



**Junta Ejecutiva del Programa
de las Naciones Unidas para
el Desarrollo y del Fondo de
Población de las Naciones Unidas**

Distr. general
24 de diciembre de 2001
Español
Original: inglés

Primer período ordinario de sesiones de 2002

Nueva York, 28 de enero a 8 de febrero

Tema 10 del programa provisional

FNUAP

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Proyectos y programas propuestos

Recomendación de la Directora Ejecutiva

Asistencia al Gobierno de Cabo Verde

Asistencia propuesta del FNUAP: 3,5 millones de dólares, de los cuales se apartarán 2,5 millones de dólares con cargo a recursos ordinarios y 1 millón de dólares mediante modalidades de financiación conjunta y/o otras fuentes, incluso recursos ordinarios

Período del programa: Cinco años (2002-2006)

Ciclo de asistencia: Cuarto

Categoría según la decisión 2000/19: A

Asistencia propuesta por esfera del programa básico

(En millones de dólares EE.UU.)

	<i>Recursos ordinarios</i>	<i>Otros recursos</i>	<i>Total</i>
Salud reproductiva	1,5	0,8	2,3
Estrategias de población y desarrollo	0,8	0,2	1,0
Coordinación y asistencia al programa	0,2	–	0,2
Total	2,5	1,0	3,5



Cabo Verde

Indicadores relativos a los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y CIPD+5*

		<i>Umbrales*</i>
Partos atendidos por personal capacitado (porcentaje) ¹	54	\$60
Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (porcentaje) ²	53	\$55
Proporción de la población entre 15 y 24 años que viven con el VIH/SIDA (porcentaje) ³	--	#10
Tasa de fecundidad de las adolescentes (por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años) ⁴	79,0	#65
Tasa de mortalidad de niños menores de 1 año (por cada 1.000 nacidos vivos) ⁵	56	#50
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) ⁶	--	#100
Tasa de alfabetización de mujeres adultas (porcentaje) ⁷	61	\$50
Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria (porcentaje) ⁸	94	\$100

Dos guiones (--) indican que no se dispone de información.

* Indicados en el documento DP/FPA/2000/14 y aprobados por la Junta Ejecutiva en su decisión 2000/19.

¹ Base de datos electrónica, Organización Mundial de la Salud, diciembre de 1999.

² División de Población de las Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (1999).

³ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA*, junio de 2000.

⁴ División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Monitoring, 2000: Population, gender and development, 2001*.

⁵ División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1998 Revision*.

⁶ Banco Mundial, *World Development Indicators, 2000*.

⁷ UNESCO, Serie *Education for All: Status and Trends series* (ediciones de 1997, 1998 y 1999).

⁸ UNIFEM, *Targets and Indicators: Selections from Progress of the World's Women* (2000), sobre la base de datos de 1999 de la UNESCO.

Datos demográficos

Población en 2001 (en miles)	437	Tasa de crecimiento anual de la población	
Población en 2015 (en miles)	567	(porcentaje)	2,14
Tasa de masculinidad (por 100 mujeres)	87	Tasa total de fecundidad (por mujer)	3,24
Distribución por edades (porcentaje)		Esperanza de vida al nacer (años)	
De 0 a 14 años	39,3	Varones	67,0
Jóvenes (de 15 a 24 años)	21,6	Mujeres	72,8
Ancianos (60 años o más)	6,5	Ambos sexos	170,5
		PNB per cápita (dólares EE.UU., 1998)	1 200

Fuentes: Los datos se han tomado de *World Population Prospects: The 2000 Revision, Highlights*, una publicación de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; el PNB per cápita corresponde a 1998 y se ha tomado del *Informe sobre el Desarrollo Humano 2000*, una publicación del PNUD, sobre la base de datos del Banco Mundial (método del Atlas del Banco Mundial).

Nota: Los datos en esta ficha descriptiva pueden diferir de los que se presentan en el texto del documento.

1. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) propone brindar apoyo a un programa global sobre población que cubra el período 2002-2006, con el que ayudar al Gobierno de Cabo Verde a alcanzar sus objetivos en materia de población y desarrollo. El FNUAP propone aportar al programa recursos por un monto de 3,5 millones de dólares, de los cuales 2,5 millones de dólares serán con cargo a los recursos ordinarios del FNUAP, en la medida en que se disponga de ellos. El FNUAP tratará de obtener, si es posible, el saldo de 1 millón de dólares mediante modalidades de financiación conjunta y/o otros recursos, incluidos recursos ordinarios, de conformidad con la decisión 2000/19 de la Junta Ejecutiva sobre la asignación de recursos del FNUAP. Según los criterios de asignación de recursos del FNUAP, Cabo Verde pertenece a la categoría A. Este será el cuarto programa del FNUAP de asistencia a Cabo Verde.

2. El programa propuesto es el resultado de un proceso emprendido conjuntamente por el Gobierno y el FNUAP. El proceso, en el que se ha utilizado un enfoque participativo amplio, comenzó en 2000 con la creación de un grupo de trabajo técnico multisectorial que incluía a representantes de principales departamentos ministeriales que participan en el programa nacional sobre población, a gestores de proyectos patrocinados por el FNUAP, a organizaciones no gubernamentales (ONG), a miembros de la sociedad civil, a otros socios de desarrollo y a un equipo de tres especialistas nacionales sobre salud reproductiva, estrategias en materia de población y desarrollo, y promoción. En el análisis de la situación que llevó a cabo el grupo de trabajo técnico, recurrió a una metodología “de abajo arriba”, realizando cursos prácticos regionales en cinco de las diez islas del país. Un curso práctico nacional de dos semanas de duración, que culminó el proceso, reunió a participantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de la sociedad civil, de organizaciones de las Naciones Unidas —incluyendo asesores del Equipo de Servicios Técnicos al País del FNUAP procedentes de Dakar (Senegal)— y de donantes bilaterales asociados.

3. El programa propuesto se basa en el nuevo programa orientativo del Gobierno para el período 2001-2005; en el plan de acción del Gobierno para el período 2001-2010, que fue presentado en la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados celebrada en Bruselas en mayo de 2001; y en la política nacional sobre población aprobada en 1995. El programa también se basa en las recomendaciones de la evaluación de la población del país, que siguió a la evaluación común para los países y que llevará a la elaboración del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD). El ciclo de programación se armonizará con los ciclos del plan de desarrollo nacional del Gobierno para 2002-2006 y del PNUD. El actual programa del UNICEF (2000-2004) se ampliará hasta el 2006. De esta forma, el FNUAP, el PNUD y el UNICEF tendrán ciclos de programación armonizados a partir de 2007.

4. Las principales prioridades de desarrollo del Gobierno son: la reducción de la pobreza; la descentralización; la mejora de la atención de la salud, haciendo especial hincapié en la salud materno-infantil; la equidad y la igualdad entre los géneros; y la promoción de la mujer y la juventud. La asistencia propuesta del FNUAP a Cabo Verde contribuirá a las actividades del Gobierno promocionando un desarrollo equilibrado y mejorando la situación de la población en lo que respecta a la salud reproductiva y la equidad y la igualdad entre los géneros.

5. El programa propuesto se desarrolló ciñéndose a un enfoque basado en los derechos humanos. Todas las actividades realizadas en virtud del programa propuesto, lo mismo que todas las actividades que cuentan con asistencia del FNUAP, se ejecutarán de conformidad con los principios y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que fue respaldado por la Asamblea General mediante su resolución 49/128.

Antecedentes

6. El producto nacional bruto per cápita, de 1.354 dólares (2000), enmascara la verdadera situación económica existente en Cabo Verde y los numerosos problemas que afronta. El país carece prácticamente de recursos naturales, sufre de continuas sequías y necesita importar la mayoría de los artículos que necesita para subvenir a sus necesidades básicas. La economía depende sobre todo de la asistencia externa y de las remesas de fondos transferidas por los naturales de Cabo Verde que viven en el extranjero. El país está todavía clasificado como país menos adelantado, y la tasa de incidencia de la pobreza se calcula en un 30%.

7. Según el censo de 2000, la población de Cabo Verde era de 432.000 personas, y otros tantos caboverdianos viven en el extranjero. Teniendo en cuenta la tasa anual de crecimiento de la población, del 2,4% durante el período 1990-2000, se espera que la población se doble durante los próximos 29 años. La densidad de población varía, siendo de 237 habitantes por kilómetro cuadrado en la principal isla, São Tiago, de 298 en São Vicente, de 61 en Santo Antão y de 7 en Boa Vista. Esta disparidad se ha visto agravada tanto por las recientes corrientes migratorias interinsulares como por una elevada tasa de crecimiento de la población urbana. Se calcula que el 53% de la población vive actualmente en las tres principales ciudades del país, una situación que impone una gran presión a las infraestructuras y a los servicios sociales básicos.

8. Las tasas de mortalidad han disminuido de forma importante durante los últimos años. La tasa de mortalidad absoluta descendió de 15% a 6,7% entre 1970 y 1998; la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 130 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos a 36,6; la mortalidad materna disminuyó de 70,1 fallecimientos a 27,5 por cada 100.000 nacidos vivos. Aunque, debido a la falta de datos, no se conoce cual ha sido la repercusión del VIH/SIDA en las tendencias de la mortalidad, las autoridades sanitarias nacionales calculan que su incidencia es inferior al 1%. No obstante, entre 1994 y 1998 el número de casos se ha triplicado al parecer. Dada la emigración cada vez mayor y el número creciente de turistas, hay grandes posibilidades de que la epidemia se expanda rápidamente. El programa nacional sobre el SIDA no ha estado funcionando durante los últimos años debido a las deficiencias institucionales, a la falta de dirección y a los frecuentes cambios de gestión. Se está preparando, para el período 2001-2004, un nuevo programa, que con toda probabilidad recibirá financiación del Banco Mundial y del Gobierno del Japón.

9. El país ha iniciado una transición demográfica, caracterizada por una reducción acusada en la proporción de jóvenes (el 42,3% de la población era menor de 15 años en 2000, frente al 45% en 1990), y en un aumento del número de las personas de edad (que han pasado del 5,8% en 1990 al 6,3% en 2000). El estudio sobre demografía y salud reproductiva realizado en 1998 puso de manifiesto que la tasa global de fecundidad disminuyó, pasando de 6 niños por mujer en 1988 a 4 en 1998. La tasa global de fecundidad difiere notablemente entre las zonas urbanas (3,14) y

las rurales (4,85), y en función del nivel educativo (6,9 niños por mujer sin estudios básicos y 2,22 por mujer con estudios secundarios o universitarios). Durante este mismo período, la tasa de uso de anticonceptivos referida a métodos modernos aumentó del 16% al 32,9%. En zonas urbanas, la tasa de uso de anticonceptivos es del 64%, el doble que en las zonas rurales.

10. A pesar del considerable avance logrado en el uso de anticonceptivos, la tasa de fecundidad entre los jóvenes sigue siendo elevada y constituye una fuente de preocupación para las autoridades del país. El estudio sobre demografía y salud reproductiva calculó que la tasa de fecundidad desglosada por edades era de 100% en el grupo de edad de 15 a 19 años. Hasta un 12,5% de los niños nacidos vivos lo fueron de mujeres menores de 20 años, y el 17,5% de las mujeres incluidas en ese grupo de edad habían estado embarazadas al menos en una ocasión. Además, la mitad de las jóvenes de 15 a 19 años informaron que sus embarazos no habían sido algo previsto. Sólo el 18% de las jóvenes y el 13% de los jóvenes usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Se calcula que la edad media para el inicio de relaciones sexuales fue de 16,3 años entre las jóvenes y de 15,3 entre los jóvenes. Esta situación alarmante es resultado sobre todo del contexto sociocultural y de los deficientes servicios clínicos sanitarios que se ofrecen a la juventud. Actualmente, dichos servicios se prestan solamente en dos clínicas regentadas por una ONG, Verdefam, que es la filial local de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Los centros de asesoramiento creados con apoyo del FNUAP ofrecen información y servicios de asesoramiento, distribuyen preservativos y cuentan con un sistema de transferencia de pacientes a clínicas de organizaciones no gubernamentales. Todavía no se prestan servicios clínicos en los centros debido a que éstos carecen de aprobación oficial para hacerlo al margen del sistema oficial de atención de la salud.

11. Cabo Verde ha ratificado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La política nacional en materia de población ha definido una estrategia específica para la promoción de la mujer y su integración total en la sociedad. El plan de desarrollo nacional para 1997-2000 hizo hincapié en la reducción de la exclusión social y en la promoción de la igualdad de oportunidades y de la participación de la mujer en el proceso de desarrollo. El contexto jurídico es también favorable a la equidad e igualdad entre hombres y mujeres. Las leyes se han modificado para proteger la integridad física de la persona, inclusive en el caso de violación. Las leyes sobre anticoncepción y aborto permiten a la mujer la capacidad de controlar su propia fecundidad. La violencia sexual y los malos tratos a la mujer constituyen un delito. No obstante, en las clínicas no existe ningún protocolo que disponga la necesidad de hacer un seguimiento de los casos de violencia contra la mujer o de denunciarlos ante las autoridades policiales.

12. A pesar de que el entorno es favorable en general, persisten las desigualdades de género, tal como lo demuestra, por ejemplo, la disparidad existente en las tasas de alfabetización: 83,5% entre los hombres y 67,2% entre las mujeres (datos de 2000). En zonas rurales, la desproporción es todavía mayor: el 56,6% de las mujeres saben leer y escribir, frente al 76,1% de los hombres. El contexto sociocultural se considera uno de las principales barreras a las que se enfrenta la igualdad entre géneros. La edad legal para contraer matrimonio es de 18 años, pero el matrimonio no está muy extendido, y se calcula que el 80% de los niños nacen fuera de él. Otro rasgo cultural propio es la poligamia “de facto”, por la cual las mujeres procrean hijos de diferentes padres. Las uniones son vulnerables y, a resultas de ello, el 40%

de las mujeres son cabezas de familia, circunstancia que las sitúa en una situación económicamente desfavorable, especialmente en zonas rurales.

13. Los funcionarios públicos han ido adoptando progresivamente el concepto de salud reproductiva. Se está formulando un programa nacional provisto de normas y protocolos normalizados que se constituya en el marco institucional de la salud reproductiva, pero la falta de expertos nacionales en este ámbito y los frecuentes cambios de dirección en el Ministerio de Sanidad han retrasado el proceso. La prestación de servicios de salud reproductiva se ofrece atendiendo a un enfoque que combina: a) su integración gradual en el paquete mínimo de servicios públicos; b) su introducción en el sector privado y en los servicios médicos que prestan organizaciones no gubernamentales; y c) su distribución desde la comunidad. Se calcula que el 80% de la población tiene acceso a un centro de salud situado a una hora a pie, y también que en el 100% de los hospitales y centros sanitarios, en el 88% en los centros de salud y en el 26% en las dependencias sanitarias básicas existe una cobertura, como mínimo, de tres servicios de salud reproductiva. Sólo el hospital principal dispone de servicios obstétricos y neonatales de emergencia y para el tratamiento de complicaciones posteriores a un aborto. La tasa de partos atendidos en el sistema sanitario va en aumento (pasando del 43% en 1988 al 53,2% en 1998). Debido a que la proporción de partos que todavía se realizan en el hogar es relativamente elevada, se ha dado capacitación a un considerable número de parteras tradicionales para que asistan en dichos nacimientos.

Asistencia previa del FNUAP

14. El FNUAP, desde principios del decenio de 1980 —cuando comenzó financiando el censo de población realizado ese año— ha proporcionado a Cabo Verde asistencia por valor de 12 millones de dólares. Posteriormente, el primer programa integral (1986-1990), por valor de 2,5 millones de dólares, contribuyó a financiar el censo de 1990, a crear la Dependencia sobre Población y Desarrollo de Recursos Humanos, a integrar los servicios de planificación de la familia en el sistema sanitario nacional, y a llevar a cabo actividades en materia de información, educación y comunicación. El segundo programa (1991-1995), por valor de 4 millones de dólares, permitió ayudar al Gobierno a aprobar una política nacional de población, a mejorar la accesibilidad de los servicios de salud maternoinfantil y de planificación de la familia, a crear el Instituto sobre la Condición Jurídica de la Mujer, y a promover un mejor entendimiento de las interrelaciones de la población y el desarrollo mediante el análisis y la difusión de los datos censales y a través de un programa amplio de información, educación y comunicación sobre cuestiones de población.

15. El programa para 1995-2001, por valor de 6 millones de dólares, de los que 5 millones de dólares se aportaron con cargo a los recursos ordinarios, concentró sus intervenciones en cinco de las diez islas que forman el país. Para apoyar el programa sobre juventud del Gobierno se han movilizado, del Gobierno de Luxemburgo, fondos multilaterales por valor de 312.132 dólares. Debido a las dificultades financieras, se calcula que al final del programa el nivel de gastos será del 75%.

16. El programa consiguió diversos logros: a) que las autoridades y el personal sanitarios aceptasen gradualmente el concepto de salud reproductiva; b) que los servicios de salud reproductiva de calidad fuesen más accesibles, lo que se logró también mediante una ampliación importante de los servicios de planificación de la familia; c) que se crease concienciación sobre la problemática que representa la salud repro-

ductiva de adolescentes y jóvenes y se comprendiese, lo que se ha traducido en la creación de cinco centros de asesoramiento para adolescentes, en un mejor acceso a información, educación y comunicación y a servicios de asesoramiento, y en la ampliación de la educación escolar sobre población y vida familiar; d) que las desigualdades socioeconómicas entre hombres y mujeres fuesen mejor advertidas y comprendidas; e) que la exposición de las cuestiones demográficas y de población en los medios tuviese una mayor calidad; f) que, tras culminarse con éxito el estudio sobre demografía y salud reproductiva de 1998 y el censo de 2000, se dispusiese de datos actualizados sobre población y demografía; g) que se reforzase la capacidad del Instituto Nacional de Estadística en materia de preparación de censos y procesamiento de datos; h) que se impartiese capacitación sobre demografía a nivel de posgrado, permitiendo al país disponer de tres nuevos demógrafos; e i) que se reforzasen las alianzas con organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

17. Hubo que afrontar diversos problemas y dificultades. En primer lugar, la formulación del programa fue muy lenta. En segundo lugar, el programa nacional de población en general y el programa para el país en particular adolecieron de falta de coordinación, principalmente debido a deficiencias institucionales. A resultas de ello, los proyectos se ejecutaron de forma aislada y las instancias descentralizadas no participaron plenamente en la ejecución. En tercer lugar, la elevada rotación del personal durante la transición entre gobiernos y la falta de expertos nacionales en materia de población y desarrollo y salud reproductiva afectaron a la ejecución. Por último, las asignaciones financieras anuales se redujeron en un 40% durante los dos últimos años del programa. En consecuencia, el proyecto de educación sobre población y vida familiar no pudo llegar a todas las escuelas previstas.

18. Se extrajeron varias lecciones fundamentales. Para que la propiedad nacional sea eficaz, los diferentes copartícipes del programa nacional sobre población deben formular el programa de forma participativa. De forma similar, las personas responsables de la ejecución de los proyectos deben participar en la fase de formulación del programa. Considerando las restricciones de recursos, las intervenciones deberían limitarse a zonas geográficas específicas a fin de aumentar la repercusión del programa. La existencia de mecanismos de coordinación no necesariamente se traduce en una coordinación efectiva; necesita del compromiso sólido de los copartícipes y de una dirección técnica fuerte. Para garantizar que los mensajes sobre información, educación y comunicación son armónicos y las intervenciones están coordinadas, debe establecerse un programa de información, educación, y comunicación con el que apoyar las actividades en materia de salud reproductiva. Por último, es de la mayor importancia reforzar la comprensión de los vínculos existentes entre la población y el desarrollo y disponer de datos actualizados.

Otra asistencia externa

19. La financiación internacional para las actividades de población en Cabo Verde proviene de organismos bilaterales y multilaterales. En el sector de la salud, incluida la salud reproductiva, los principales donantes han sido los Gobiernos de Francia y Portugal (para el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y para la rehabilitación y mejora de los servicios de obstetricia y ginecología del principal hospital). El Gobierno de Luxemburgo apoya los centros de asesoramiento para adolescentes que también han recibido financiación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presta apoyo para la atención primaria de la

salud, la nutrición, el agua y el saneamiento y asistencia a grupos vulnerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza actividades en los ámbitos de la nutrición, la vigilancia de enfermedades transmisibles, la salud mental y el uso indebido de drogas, la mejora de los equipos de laboratorio y la salud reproductiva. El Gobierno de Alemania financia un importante programa de sensibilización en el ámbito de la salud reproductiva, dirigido a los jóvenes y los hombres. Por lo que respecta a las estrategias de población y desarrollo, han prestado apoyo la Unión Europea, el Gobierno de Portugal y el UNICEF a fin de complementar la financiación del FNUAP para la realización del censo de población del 2000. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el UNICEF, la Unión Europea y el Gobierno de Portugal completaron la financiación del FNUAP para el estudio sobre demografía y salud reproductiva llevado a cabo en 1998.

Programa propuesto

20. El objetivo general del programa propuesto se ha descrito en el párrafo 4 *supra*. Constará de dos subprogramas: salud reproductiva y estrategias de población y desarrollo. Se incorporarán sistemáticamente en ambos subprogramas la dimensión de género y la promoción como elementos intersectoriales. Dadas las desigualdades entre las regiones del archipiélago, las actividades del programa se concentrarán en la medida de lo posible en las zonas subatendidas del país, especialmente zonas rurales, y en los segmentos en situación más desventajosa de la población.

21. *Salud reproductiva.* El objetivo del subprograma de salud reproductiva es contribuir a una mayor utilización de servicios de salud reproductiva integrados y de calidad. El programa ayudará a: a) incorporar efectivamente un conjunto mínimo de servicios de salud reproductiva a todos los niveles del sistema nacional de salud, en consonancia con las normas del servicio que se están elaborando; b) mejorar los servicios de salud reproductiva, especialmente en las zonas en situación más desventajosa, que serán escogidos en función de indicadores seleccionados; c) suministrar información a grupos específicos; y d) una mayor oferta de servicios, incluidos la información, el asesoramiento y la orientación, para adolescentes y jóvenes. La estrategia, a los efectos de su relación costo-eficacia y de que surta los máximos efectos, se centrará en cinco de las 10 islas del archipiélago. Las islas han sido escogidas en colaboración con el Ministerio de Salud y en función de criterios como el número de habitantes, los servicios de salud, la salud reproductiva y los indicadores sociales y el apoyo financiero de otros donantes. Sin embargo, en algunas esferas el subprograma comprenderá todo el país, como en el caso del suministro de métodos anticonceptivos modernos, que se pondrán a disposición de la población en todo el país hasta que se consigan fondos suplementarios procedentes de otros donantes.

22. El primer resultado del subprograma será una mayor capacidad de gestión para llevar a cabo actividades del programa de salud reproductiva en los planos nacional y regional. A este respecto, se revisarán el marco institucional y la dotación de personal del Ministerio de Salud y se llevará a cabo una evaluación para detectar las necesidades en materia de capacidad de gestión. A partir de esos resultados, se elaborará y ejecutará un plan de formación para administradores. Se revisarán los instrumentos de gestión y supervisión, principalmente el sistema de información de la salud, para tener en cuenta el sistema integrado de salud reproductiva. Se aumentará la capacidad técnica del personal de los servicios de salud de reunir, analizar e interpretar datos sanitarios para fines de planificación, supervisión y evaluación. Se revisará y reforzará el sistema de suministros de anticonceptivos.

23. El segundo resultado será una mayor oferta de servicios de salud reproductiva integrados y de calidad. El subprograma prestará asistencia a las infraestructuras sanitarias en las zonas subatendidas de las cinco islas para que haya un mínimo de tres servicios de salud reproductiva de buena calidad de acuerdo con las normas del plan nacional en la materia. Se ampliarán los servicios de planificación familiar a todos los puestos sanitarios y unidades básicas de salud. También se llevará a cabo en estos dos niveles una reorganización del sistema básico de atención obstétrica. La prevención y el tratamiento de las enfermedades venéreas se llevará a cabo utilizando el enfoque sindrómico recomendado por la OMS. A este respecto, se reforzará la capacidad técnica del personal de los servicios de salud y de los agentes de los puestos sanitarios y unidades básicas de salud mediante la capacitación y el suministro de materiales. La capacitación tendrá asimismo un elemento relativo al género, incluidas las cuestiones relativas a la violencia y la participación de los hombres en la salud reproductiva. A un nivel más alto del sistema de salud, se prestará apoyo para reforzar la atención obstétrica de urgencia en tres hospitales regionales. Al nivel intermedio, principalmente en los cinco centros de consulta de salud materno-infantil/planificación de la familia (SMI/PF), se reorganizarán los servicios para que incluyan una mayor variedad de servicios de salud reproductiva. Se apoyará también a las ONG que tengan posibilidades de ofrecer dichos servicios. Hay que señalar que el FNUAP sólo apoyará los niveles más altos del sistema sanitario como complemento de la ayuda prestada por otros asociados, especialmente el UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y el Gobierno del Japón.

24. El tercer resultado será el aumento de la demanda de servicios de salud reproductiva. A tal efecto, se incrementarán las actividades de información, educación y comunicaciones, haciendo especial hincapié en la instrucción para evitar las enfermedades venéreas, incluido el VIH/SIDA, y los embarazos en la adolescencia e imprevistos. Se reforzará la capacidad institucional y técnica del Centro Nacional de Información Sanitaria para que asuma un papel directivo en el ámbito de la educación sanitaria y para que ayude a coordinar la información. Se elaborará una estrategia nacional de información, educación y comunicaciones en materia de salud reproductiva basada en los resultados de grupos de discusión y en otros datos de estudios conductuales y socioculturales a fin de seleccionar grupos específicos y decidir qué mensajes puede difundir. En colaboración con el Gobierno de Alemania, se proporcionarán fondos para campañas en los medios de comunicación, con la ayuda de las ONG que trabajan en los sectores de salud reproductiva y de promoción de las mujeres y los jóvenes.

25. El cuarto resultado será un mayor acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva. En este contexto, se reforzarán los cinco centros existentes para los adolescentes en cuanto al asesoramiento y la información, educación y comunicaciones (especialmente para la prevención de enfermedades venéreas y del VIH/SIDA) y se aumentará la variedad de servicios disponibles. Se llevará a cabo, y ampliará según las necesidades, un proyecto piloto para la incorporación de servicios clínicos básicos de salud reproductiva en uno de dichos centros. La estrategia de asesoramiento impartido por jóvenes, llevada a cabo con la ayuda de asociaciones de jóvenes, será ampliada a la población escolar y al programa de educación para la vida familiar, que a su vez será ampliado a todas las escuelas primarias y secundarias. Se actualizará el currículum para que incluya más cuestiones de salud reproductiva y de género. Se llevará a cabo un estudio de viabilidad para revisar la ley que prohíbe el suministro de servicios de salud reproductiva a los menores de 16

años y se utilizarán sus resultados para realizar actividades de promoción dirigidas a parlamentarios, autoridades y otros dirigentes. El FNUAP tratará de conseguir contribuciones del Gobierno de Luxemburgo, que apoya actualmente los centros de asesoramiento para adolescentes.

26. *Suministros de salud reproductiva.* La responsabilidad de la gestión general del sistema de logística para los anticonceptivos corresponde al Ministerio de Salud. En el plano regional, incumbe a los directores de los centros de consulta de salud materno-infantil/planificación de la familia, que calculan mensualmente las necesidades de anticonceptivos, las cuales son comunicadas luego al servicio central para que reponga existencias. Tras la recepción de éstas, los centros de consulta distribuyen los anticonceptivos a las unidades de salud. Se reorganizará y mejorará este sistema como parte de la ejecución del plan nacional de salud reproductiva. Se han calculado las necesidades de anticonceptivos y los costos previstos para el período 2002-2006 en 1,52 millones de dólares. Hasta ahora, el FNUAP y, a pequeña escala, la Federación Internacional de Planificación de la Familia por medio de Verdefam, habían sido casi exclusivamente los únicos proveedores de anticonceptivos, incluidos los preservativos. Se están llevando a cabo negociaciones con el Banco Mundial y el Gobierno del Japón para proporcionar preservativos en el contexto de un proyecto de prevención del VIH/SIDA.

27. *Estrategias de población y desarrollo.* El objetivo del subprograma de estrategias de población y desarrollo es: a) conseguir un equilibrio entre las estrategias sectoriales de desarrollo y los parámetros de población; y b) reducir las desigualdades basadas en el género. La evaluación de la población del país valoró positivamente los progresos realizados en Cabo Verde en la preparación de datos demográficos. No obstante, estos datos requieren un mayor análisis y se han hecho planes para incluir los efectos de las nuevas tendencias migratorias y de la pandemia del VIH/SIDA, labor que proporcionará datos actualizados para incorporar variables demográficas en varios procesos de planificación que se llevarán a cabo próximamente. También se prestará asistencia para mejorar el deficiente marco institucional para ejecutar la política demográfica nacional, incluida la falta de personal cualificado en materia de población y desarrollo, y subsanar la necesidad de crear un sistema de datos sobre población y desarrollo coherente e integrado. El país cuenta con un proyecto de plan de acción para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. El subprograma apoyará las actividades de promoción dirigidas a autoridades y parlamentarios.

28. El primer resultado del subprograma de estrategias de población y desarrollo consistiría en sentar las condiciones adecuadas para la coordinación y supervisión de la ejecución de los programas de población. El subprograma, mediante un plan de promoción y actividades en la materia dirigidas a autoridades, parlamentarios, planificadores y cuadros técnicos, contribuirá a: a) crear conciencia sobre la necesidad de actualizar la política demográfica nacional mediante la integración de nuevos parámetros demográficos, incluida la migración, las cuestiones relativas a los jóvenes y la dimensión de género; y b) revisar y mejorar el marco institucional responsable de la ejecución de la política así como sus mecanismos de coordinación.

29. El segundo resultado será una mayor capacidad técnica tanto en el plano nacional como en los descentralizados para elaborar, gestionar, supervisar y evaluar programas de población. El plan existente de desarrollo de recursos humanos en materia de población y desarrollo será actualizado, incorporará una dimensión de

género y será difundido entre la comunidad internacional para recabar apoyo. En función de los recursos disponibles, el subprograma financiará, tanto en el país como en el extranjero, la capacitación del personal técnico de las cinco islas en materia de población y desarrollo y género. Se elaborarán un módulo de población y desarrollo y otro de género para su incorporación a los programas de estudio de las instituciones locales seleccionadas de capacitación y de educación superior.

30. El tercer resultado será un mejor conocimiento de las relaciones entre población y desarrollo. El país tiene un marco institucional excelente para la estadística, el Instituto Nacional de Estadística, que ha llevado a cabo satisfactoriamente importantes proyectos como los censos y el estudio sobre demografía y salud reproductiva. No obstante, muchos de los datos estadísticos todavía no han sido completamente analizados y la información reunida por los departamentos de planificación ministerial tiene que ser procesada y armonizada. El subprograma contribuirá a establecer un mecanismo para la coordinación y gestión de los datos demográficos. A este respecto, se aumentará la capacidad institucional para la creación de un sistema de información integrado en materia de población y desarrollo junto con un sitio en la Web de Internet para facilitar su acceso a los usuarios. Los datos se utilizarán para elaborar un modelo de simulación que ayudará a mejorar los conocimientos de dinámica demográfica y desarrollo. El modelo se utilizará como instrumento de promoción para movilizar recursos, tanto en el plano nacional como internacional.

31. Por lo que respecta al género, se han considerado por separado los dos resultados esperados para dar mayor visibilidad a este concepto e incorporar efectivamente en ambos programas la dimensión de género. Estos resultados son: a) la incorporación eficaz de las cuestiones de género en planes, normas y programas sectoriales (incluido el programa nacional de salud reproductiva) en los planos nacional y municipal; y b) un mejor entorno sociocultural para facilitar el acceso de las mujeres a los recursos sociales, políticos y financieros. Como resultado de la labor realizada por el Instituto para la Condición de las Mujeres en el ámbito del género, el país ha elaborado varios instrumentos y técnicas para incorporar la dimensión de género a los procesos de planificación. El subprograma ayudará a dicho instituto a tener disponibles estos instrumentos y a reforzar la capacidad del personal técnico para utilizarlos a varios niveles. El plan de capacitación en materia de género se llevará a cabo en los planos descentralizados en particular. Se prestará apoyo a la red de parlamentarios para la población y el desarrollo que se prevé establecer de manera de que los parlamentarios recientemente elegidos cobren conciencia a cuestiones de género y desarrollo. Se realizarán actividades de promoción con el objetivo de fomentar el acceso de las mujeres a la capacitación vocacional y profesional. Al mismo tiempo, la promoción alentará a los padres y profesores a que convencan a sus hijas de que escojan asignaturas y escuelas técnicas. Se tratará de conseguir una estrecha colaboración con el programa nacional de reducción de la pobreza, que incluye un elemento importante de actividades de generación de ingresos para las mujeres, a fin de facilitar el acceso de éstas al sistema de créditos.

Aplicación, coordinación, supervisión y evaluación del programa

32. La responsabilidad principal por la ejecución del programa incumbe al Gobierno, sobre todo a la Dirección General de Coordinación de la Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores, encargada de toda la asistencia externa que se presta al país. La coordinación técnica, la supervisión y la evaluación son de la competencia del Ministerio de Financiación y Planificación, cuya Dirección

General de Planificación está encargada de coordinar y supervisar la ejecución de la política demográfica nacional. En el plano de la ejecución, asumirán la responsabilidad los ministros e instituciones sectoriales correspondientes, en colaboración con ONG nacionales. Al igual que en el pasado, el programa será ejecutado por el país, con la asistencia técnica del equipo de apoyo del FNUAP.

33. Se mejorarán los mecanismos de coordinación establecidos para la ejecución de la política demográfica nacional a fin de fomentar las consultas entre las partes interesadas. Se tratará de que haya coordinación con los organismos de las Naciones Unidas y otros asociados para el desarrollo, especialmente con el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y con los grupos temáticos de las Naciones Unidas. Se celebrarán reuniones trimestrales para llevar a cabo tareas de supervisión. Se supervisará y evaluará la ejecución del programa de conformidad con las directrices y los procedimientos establecidos por el FNUAP y con el marco lógico que se ha diseñado para éste. Además del examen anual, se llevarán a cabo un examen de mitad de período en 2004 y una evaluación final en 2006.

34. El personal del FNUAP en Cabo Verde se compone de un Oficial Nacional de Programas, un ayudante financiero y administrativo y personal de apoyo. El Director del FNUAP para Cabo Verde tiene su sede en Guinea-Bissau y realiza regularmente visitas a la oficina. El representante del PNUD y Coordinador Residente del sistema de las Naciones Unidas en Cabo Verde tiene también la función de representante del FNUAP. A fin de reforzar la dotación de personal, se prevé contratar un oficial profesional de proyectos nacional y mantener en su puesto al funcionario subalterno del cuadro orgánico que ya está en servicio para que ayude especialmente en las actividades de salud reproductiva para los jóvenes, que necesitan una mayor atención.

Recomendación

35. La Directora Ejecutiva recomienda que la Junta Ejecutiva apruebe el programa de asistencia al Gobierno de Cabo Verde que antecede por un importe de 3,5 millones de dólares para el período 2002-2006, de los cuales 2,5 millones se programarán con cargo a los recursos ordinarios del Fondo, en la medida en que se disponga de ellos, y el millón de dólares restante se tratará de obtener mediante modalidades de cofinanciación o de otro tipo, incluidos los recursos regulares en la medida de lo posible, con arreglo a la decisión de la Junta Ejecutiva 2000/19 sobre la asignación de recursos del FNUAP.