Civil en Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es la preparación del Plan Nacional de Acción en este campo. En otros casos, según se desprende de las respuestas a la encuesta del FNUAP, la participación nació a raíz del monitoreo de la aplicación de la Plataforma de Acción adoptada en la Conferencia de Beijing, lo que permitió abordar algunos temas centrales de la conferencia de El Cairo, como los de equidad de género, habilitación de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos, y salud sexual y reproductiva, todo con un papel protagónico de las organizaciones de mujeres y con grados variables de

compromiso del gobierno en países tales como Cuba, República Dominicana y Uruguay. De manera semejante, en Venezuela el Consejo Nacional de la Mujer, con amplia participación de la sociedad civil, preparó y adoptó el Plan Nacional de la Mujer 1998-2003. Una tercera situación es la de aquellos países que crearon instancias transitorias o permanentes de diálogo y concertación con la sociedad civil en torno al proyecto de país, la estrategia general de desarrollo o el curso que debe seguirse en materia de desarrollo social. En estos espacios los temas de población son pertinentes e incluso relevantes; sin embargo, su importancia dependió de la prioridad dada a estos temas por los diversos actores sociales y políticos que ahí participan. Ejemplos de este escenario son Ecuador —que puso en marcha un proceso de planificación estratégica de largo plazo titulado "Ecuador 2025", con participación de la sociedad civil— y Trinidad y Tabago, que en 1998 estableció el Consejo Civil para el Desarrollo Social como contraparte civil del Consejo Interministerial para el Desarrollo Social. Cabe mencionar también a República Dominicana, que en 1996 fundó los "consejos de desarrollo provincial", en 1997 organizó las Jornadas de Concertación, que culminaron con un Foro Nacional de Políticas Públicas Sociales y en marzo de 1998 concertó un "Diálogo Nacional" entre el Gobierno, diferentes sectores de la sociedad civil —incluyendo organizaciones de mujeres— y los partidos políticos. Un ejercicio semejante se realizó en octubre de 1997 en Bolivia, el que se centró en los conceptos de oportunidad, igualdad, institucionalidad y dignidad y que contó con una activa participación de ONG de mujeres.

En algunas ocasiones estos espacios de participación sirvieron para legitimar e incluir temas de población en la agenda nacional por iniciativas de la sociedad civil. Un ejemplo es Panamá, donde el Foro de la Mujer y el Desarrollo preparó un Plan Nacional de la Mujer y Desarrollo y lo propuso en el ejercicio nacional de concertación denominado "Bambito III" entre el gobierno y la sociedad civil, en el que participaron activamente los organismos internacionales; se logró que ese plan fuera asumido como política pública e incluido en el Pacto Compromiso para el Desarrollo firmado por todas las partes.

ii) *El papel de las organizaciones de mujeres*

Sin duda, el papel más importante fue desempeñado por las organizaciones de mujeres, que se conectaron con redes nacionales, subregionales y regionales sobre temas específicos, como los derechos sociales, económicos y políticos de la mujer, la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos, la SR y la violencia sexual y doméstica. Este papel se vio facilitado por el diálogo y la concertación entre el Estado y la sociedad civil y con frecuencia fueron las organizaciones de mujeres las que promovieron cambios en el ámbito legislativo y propiciaron la creación de nuevas instituciones y la adopción de políticas públicas.

En algunos casos, la acción de las organizaciones de mujeres estuvo orientada a crear conciencia pública y en los actores políticos sobre sus demandas y propuestas, lo que resultó en la preparación de agendas o planes de acción. En Nicaragua, por ejemplo, el Foro de Mujeres, que contó con la representación de los sectores económicos, políticos y sociales del país, organizó el Primer Encuentro de Mujer y Política, que culminó con la elaboración de una Agenda Mínima Nacional para promover una sociedad con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres; en esa ocasión se formó la Coalición Nacional de Mujeres. La *National Women's Task*

Force de Belice está preparando el Plan de Desarrollo de Género. En Venezuela, la Red de Población y Desarrollo y la Coordinadora Nacional de Mujeres elaboraron el Plan de Acción de Empoderamiento de la Mujer y Desarrollo 1988-2000 y trabajan para lograr su aprobación.

En esta misma línea, en Costa Rica trabaja un grupo de ONG denominado "La Agenda Política de las Mujeres", en el que participan mujeres de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil y que incluyó temas del Programa de Acción de la CIPD. En Ecuador opera la Coordinadora Política de Mujeres, que creó una Comisión Bipartita para definir una agenda conjunta con el gobierno; también opera la Coordinadora de Salud y Género, que está relacionada más directamente con los temas de El Cairo. En otros casos, la acción de las organizaciones de mujeres ha estado dirigida principalmente a modificar o ampliar la legislación en relación con los grandes temas, objetivos y tareas propuestas en El Cairo y en Beijing. Ejemplos de este trabajo se aprecia en Haití, donde un grupo de veintitrés ONG de mujeres trabaja con los parlamentarios para revisar las leyes discriminatorias contra la mujer, y en República Dominicana donde se constituyó la Comisión Honorífica de Mujeres Asesoras del Senado. En México, la agrupación feminista DIVERSA trabajó con ocho partidos políticos en una Agenda Legislativa para luchar por los derechos de las mujeres.

Las organizaciones de mujeres jugaron un papel decisivo en la creación de conciencia pública sobre la violencia en contra de las mujeres y en la adopción de legislación, el establecimiento de instituciones y la formulación de políticas públicas al respecto. Con estos objetivos se establecieron muchas redes de instituciones y personas a nivel nacional, denominadas normalmente "red contra la violencia doméstica y sexual".²²

Se han establecido, al mismo tiempo, redes de cobertura regional o subregional que junto con respaldar las iniciativas nacionales, facilitaron el flujo de información y compartieron experiencias; esto hizo posible la realización concertada de estudios y campañas de creación de conciencia. La Red del Cono Sur, establecida a fines de 1989, fue una de las primeras iniciativas de este tipo; un año más tarde se creó la Red Feminista de América Latina y el Caribe en contra de la Violencia Sexual y Doméstica.

²² En UNFPA, 1998, *Violencia de género en América Latina y el Caribe: una cuestión de salud y de derechos sexuales y reproductivos* se mencionan como ejemplos de estas redes a la Red contra la Violencia en Nicaragua, la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, la Red Argentina contra la Violencia Doméstica y Sexual, La Red Uruguaya contra la Violencia, la Red Brasileña contra la Violencia Doméstica y Sexual, la Red Ecuatoriana contra la Violencia, y diversas coaliciones en Venezuela y México.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y CARIBEÑAS

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, surgió por decisión de 60 grupos que participaron en el Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres realizado en Tenza, Colombia, en 1984. En dicha ocasión se vio la necesidad de contar con una instancia de coordinación a nivel regional que diera cohesión las actividades de los grupos en torno a objetivos comunes, tales como promover la salud y los derechos de las mujeres y mejorar su calidad de vida.

En sus primeros 10 años de funcionamiento, la Red fue coordinada por ISIS Internacional en Santiago, Chile. Desde 1995, y por acuerdo de su Consejo Directivo, funciona autónomamente con la categoría de fundación, e integra cerca de dos mil grupos y personas de América Latina y el Caribe y también de América del Norte, Europa, África, Asia y Oceanía.

Sus **objetivos** son:

Promover la salud, los derechos y la ciudadanía de las mujeres a través de todo su ciclo vital, desde la niñez hasta la ancianidad.

Contribuir a legitimar el concepto, la defensa y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Difundir y democratizar el conocimiento en salud y la producción de experiencias y saberes de las mujeres.

Promover y facilitar el ejercicio de ciudadanía en salud por parte de las mujeres a todo nivel.

Promover y facilitar procesos de habilitación de las mujeres, incluida su participación en instancias de decisión.

Entre sus **actividades** cabe destacar:

- Edición trimestral de la *Revista Mujer Salud y Women's Health Journal*, y publicación anual de los
- *Cuadernos Mujer y Salud y Women's Health Collection*;
- Coordinación, auspicio y participación en campañas y eventos;
- Coordinación de proyectos regionales de monitoreo, investigación y aplicación de los programas
- de acción surgidos de conferencias y foros internacionales relacionados con las mujeres;
- Desarrollo de programas regionales de formación de recursos humanos; y
- Elaboración de una base de datos con información actualizada de los grupos y personas que integran la Red y
- de sus producciones.

Fuente: Revista Mujer y Salud, 1/98

Las redes no se restringieron al tema de la violencia contra la mujer. Así, la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), una de las entidades más dinámicas en este campo, puso énfasis en fortalecer a sus organizaciones en el monitoreo y fiscalización, desde la sociedad civil, del cumplimiento de los compromisos contraídos por los gobiernos en las cumbres y conferencias mundiales en relación con la salud de las mujeres y temas conexos, que es un componente importante del pleno ejercicio de la ciudadanía en una sociedad democrática. Esta red —apoyada por el FNUAP y 13 organizaciones de mujeres, incluyendo dos redes nacionales— monitoreó los consensos de El Cairo en cinco países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú).

iii) *Participación del sector privado, incluyendo las ONG, en la creación y puesta en marcha de servicios de salud reproductiva*

El sector privado, tanto el comercial como el no lucrativo —este último integrado principalmente por ONG— desarrolla desde los años sesenta un importante papel en el campo que ahora se define como de salud reproductiva. El sector comercial, dado el costo de sus servicios, se encarga principalmente las necesidades de los sectores de ingresos relativamente altos, y ofrece habitualmente una amplia gama de servicios en el campo de salud reproductiva. Los estratos medios y bajos de la población dependen básicamente de los servicios provistos por los hospitales, centros y puestos de salud del sector público y clínicas de ONG. La tendencia general es que el sector público cubre el componente materno infantil, patologías del sistema reproductivo, enfermedades de transmisión sexual y —con grados de cobertura variable— los servicios de planificación familiar, las ONG se centran en la planificación familiar y algunos aspectos específicos, como la detección precoz del cáncer cérvico-uterino, con fuerte apoyo de información, educación y comunicación. En un acápite anterior ya se examinaron los avances en el campo de servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y en la promoción de la maternidad sin riesgo.

Examinaremos ahora la importancia del sector privado y su tendencia en años recientes, para cuyo efecto se usará como indicador el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos modernos recibidos del sector privado. Las encuestas demográficas y de salud entregan información para al menos once países de la región, con sondeos realizados alrededor de 1990 y de 1995. El cuadro 4 evidencia grandes diferencias entre países en el papel jugado por el sector privado comparado con el sector público. Alrededor de 1995 el sector privado desempeñaba un papel muy importante en la provisión de servicios de planificación familiar y cubría más del 60% de la demanda en seis de los once países (Haití, Guatemala, Paraguay, Colombia, Ecuador y República Dominicana); Brasil (54%) se ubica muy cerca de ese nivel. Su papel era secundario en los países que tienen programas estatales importantes en el campo de salud reproductiva y planificación familiar (México, Perú) o que tienen una amplia cobertura de salud pública, con SR/PF como componente regular de la oferta de servicios (Costa Rica). En cuanto a la tendencia, se observa que, con la excepción de Ecuador —donde el papel del sector privado aumentó un 75%—, en los otros ocho países que cuentan con datos, alrededor de 1990 el papel del sector privado se mantuvo o decreció. La disminución más significativa se observa en Bolivia, lo que estaría reflejando un papel cada vez más activo del sector público en este campo; en este país, la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción era aún muy baja (17.8%) hacia 1994 y una fracción muy alta (44%) de la fecundidad observada era no deseada. El papel de los sectores privado y público en la esterilización femenina es diferente. El sector público entregó más del 70% de las prestaciones en Costa Rica, Perú, México y Brasil; en Bolivia, Guatemala, Colombia y República Dominicana alrededor del 60% de las intervenciones corresponden al el sector privado; ese porcentaje aumentó en Guatemala y especialmente en Bolivia. Las farmacias desempeñaron un papel importante al interior del sector privado en varios países, que aumentó en años recientes. Casi la mitad de las mujeres atendidas por el sector privado obtuvieron sus métodos anticonceptivos en farmacias en Bolivia, Paraguay, Brasil, Costa Rica y Perú.

Cuadro 4

**PORCENTAJE DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS
PROPORCIONADOS POR EL SECTOR PRIVADO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.
ALREDEDOR DE 1990 Y DE 1995**

País	Año de la encuesta	Alrededor de 1990					
		Métodos modernos*			Métodos modernos*		
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Bolivia	1989/1994	82.1	34.8	37.6	37.3	21.3	63.4
Haití	1989/1994-95	-	-	-	74.0	24.3	48.2
Guatemala	1987/1995	73.4	24.3	55.7	70.4	11.6	60.8
Paraguay	1990/1995-96	76.5	48.3	46.3	68.9	47.0	46.9
Brasil	1986/1996	-	-	-	54.1	35.7	27.2
Colombia	1990/1995	74.3	28.6	75.6	72.1	33.1	59.4
Costa Rica	1986/1993	24.0	13.0	10.0	26.0	13.0	5.0
Ecuador	1987/1994	55.0	6.0	41.0	62.2	16.4	37.0
México	1987/1995	38.1	21.9	24.8	28.9	-	27.9
Perú	1991-1992/1996	50.5	19.1	35.5	27.8	15.4	19.2
Rep. Dominicana	1991/1996	64.7	12.2	62.5	63.4	15.0	58.7

* Se incluye también la esterilización femenina.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.

Cuando en la encuesta del FNUAP se preguntó si el gobierno había tomado nuevas medidas para promover la participación del sector privado en la aplicación de los servicios de salud reproductiva, trece de los veintidós países respondieron que el sector privado había desempeñado un papel muy activo y que el gobierno no tomó medidas para aumentar o mejorar esa participación; otros cuatro señalaron que el sector privado no tiene un papel activo y que no se han tomado medidas para activarlo y sólo cinco mencionaron medidas específicas para fortalecerlo; estas respuestas ilustran sobre lo que se hace y lo que se podría hacer. México señaló la capacitación por parte del sector público de prestadores de servicios del sector privado y el apoyo del gobierno a programas de mercadeo social de anticonceptivos. Trinidad y Tabago menciona el programa "Adoptando una Comunidad", que fomenta la colaboración directa entre el sector privado y el gobierno en servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva. Jamaica citó el Programa de Elección Personal, en el que participaron prestadores privados de servicios en procura de ampliar el abanico de opciones en planificación familiar. Ecuador y República Dominicana involucraron de manera activa al sector privado y a la comunidad en sus planes para reducir la mortalidad materna e infantil. Este último país señala igualmente que fomentó la participación del sector privado en el diseño y aplicación de la estrategia nacional de IEC y en el Programa de Educación Sexual Integral y Familiar.

iv) Obstáculos, desafíos y oportunidades para promover una mayor participación de la sociedad civil en políticas y programas de población y desarrollo

En las respuestas de los países a la encuesta del FNUAP destacan como principales obstáculos gubernamentales para la mayor articulación con la sociedad civil la falta de mecanismos de coordinación entre las ONG y el gobierno (ocho países), la hostilidad o relaciones de confrontación entre ambos (cinco países) y la falta de conciencia o comprensión de la importancia de la colaboración entre el sector público y el privado por parte de los funcionarios de gobierno (cinco países). Perciben que los obstáculos que encuentran las instituciones de la sociedad civil para establecer el vínculo son su debilidad institucional (nueve países), la falta de recursos financieros (nueve países) y la ausencia de mecanismos de coordinación.

Mientras la mayoría de los países tiene cierta claridad sobre los obstáculos para una mejor colaboración entre el estado y la sociedad civil, sólo seis mencionaron alguna oportunidad para mejorar y fortalecer esa colaboración. Se citaron, entre otras, el diseño de un nuevo plan de desarrollo en El Salvador; la creciente madurez de muchas ONG en el contexto de democratización en México, y la próxima puesta en marcha del Consejo Nacional de Planificación Económica y Social en Nicaragua, que contará con la participación orgánica de la civilidad mediante representantes de organismos empresariales, laborales, cooperativos y comunitarios. Panamá destaca el valor del modelo utilizado por el Foro Mujer y Desarrollo, que, al unir a las mujeres alrededor de una sola meta, superó las divisiones políticas y los intereses económicos. Inspirado en ese modelo, el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia está impulsando ahora el Foro Nacional Juventud.

II.4 El papel de la cooperación internacional

Desde el decenio de 1960, la cooperación internacional viene desempeñando un papel muy importante en la promoción y apoyo técnico y financiero a las actividades de población y desarrollo. En un principio, muchas de las actividades en este campo se realizaron mediante proyectos financiados parcial o totalmente con apoyo externo. En las últimas cuatro décadas, la tendencia general de los países se orientó a internalizar e institucionalizar estas actividades y asumieron gran parte de su financiamiento. No obstante, las actividades de algunos países siguen dependiendo en forma importante de la asistencia internacional, ya sea porque algunas de estas actividades son consideradas políticamente sensitivas y/o de baja prioridad, ya sea porque los recursos nacionales son muy limitados en todos los frentes del desarrollo, o por una combinación de ambos factores.

Las fuentes primarias de recursos financieros para la cooperación internacional son los países donantes y las instituciones privadas; los recursos son canalizados hacia los recipientes (organismos públicos y privados, principalmente ONG, nacionales y regionales), por medio de instituciones bilaterales, multilaterales y ONG. Recientemente se desarrollaron nuevas formas de cooperación de carácter horizontal, recomendadas por la CIPD, esta vez entre instituciones de países en vías de desarrollo. La cooperación internacional en el campo de población, al igual que en otros campos del desarrollo, tomó la forma de asistencia financiera, de provisión de equipos e insumos —con la provisión de anticonceptivos como uno de los rubros más importantes— y de asesoría técnica, incluida la capacitación.

i) *Magnitud, canales de distribución y principales beneficiarios de la asistencia internacional*

En estas cuatro décadas la asistencia financiera ha tenido básicamente el carácter de no reembolsable. En este análisis no se consideran los fondos obtenidos como créditos, puesto que deben ser reembolsados.

Magnitud

El total de la asistencia internacional a la región para actividades de población, medida en dólares constantes de 1990, subió ligeramente en los años anteriores a la CIPD (9% entre 1990 y 1993); dicho en cifras absolutas, subió de 92.3 millones a 100.6 millones de dólares. En 1994, año de la CIPD, aumentó a 167.4 millones (66%). En el período 1993-1994 la región logró casi el 19% de la asistencia mundial, proporción bastante mayor que la captada en 1986 (15.8%) o en 1990 (15.3%). A partir de la CIPD, la región perdió prioridad: El total de la asistencia a nivel mundial se incrementó entre 1994 y 1995 en 34% en términos nominales, y lo captado por la región permaneció al mismo nivel y decreció en términos per cápita. Esta tendencia no continuó en 1996, cuando la asistencia para actividades de población para el conjunto de los países en vías de desarrollo mantuvo, en términos nominales, el nivel alcanzado el año anterior, situación que también es válida para la región.

**GASTOS FINALES EN ASISTENCIA INTERNACIONAL EN POBLACIÓN EN PAÍSES Y TERRITORIOS
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, POR CANAL DE DISTRIBUCIÓN, 1990-1996**
(en miles de dólares)

Fuente: UNFPA, *Global Population Assistance Report 1996*.
Nota: Información en dólares corrientes.

Canales

El análisis de las vías utilizadas para hacer llegar esta asistencia a los países de la región muestra una posición consolidada de las ONG como medio principal, pues canalizaron la mitad de la asistencia externa en 1996; las agencias bilaterales tuvieron a su cargo alrededor de un tercio y los organismos multilaterales perdieron importancia y en el último año reportado canalizaron sólo el 16% de la cooperación internacional en el campo de población (véase el cuadro 5)

El FNUAP, que continúa siendo el principal canal multilateral, elevó notablemente su contribución a América Latina y el Caribe entre 1990 (19.1 millones de dólares) y 1995 (32.2 millones de dólares). Sin embargo, al año siguiente ese monto, en términos nominales, se redujo en casi un 25%.

La Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) ha sido la mayor fuente original y el principal canal bilateral de la asistencia internacional en población y desarrollo, y su objetivo principal fue la estabilización del crecimiento poblacional. Durante los últimos cinco años ha aportado más de 500 millones de dólares para el logro de objetivos centrales en el área de población y salud reproductiva, dando alta prioridad a la planificación familiar y a mejorar el acceso y la calidad de los servicios para los grupos tradicionalmente marginados. Su asistencia ha incluido también componentes de salud materna, prevención del HIV/SIDA, salud adolescente y habilitación de las mujeres. Entre las prioridades de la USAID ha estado el fortalecer la capacidad de las ONG en la prestación de servicios, investigación y promoción. Dada la importancia de la contribución de la USAID en el campo de población y desarrollo, ha causado gran preocupación su reciente política de reducir su contribución en varios países y de retirarse de otros. En efecto, al comparar los fondos presupuestados para 1997 y 1999 se aprecia que la contribución total para la región se reduce de 167 millones de dólares a 140 millones, esto es en un 16%. La mitad de esta ayuda externa es captada por tres países (Haití, Bolivia y Perú) en los que se ha ido concentrando la asistencia, mientras que en los demás países tradicionalmente apoyados por la USAID en este campo esta ayuda ha ido disminuyendo. Las mayores reducciones afectan a México y a Brasil.

Principales beneficiarios

Los cinco países que captaron las mayores porciones de la asistencia internacional durante 1995-1996 fueron Perú (43.9 millones de dólares), México (41.8 millones), Haití (40.2 millones), Brasil (35.5 millones) y Bolivia (31.1 millones), cifras que corresponden al 50% de la asistencia internacional a la región en el campo de población. Si consideran los tamaños diferentes de población entre los países y se considera la captación per cápita, los cinco países más beneficiados fueron Nicaragua (\$5.40 per cápita), Haití (\$5.35), Bolivia (\$3.88), Jamaica (\$3.28) y Honduras (\$2.96). Excluida Jamaica, son los países que en 1995 tenían los ingresos per cápita más bajos, lo que muestra que la distribución de la asistencia internacional fue equitativa y concordante con el espíritu del Programa de Acción de la CIPD (FNUAP, 1997).

ii) La provisión de anticonceptivos

Las agencias de cooperación internacional respondieron al llamado de la CIPD y aumentaron su contribución en términos de provisión de anticonceptivos a los países en vías de desarrollo de 118.4 millones de dólares en 1994 a 143.9 millones en 1995 y a 172.2 millones en 1996, lo que representa incrementos sucesivos de 21.5% y de 19.6% en este breve período. Los principales contribuyentes fueron la USAID, que aportó el 31% de los anticonceptivos donados por 16 agencias en estos dos primeros años de aplicación del PA y el FNUAP con el 24%. La región recibió entre 1995 y 1996 anticonceptivos por un valor de 32.4 millones de dólares, lo que corresponde al 10.3% del total gastado por la asistencia internacional en anticonceptivos en todo el mundo. Ese porcentaje es semejante al peso de la población regional en el total mundial (10.5%). No obstante, es menor que la registrada en los dos años anteriores a la CIPD (15.6%) debido a que el incremento se canalizó principalmente hacia África y Asia.

Si se comparan las donaciones con las necesidades estimadas para 1994-1996, se comprueba que —excluidos los DIU, pues la donación de las agencias superó en un 21% a las necesidades estimadas— en los otros métodos quedó muy por debajo de las necesidades. Así, la entrega de condones fue suficiente para cubrir sólo el 47.6% de las necesidades estimadas, la de inyectables sólo el 21% y la de píldoras apenas el 10.2% (FNUAP, 1996).

iii) La asistencia técnica

Las agencias y las ONG internacionales no sólo contribuyeron financiando proyectos e insumos sino también con expertos o mediante contratos de servicios de empresas asesoras, que dieron asesoría técnica y entregaron capacitación en beneficio de las instituciones nacionales gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el campo de población y desarrollo. La asesoría y la capacitación se orientaron principalmente hacia los países con menor capacidad técnica propia y su objetivo era lograr su autosuficiencia en materia de recursos humanos.

Una contribución amplia y sistemática en materia de asistencia técnica fue proporcionada a partir de 1992 por el Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe y por el CELADE; en este último caso corresponde hacer hincapié en el papel desarrollado en la capacitación y en el desarrollo y en la aplicación de nuevos programas de computación. Las ONG internacionales han jugado también un papel importante en este campo. La oficina regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), por ejemplo, proporcionó durante 1996 asistencia técnica, principalmente en beneficio de sus instituciones miembros, por un valor equivalente a 2.6 millones de dólares, que representa el 17% de los fondos canalizados ese año por la IPPF hacia la región. Esos recursos permitieron en años recientes, entre otras cosas, formar equipos nacionales de asesoría en algunos países para mejorar la gestión de los programas (Honduras, México) o en el caso de las islas más pequeñas del Caribe, prestar asesoría para ampliar su oferta de servicios al campo de salud sexual y reproductiva con énfasis en los jóvenes. Otro de sus propósitos ha sido el mejoramiento de la capacidad de evaluación.

III. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACCIÓN PARA EL FUTURO

Del análisis de la situación y del examen de lo realizado por los países de la región en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD surgen cuatro vectores principales para la acción futura en el campo de población: i) la necesidad de avanzar hacia la plena **integración** de las instituciones, políticas, programas y actividades de población en la corriente central de las estrategias y políticas de desarrollo; ii) la necesidad de una definición más clara de las prioridades y de focalizar las acciones en los más pobres y los históricamente marginados en busca de una mayor igualdad social; iii) la necesidad de profundizar y ampliar la **participación** de la sociedad civil y, iv) la necesidad de profundizar en la **dimensión sociocultural** de los cambios que se quiere inducir al implementar el Programa de Acción, la mayoría de los cuales requiere de profundas transformaciones en los valores, actitudes y patrones de comportamiento de las personas y en la naturaleza de las instituciones, como la planificación estratégica, la gestión social participativa, la equidad de género y el propio concepto de "salud reproductiva".

III.1 Población y políticas públicas

Las líneas substanciales de acción en este campo dicen relación con la redefinición de los marcos institucionales en el contexto de la modernización del estado; la integración de las políticas, programas e insumos de población en las estrategias, políticas y programas de desarrollo definidas como de primera importancia por los gobiernos; la reorientación e intensificación de las actividades de capacitación en función de las demandas emergentes; la institucionalización de nuevos instrumentos de generación de datos básicos y la facilitación del acceso de los usuarios a los mismos; la reactivación de la investigación en el campo de la población y el desarrollo, poniendo hincapié en los temas emergentes, y el pleno aprovechamiento de la red INTERNET en las áreas de documentación, información y docencia. En particular, aparecen las siguientes líneas centrales de acción para el futuro:

- Considerar la conveniencia de transferir o asignar las funciones y atribuciones dadas tradicionalmente a los "consejos de población" o entidades equivalentes a las nuevas instituciones que los países han creado para asumir la planeación estratégica del desarrollo, con participación del sector privado y de la sociedad civil, bajo la forma de "consejos nacionales de desarrollo sostenible", "consejos nacionales de desarrollo humano" o entes equivalentes. Esta integración facilitaría la consideración sistemática de la dimensión demográfica y de las políticas y programas de población en los procesos y productos de la planeación estratégica.
- Utilizar los espacios que abren las estrategias y planes de ordenamiento territorial y del manejo sostenible de los recursos naturales y el medio ambiente para formular propuestas sobre la distribución espacial de la población y los asentamientos humanos.

- Aprovechar los acuerdos de integración económica subregional y regional para perfeccionar las políticas de migraciones laborales —incluyendo el trato a los migrantes en los lugares de destino y el envío de remesas a sus familias— con vistas a la progresiva integración de los mercados de trabajo y la articulación de los sistemas de seguridad social.
- Desarrollar dentro de las instituciones responsables del diseño y aplicación de las políticas sociales —en particular las que tienen a su cargo los programas para erradicar la pobreza— la capacidad para integrar la dimensión demográfica en sus diagnósticos y ejercicios de diagnósticos, así como las políticas y programas de población en el diseño de sus estrategias de acción. Esto requiere sensibilizar a los ejecutivos y profesionales que ahí trabajan respecto al alto significado de la dimensión demográfica en su campo de acción y contar con especialistas que aseguren la calidad técnica de esa integración.
- Promover la recolección de datos y la realización de estudios y análisis prospectivos sobre fenómenos de gran importancia para las políticas de desarrollo, como el envejecimiento de la población, la migración internacional hacia países industrializados y la movilidad espacial de los recursos humanos en el marco de los procesos de integración económica subregional y regional.
- Crear condiciones que aseguren la utilización óptima de los insumos sociodemográficos en la planificación y gestión de programas en las instancias provinciales y municipales, y en el marco de los procesos de descentralización, lo que requiere acciones orientadas hacia:
 - * poner a disposición de las instituciones provinciales y municipales que corresponda los equipos y programas de computación y las bases de datos que permitan análisis con alto grado de desagregación;
 - * capacitar los recursos humanos necesarios para usar esos programas y analizar los resultados;
 - * desarrollar en centros de investigación, universidades y empresas consultoras la capacidad técnica para asesorar a los gobiernos locales, particularmente los municipios pequeños, en la utilización de insumos sociodemográficos.
- Asegurar la formación de recursos humanos especializados en demografía, estudios de población e integración de la dimensión poblacional en el plano de las políticas públicas a todos los niveles; ellos deberán tener una capacidad profesional adecuada a las necesidades actuales y futuras. Corresponde considerar la conveniencia de diseñar programas regionales y subregionales que respondan a las necesidades de los países pequeños o de menor desarrollo relativo y utilicen al máximo la capacidad instalada de algunos países de la región, con un enfoque de cooperación horizontal.

- Asegurar la disponibilidad oportuna de datos de buena calidad que permitan el cumplimiento de las tareas implicadas en los puntos anteriores. Con este fin, será importante:
 - * Que los países y la comunidad internacional movilicen oportunamente los recursos financieros y técnicos requeridos para la realización oportuna de los censos de población correspondientes a la ronda del año 2000.
 - * Que los países que han realizado con regularidad encuestas de demografía y salud institucionalicen esta práctica y busquen, en la medida en que sus condiciones fiscales lo permitan, lograr una dependencia cada vez menos del financiamiento externo. Los países que no han realizado estas encuestas durante la presente década deberían considerar su realización, independientemente del grado de avance en que se encuentren en su transición demográfica. Todos los países deberían considerar la conveniencia de aumentar el tamaño de la muestra de estas encuestas y hacerla representativa a nivel subnacional para permitir su utilización por los gobiernos federativos o provinciales; se señala la importancia de incluir módulos para hombres y para adolescentes de ambos sexos.
 - * Que los países que disponen de encuestas periódicas de hogares consideren la posibilidad de introducir un módulo especial destinado a recoger información sociodemográfica que sea relevante para el diseño de las políticas públicas, su aplicación y seguimiento.
- Aprovechando la experiencia ganada por algunos países de la región en el seguimiento conjunto de los compromisos contraídos en el amplio campo del desarrollo social en sucesivas cumbres y conferencias internacionales —incluida la CIPD—, considerar la posibilidad de establecer sistemas integrados de indicadores con ese propósito y crear una entidad central que se ocupe de coordinar el seguimiento de todas las cumbres y conferencias.
- Promover que los productores de información relevante en el campo de población y desarrollo utilicen los sitios *web* de la red INTERNET para permitir el acceso de los usuarios a esa información, y apoyar la capacitación de personal en este campo.

III.2 Equidad de género y habilitación de las mujeres

En los años recientes se lograron avances substanciales en la sociedad civil mediante la formación de organizaciones de mujeres que luchan por sus derechos y por la igualdad de oportunidades, las que se han visto fortalecidas por su articulación en redes nacionales e internacionales. Este ha sido un factor decisivo en las acciones en el frente legislativo, en el establecimiento de ministerios de la mujer o instituciones equivalentes a nivel gubernamental, y de la creación de instancias de concertación entre el sector público y la sociedad civil en este campo. Esto ha ocurrido en grado muy diferente entre países.

Es mucho menos lo que se avanzó en cuanto a la masculinidad y la organización de los hombres en torno a la temática de género y en la promoción de un cambio cultural que permita que las relaciones entre géneros pasen de una cultura de dominación a una de cooperación. Las líneas de acción que se enuncian a continuación ya están marcadas por aquellos países y organizaciones de la sociedad civil que han sido pioneros en el cambio. Las tareas que se señalan a continuación apuntan básicamente a aprender de la experiencia ganada, a transferirla y a ampliar su escala hasta obtener una equidad de género consolidada y autosustentada.

- Compartir y evaluar la experiencia de aquellos países que establecieron ministerios o secretarías de Estado de la mujer y considerar su creación en los otros países.
- Creación donde no existan —y fortalecimiento donde ya existan— de instancias que permitan concertar las acciones del sector público y la sociedad civil en la promoción de la equidad de género y la habilitación de las mujeres mediante legislaciones y políticas públicas y aprovechar la experiencia de aquellos países que ya establecieron "institutos nacionales de la mujer" u organismos equivalentes.
- En el ámbito legislativo, y con la participación de legisladores, juristas y representantes de las organizaciones de mujeres y de hombres pertinentes abocarse a una revisión sistemática de la legislación existente, con el propósito de modificar aquellas leyes y reglamentos que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos de la mujer, de enjuiciar y sancionar toda forma de violencia contra la mujer y la niña, y buscar igualdad de hombres y mujeres ante la ley, promoviendo al mismo tiempo nuevas leyes que llenen los vacíos existentes. Esta línea debe incluir un trabajo de sensibilización y de educación de legisladores y de jueces en cuanto al enfoque de género en la actividad legislativa y judicial y sobre la equidad de género como un valor tutelado.
- Evaluar las instituciones establecidas para la protección y el apoyo de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual —como las "casas de la mujer"— y replicarlas donde no existan.
- Evaluar el impacto social de los "planes de igualdad de oportunidades" o de "equidad de género" que varios países aplicaron y considerar su aplicación en las otras naciones.
- Los países que están en procesos de reforma de sus sistemas educacionales e introduciendo ejes transversales en los currículos de la educación primaria y secundaria debieran aprovechar ese nicho para introducir los temas de equidad de género y, en ese contexto, los derechos sexuales y reproductivos.
- Promover el uso de los medios masivos de comunicación, particularmente la televisión, como instrumentos para crear conciencia pública sobre la desigualdad de género que exista a nivel de las leyes, instituciones y patrones culturales y promover la igualdad social y de género. Es necesaria la investigación social sobre los contenidos de los mensajes y programas y la forma en que éstos inciden sobre los valores, actitudes y

comportamiento de hombres y mujeres de distintas edades y condición social e identidad étnica. Debe promoverse que los periodistas y productores utilicen los noticieros, reportajes y telenovelas con estos propósitos.

- En aquellos países que tienen población indígena rural con índices relativamente altos de analfabetismo —especialmente las mujeres— considerar la aplicación o replicación del programa de alfabetización bilingüe con contenidos de género, derechos reproductivos y salud reproductiva, y aprovechar la experiencia ganada por los países que aplican ese programa.
- Promover y asegurar la viabilidad financiera y la difusión y utilización de los resultados de investigaciones sociales acerca de las identidades y roles de género en diversos contextos socioculturales. Deberían investigarse también los valores y actitudes de actores sociales significativos —como políticos, periodistas, profesores, sacerdotes y pastores, jueces y policías— en relación con el tema de género.

III.3 Derechos reproductivos, salud reproductiva y equidad social

Las líneas de acción identificadas por los países como prioritarias, y que se desprenden del análisis precedente, se refieren a las necesidades de fortalecer la coordinación interinstitucional incluyendo a la sociedad civil, de educar para una plena comprensión del concepto de SR y sus implicaciones, capacitar a los recursos humanos, elevar la calidad de los servicios prestados, discriminar positivamente a los sectores pobres mientras se avanza hacia un acceso universal a los servicios, involucrar activamente a la comunidad, legitimar los programas de SR como instrumentos claves en las estrategias para erradicar la pobreza, adecuar la oferta de educación y servicios al perfil de necesidades de las poblaciones servidas, promover la activa participación de los hombres, evaluar los esquemas de autofinanciamiento de los servicios, desarrollar la investigación social sobre temas críticos, crear un ambiente legal y reglamentario favorable y movilizar a comunicadores sociales y líderes de opinión en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y las políticas y programas de salud reproductiva.

Más en particular, las líneas de primer orden para el futuro son:

- Establecer o fortalecer instancias que permitan la concertación interinstitucional dentro del sector público y con el sector privado y no gubernamental en el diseño de políticas, planes y programas en el campo de la SR y su aplicación coordinada a nivel nacional y descentralizado.
- Continuar los esfuerzos tendientes a que el personal de salud obtenga una plena comprensión del concepto de SR y sus implicaciones —en el marco de la adopción del nuevo paradigma de la salud, que extiende la responsabilidad de los servicios más allá de la curación y prevención de las enfermedades, hacia el desarrollo saludable de las personas y las comunidades. Esta línea de trabajo implica igualmente la educación de la comunidad servida en el nuevo concepto de salud y patrón de atención, y en su

habilitación para el cumplimiento desde la sociedad civil de funciones de monitoreo y vigilancia en cuanto al logro de objetivos programados y calidad de los servicios.

- Evaluar la forma en que la enseñanza de la salud reproductiva en todos sus componentes ha sido incorporada en los currículos y materiales de estudio de las facultades de medicina, escuelas de enfermería y demás centros que forman personal de salud, y tomar las medidas necesarias para que ese personal egrese debidamente capacitado para prestar servicios de buena calidad, de manera personalizada y generosa. Este esfuerzo debe incluir la sensibilización y capacitación de los docentes y administradores de las facultades de medicina, escuelas de enfermería y demás centros especializados.
- Continuar y ampliar los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios prestados en todos los componentes de la SR, tomando en cuenta la experiencia ganada por aquellos países que ya pusieron en marcha programas o planes de acción con ese propósito. Esta línea de trabajo requiere que se incorporen progresivamente cambios en la cultura organizacional de los servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular y que mejore su gestión mediante medidas como la promoción de procesos de petición y rendición de cuentas; adopción de incentivos a la capacitación y a la productividad, incluyendo calidad y calidez de la atención prestada, y desarrollo de procesos de evaluación en los que participe la comunidad. Implica igualmente capacitar al personal y crear las condiciones adecuadas en los servicios y en la comunidad para atender a segmentos de la población no cubiertos por el enfoque materno-infantil, como los adolescentes de ambos sexos, los hombres adultos, y las mujeres durante su menopausia y climaterio.
- Hacer esfuerzos sistemáticos para proveer acceso universal a servicios de SR de buena calidad, lo que requiere de una voluntad política reflejada en la asignación de recursos en el presupuesto nacional y en la obtención de cooperación internacional. Mientras se alcanza ese objetivo, es necesario discriminar positivamente a los sectores más pobres, urbanos y rurales, lo que deberá reflejarse en la asignación de personal debidamente capacitado en los centros y puestos de salud, remuneración adecuada mediante incentivos de zona, equipos, suministro de medicamentos básicos y anticonceptivos, y servicios móviles desde los hospitales. Cuando las comunidades servidas sean indígenas, deberían hacerse esfuerzos para que una proporción creciente de los prestadores de servicios provengan del mismo grupo étnico y hablen su lengua nativa o, al menos, que estén familiarizados con su cultura y hayan sido entrenados para respetarla y adaptarse a ella.
- En el marco de la estrategia mencionada en el punto anterior, fortalecer —o establecerlas si no existen— las redes de referencia y contrarreferencia que permiten la identificación y seguimiento de los embarazos de riesgo y la atención oportuna de casos de emergencias obstétricas. Continuar y ampliar la capacitación de las parteras empíricas a fin de que los partos domiciliarios en áreas de limitado acceso a servicios

institucionales reciban mejor atención y opere oportunamente la referencia cuando se producen complicaciones.

- Dada la importancia de la prevención de los embarazos en adolescentes y, en general, de los embarazos no deseados en procura de romper los circuitos de transmisión intergeneracional de la pobreza, corresponde considerar la conveniencia de integrar efectivamente los programas de SR —en particular los de educación sexual y de atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes— a los programas de erradicación de la pobreza.
- Adecuar la oferta de educación y servicios de SR al perfil de necesidades de las poblaciones servidas; ello se facilitará con una efectiva descentralización del sistema de salud y la coordinación a nivel local de los proveedores de educación y servicios tanto del sector público como del sector privado y de las ONG. En este marco, asegurar el acceso de las mujeres y hombres de estratos pobres urbanos y rurales a una amplia gama de métodos anticonceptivos —que incluya tanto los métodos temporales como los permanentes y semipermanentes—, facilitando de esa manera su libre opción por el método de su elección.
- Promover la participación activa de los hombres en la planificación de la familia, mediante el uso del condón y de la vasectomía y en las tareas de cuidar y educar a sus hijos, asumiendo de manera responsable su paternidad.
- Establecer o fortalecer sistemas de intercambio de experiencias y programas de cooperación horizontal entre los países de la región en todos y cada uno de los aspectos relativos a los servicios de salud reproductiva, con el apoyo técnico y financiero de las agencias de las Naciones Unidas y ONG internacionales que trabajan en este campo.
- Evaluar los esquemas de recuperación de costos aplicados a los servicios de salud en cuanto a su impacto social y su eficacia en términos de autofinanciamiento e implementar mecanismos que neutralicen su efecto reductor de la accesibilidad efectiva de los pobres a los servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular.
- Recoger información y desarrollar investigación social sobre temas críticos para la aplicación eficaz de los programas de educación sexual y de salud reproductiva, como:
 - * creencias, valores, actitudes y comportamiento de los y las adolescentes en materia de relaciones entre géneros y sexualidad;
 - * creencias, valores y actitudes de los profesores y otros agentes responsables de la educación sexual y de los prestadores de servicios de SR en relación con la sexualidad de los adolescentes y la equidad de género en las relaciones de pareja y en la vida familiar;

- * creencias, valores, actitudes de hombres y mujeres jóvenes y adultos en materia de relaciones entre géneros, sexualidad y paternidad/maternidad responsable;
 - * factores socioculturales que contribuyen a explicar la brecha entre fecundidad deseada y observada, así como el no uso de anticoncepción por parejas o mujeres fértiles y sexualmente activas que no quieren quedar embarazadas (demanda insatisfecha de planificación familiar), en las comunidades pobres, particularmente las del medio rural.
- Revisar sistemáticamente las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y normas de servicio en procura de remover o modificar aquellas que dificulten la aplicación del concepto de salud reproductiva en todas sus facetas, en particular en lo que se refiere a incorporación de los hombres y de los y las adolescentes.
 - Sensibilizar y educar a los comunicadores sociales y periodistas, así como a los actores políticos y líderes de opinión, en los conceptos de equidad de género, derechos sexuales y reproductivos y SR, con el fin de convertirlos en agentes de cambio social en este campo y para crear una opinión pública favorable a los cambios legislativos que se requieran y a la aplicación de las políticas y programas pertinentes.

III.4 Fortaleciendo la colaboración con la sociedad civil

En las secciones anteriores de este capítulo se citaron diversas líneas preferentes de acción futura destinadas a fortalecer la colaboración del sector privado —y especialmente de las organizaciones no gubernamentales— en la integración de la dimensión demográfica en las políticas públicas, en la promoción de la equidad de género y de los derechos sexuales y reproductivos y en acciones tendientes a habilitar a las mujeres y a implementar en todas sus facetas el concepto de salud reproductiva.

Cabe agregar aquí las siguientes líneas de acción:

- Establecer o fortalecer instancias que permitan la participación activa de la sociedad civil en todas las fases del proceso de diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de las políticas y programas en el campo de población, aprovechando a ese efecto la experiencia acumulada en varios países de la región. Estas instancias deberán facilitar el diálogo sobre temas en los que hay posiciones diversas y la generación de consensos que permitan coordinar las actividades del sector público, el sector privado y las ONG, aunque exista diversidad de enfoques.
- Crear condiciones jurídicas y el ambiente político favorable para que las organizaciones de la sociedad civil sean protagonistas en la revisión de leyes vigentes, en la promulgación de nuevas y en la sensibilización de los actores políticos y de la opinión pública en relación con los objetivos y estrategias propuestos por el Programa de

Acción de la CIPD y en la vigilancia y evaluación de programas relativos a la población, el desarrollo y el medio ambiente.

- Como uno de los obstáculos identificados por los países para la colaboración efectiva de las ONG es su fragilidad institucional y financiera, una posibilidad que conviene evaluar es la subcontratación de ONG con experiencia probada por los órganos del gobierno central y de los gobiernos locales para la aplicación de programas de población en el marco de normas y directrices fijadas por el propio gobierno.

III.5 El papel de la cooperación internacional

La asistencia internacional, tanto financiera como técnica, sigue desempeñando un papel de gran importancia en las actividades de población y desarrollo en la región. En los países de menor desarrollo relativo, que son al mismo tiempo los que enfrentan mayores desafíos para aplicar plenamente el Programa de Acción de la CIPD, la asistencia internacional continuará siendo por muchos años una fuente imprescindible de financiamiento y asesoría técnica. En el caso de los demás países, la cooperación internacional tiene un papel importante en la transferencia de experiencias y conocimiento, en el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil y su articulación en redes a nivel subregional y regional, y en el diseño de ideas innovadoras, especialmente de las dirigidas a los sectores más desposeídos de la sociedad.

Las principales líneas de acción en este campo son:

- Fortalecer la concertación y coordinación de las agencias internacionales —tanto multilaterales como bilaterales— entre sí y con el gobierno a fin de superar el **enfoque de proyecto** en la asistencia prestada por estas agencias y adoptar plenamente un **enfoque de programa** que evite la atomización de los recursos externos y los utilice de manera racional en función de los objetivos principales del país. Esta coordinación debiera incluir también a las ONG internacionales.
- Que al programar la distribución de recursos externos las agencias tengan en cuenta tanto la magnitud de las necesidades y carencias como la capacidad de absorción de los países e instituciones ejecutoras a fin de evitar la subutilización de recursos o su uso con baja eficiencia y mínimo impacto social.
- Aumentar la eficacia de la asesoría técnica prestada por los organismos internacionales, concentrarla en países y objetivos centrales y fortalecer su articulación con los recursos técnicos nacionales, en procura de potenciarlos y hacerlos autosuficientes.
- Fortalecer los esquemas de cooperación horizontal en los campos de asesoría técnica y de capacitación de recursos humanos, con la colaboración de los organismos internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1997), *América Latina tras una década de reformas, Informe 1997*, Washington, septiembre.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil) y otros (1997), *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*, Rio de Janeiro, 1997.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1998), "América Latina: Proyecciones de población 1970-2050", *Boletín Demográfico* 62, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1998a), *El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos* (LC/G.1997(SES.27/3)), Santiago de Chile, abril.
- _____ (1998b), *Panorama social de América Latina. 1997* (LC/G.1982-P), Santiago de Chile, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.98.II.G.3.
- _____ (1997), *Panorama social de América Latina. 1996* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.97.II.G.4).
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza*, Santiago de Chile, 1998. (Documento preparado para el vigesimoséptimo período de sesiones de la CEPAL, Oranjestad, Aruba, 11 al 16 de mayo de 1998).
- _____ (1996), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo* (LC/G.1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, febrero.
- _____ (1995), *Población, equidad y transformación productiva* (LC/G.1758/Rev.2-P; LC/DEM/G.131/Rev-2), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.
- CEPAL/CELADE/BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía/Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), "Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas", Serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE/OIM (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Organización Internacional para las Migraciones) (1998), "Migración y desarrollo en América del Norte y Centroamérica: una visión sintética", documento presentado en el seminario "Migración internacional y desarrollo en Norte y Centroamérica (México, D.F., 21 al 22 de mayo de 1998), Santiago de Chile, inédito.
- Cominetti, Rosella (1997), *Descentralización de la atención primaria de salud en América Latina: un análisis comparativo*, CEPAL, Santiago de Chile.

- _____ (1993), El rol del gasto social en los procesos de ajuste fiscal en América Latina”, CEPAL, Santiago de Chile, junio de 1993 (documento de circulación interna)
- CRLP/DEMUS (Centro para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas/Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (1997), *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe*, Nueva York.
- Escobar, Agustín (1998), “Migración y desarrollo en Centro y Norteamérica: elementos para una discusión”, documento presentado en el seminario “Migración internacional y desarrollo en Norte y Centroamérica (México, D.F., 21 al 22 de mayo de 1998), Santiago de Chile, inédito.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998), *The State of World Population 1998: The New Generations*, Nueva York.
- _____ (1997), *Global Population Assistance Report, 1996*, Nueva York.
- _____ (1996), *Donor Support for Contraceptive Commodities, 1996, and Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries, 1994-2005*, Nueva York.
- Franco, Rolando y otros (1998), “Políticas de ajuste e integración: su impacto en la equidad social”, CEPAL, Santiago, Chile, 1998. (Documento de circulación interna).
- Ganuzo Enrique y Taylor Lance (1998), “Macroeconomic Policy, Poverty and Equity in Latin America and the Caribbean, UNDP, Nueva York, 1998. (Documento preparado para el proyecto conjunto PNUD/BID/CEPAL “Políticas macroeconómicas y pobreza en América Latina y el Caribe”).
- Gómez, E. (cons.) (1997), “La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques”, serie Mujer y desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- INE (Instituto Nacional de Estadística)/Macro International, Inc. (1994), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*, La Paz.
- IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) (1998), “Resumen de publicaciones”, documento presentado al symposium “Participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas”, Oaxaca, México, octubre.
- Morley, Samuel A. (1997), “Poverty During Recovery and Reform in Latin America: 1985-1995”, documento preparado para el proyecto conjunto PNUD/BID/CEPAL, “Políticas macroeconómicas y pobreza en América Latina y el Caribe” (RLA/98/006), Nueva York.
- Naciones Unidas (1995), *Población y Desarrollo (volumen 1). Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. (ST/ESA/SER.A/149). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.7.

- Ramos, Joseph (1998), "Políticas de competitividad en economías abiertas", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe) (1998), *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres, la mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina (Brasil - Chile - Colombia - Nicaragua - Perú)*, Santiago de Chile.
- United Nations (1998), *International Migration Policies*, New York. Publicación de las Naciones Unidas. N° de venta: E.98.XIII.8.
- _____ (1997), *World Urbanization Prospects: the 1996 Revision*, United Nations, Population Division, New York, 1997.

