

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

Distr.
GENERAL

DP/FPA/CP/168
6 de noviembre de 1996
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

Primer período ordinario de sesiones de 1997
Nueva York, 13 a 17 de enero de 1997
Tema 2 del programa provisional
FNUAP

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

PROYECTO DE PROGRAMAS PROPUESTOS

Recomendación de la Directora Ejecutiva

Asistencia al Gobierno de Kenya

Asistencia propuesta del FNUAP: 20 millones de dólares de los EE.UU., de los cuales 16,5 millones se aportarán con cargo a recursos ordinarios y 3,5 millones con cargo a los recursos procedentes de fuentes multilaterales y bilaterales o a los recursos ordinarios

Período del programa: 5 años (1997-2001)

Ciclo de asistencia: Quinto

Categoría con arreglo a la decisión 96/15: A

Asistencia propuesta por esferas del programa básico (en millones de dólares EE.UU.):

	Recursos ordinarios	Otros recursos	Total
Salud genésica	11,5	1,5	13,0
Estrategias de población y desarrollo	4,5	1,5	6,0
Promoción	0,5	0,5	1,0
Total	16,5	3,5	20,0

KENYA

INDICADORES RELATIVOS A LOS OBJETIVOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL
SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO*

		Umbrales*
Partos atendidos por personal sanitario (%) ¹	54,0	≥60
Tasa de uso de anticonceptivos (entre los 15 y los 44 años (%)) ²	33,0	≥55
Acceso a servicios básicos de salud (porcentaje de población) ³	77,0	≥60
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000) ⁴	69,0	≥50
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (por 100.000) ⁵	170,0	≥100
Tasa bruta de matriculación femenina en la enseñanza primaria (%) ⁶	85,8	≥75
Tasa de alfabetización de mujeres adultas (%) ⁷	65,2	≥50

* Publicados en el documento DP/FPA/1996/15 y aprobados por la Junta Ejecutiva en su decisión 96/15.

¹ OMS, Coverage of Maternal Care, tercera edición, 1993. Datos correspondientes al período comprendido entre 1983 y 1993.

² División de Población de las Naciones Unidas, World Contraceptive Use 1994, ST/ESA/SER.A/143. Datos correspondientes al período comprendido entre 1986 y 1993.

³ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 1995. Datos correspondientes al período comprendido entre 1985 y 1993.

⁴ División de Población de las Naciones Unidas, World Population Prospects Database 1950-2050, 1994 Revision. Datos correspondientes a 1992.

⁵ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 1995, basado en información recopilada por la OMS. Datos correspondientes al período comprendido entre 1980 y 1992.

⁶ División de Estadísticas de las Naciones Unidas, Women's Indicators and Statistics Database, versión 3 (CD-ROM), 1994, basado en información recopilada por la UNESCO.

⁷ UNESCO, Education for All-Status and Trends, 1994.

Datos demográficos

Población en 1995 (en miles)	28 261	Tasa de crecimiento anual de la población (%)	2,8
Población en el año 2000 (en miles)	32 577	Población urbana	5,6
Tasa de masculinidad (número de hombres por 100 mujeres)	100,3	Población rural	1,7
Porcentaje de población urbana	27,7	Tasa bruta de natalidad (por 1.000)	42,8
Distribución por edades (%)		Tasa bruta de mortalidad (por 1.000)	11,8
Niños (0 a 14 años)	47,7	Tasa neta de migración (por 1.000)	-2,6
Jóvenes (15 a 24 años)	20,7	Tasa total de fecundidad (por mujer)	5,76
Personas de edad (60 años o más)	4,4	Esperanza de vida al nacer (en años)	
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años	44,3	Hombres	53,0
Edad mediana (años)	16,0	Mujeres	55,4
Densidad de población (habitante por Km2)	49	Ambos sexos	54,2
		PNB per cápita (en dólares EE.UU., 1994)	260

Fuentes: Los datos se han tomado de la publicación World Population Prospects: the 1994 Revision de la División de Población del Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas de las Naciones Unidas. El PNB per cápita se ha tomado del PNUD.

1. El Fondo de Población de las Naciones Unidas se propone prestar apoyo a un programa de población durante el período 1997-2001 para ayudar al Gobierno de Kenya a alcanzar sus objetivos de población y desarrollo. El FNUAP aportaría al programa 20 millones de dólares de los EE.UU., de los cuales 16,5 millones se consignarían con cargo a los recursos ordinarios en la medida en que las disponibilidades lo permitieran. El FNUAP trataría de obtener el saldo de 3,5 millones de dólares de los EE.UU. de fuentes multilaterales y bilaterales o, en la medida de lo posible, con cargo a los recursos ordinarios, conforme a la decisión 96/15 de la Junta Ejecutiva, relativa a la asignación de recursos del FNUAP. Este sería el quinto ciclo de asistencia a Kenya del FNUAP.

2. El programa propuesto se ha elaborado en estrecha colaboración con el Gobierno y otros asociados nacionales e internacionales. El programa tiene en cuenta múltiples políticas nacionales y documentos de estrategia, en particular las Políticas Nacionales de Población para el Desarrollo Sostenible de 1996, la Estrategia Nacional sobre Salud Genésica, la Estrategia de Promoción e Información, Educación y Comunicación, y la nota sobre la estrategia del país de 1994 convenida por las Naciones Unidas y el Gobierno de Kenya. El quinto ciclo de asistencia del FNUAP se basa en propuestas de cursos prácticos sectoriales organizados por el Gobierno de Kenya y el FNUAP y en el proceso de examen del programa y elaboración de estrategias que se ha llevado a cabo en 1996. Además, coincide con el período del octavo plan nacional de desarrollo del país.

3. Kenya es uno de los pocos países del África subsahariana que ha efectuado una transición demográfica espectacular. Ello es prueba del éxito de su programa nacional de población, que cuenta con el apoyo del FNUAP desde 1974. A fin de garantizar la continuación de la transición demográfica y la aplicación efectiva de las políticas y estrategias apropiadas, el programa propuesto se basará en la experiencia adquirida hasta la fecha. En virtud del nuevo enfoque utilizado para la asignación de recursos, el FNUAP incluye a Kenya entre los países de la categoría "A". El programa adoptará un enfoque integral y atenderá a las necesidades prioritarias en las tres esferas programáticas básicas del FNUAP, a saber, salud genésica, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual; estrategias de población y desarrollo; y promoción. Seguirá también realizando actividades complementarias y prestando ayuda para la coordinación de la asistencia externa en el sector de la población, pues gracias a su neutralidad y a su historia relativamente larga de labor fructífera en Kenya, el FNUAP se encuentra en una situación privilegiada para ello.

4. Todas las actividades previstas en el programa propuesto, así como todas las actividades que contarán con la asistencia del FNUAP, se conformarán a los principios y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, apoyado por la Asamblea General en su resolución 49/128.

Antecedentes

5. La transición demográfica de Kenya comenzó a principios del decenio de 1980. La tasa total de fecundidad se redujo de una cifra estimada de ocho hijos por mujer en 1979 a menos de seis hijos por mujer en 1995. Se prevé que para el año 2000 se llegará a cuatro hijos por mujer. La tasa de mortalidad también se ha reducido. En los últimos 30 años la tasa de mortalidad infantil

se redujo casi a la mitad: de 120 por 1.000 nacimientos vivos en 1963, a 69 por 1.000 nacimientos vivos en 1992. La tasa de mortalidad derivada de la maternidad, cuya estimación nacional de 365 por 100.000 nacimientos vivos es considerablemente más alta que la estimación del UNICEF incluida en el cuadro de la página 2 del presente informe, es excesivamente alta. La esperanza de vida aumentó de 44 años en 1963 a cerca de 60 años en 1989. Sin embargo, se estima que descendió a 58 años en el período 1990-1995 y que ha seguido descendiendo debido a los efectos del VIH/SIDA. Se prevé que para el año 2000 el número de adultos mayores de 15 años portadores del VIH será del 10%, y que las muertes acumulativas causadas por el SIDA se elevarán a más de 1 millón. Por consiguiente, si las tasas de mortalidad aumentan y las tasas de fecundidad siguen reduciéndose, el ritmo de disminución de la tasa de crecimiento de la población podrá incluso acelerarse. Se prevé que para el año 2000 la tasa de crecimiento descenderá al 2,5% anual.

6. La tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad derivada de la maternidad se encuentran por encima de los umbrales establecidos por el FNUAP para la asignación de recursos. Estos índices y los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que no lograron cumplirse reflejan los altos niveles de pobreza del país. La situación se ha visto agravada por los programas de ajuste estructural introducidos a mediados del decenio de 1980, que implantaron una política de participación en los gastos para algunos servicios de salud y educación. El objetivo fijado para la educación de las mujeres se cumplió, pero en el futuro podrá observarse un deterioro de la situación, pues desde la introducción de la política de participación en los gastos escolares, algunas comunidades asignan menos prioridad a la educación de las niñas que a la de los niños.

7. En muchos aspectos Kenya es un caso paradójico. Fue el primer país del África subsahariana que aplicó un programa nacional de planificación de la familia. La transición demográfica refleja el uso generalizado de los métodos de planificación de la familia: la tasa de uso de anticonceptivos se duplicó y pasó del 17% en 1978 al 33% para todos los métodos en 1993. Por otro lado, una minoría de dirigentes religiosos y de otro tipo se oponen a que se imparta educación para la vida en familia en las escuelas y a que se dé acceso a los servicios pertinentes (incluidos información y asesoramiento) a los jóvenes y adolescentes. La salud y los derechos genésicos y sexuales de las mujeres se ven menoscabados por prácticas tradicionales como el matrimonio a una edad temprana y la mutilación genital. Entre las adolescentes (un 25% de la población) se registran altas tasas de VIH/SIDA (más altas que entre los varones de la misma edad) y de embarazos no deseados. Se estima que un 10% de las deserciones escolares de las niñas se deben a embarazos no deseados y que el 40% de todos los embarazos de las niñas en edad escolar documentados terminan en abortos. Los abortos efectuados en condiciones de riesgo son causantes de una tercera parte de las muertes derivadas de la maternidad. Aunque en los centros de salud del Gobierno los servicios de salud preventiva, incluidos los servicios de planificación de la familia y los anticonceptivos, son gratuitos, los servicios curativos exigen una participación en los gastos. Sólo la mitad de las 3.500 instalaciones sanitarias gubernamentales y no gubernamentales cuentan con servicios de salud maternoinfantil y de planificación de la familia (SMI/PF), con distinto grado de accesibilidad. Pese a los incesantes esfuerzos por incorporar a los hombres en las decisiones sobre planificación de la familia, su participación sigue siendo insignificante.

8. Los programas de población cuentan con la voluntad política y el compromiso necesarios a todos los niveles. Hace tiempo que el Gobierno se ha hecho cargo de que el rápido crecimiento demográfico del país es un obstáculo para su desarrollo. El Gobierno presta el 68% de los servicios nacionales de planificación de la familia, y su objetivo es que todos los servicios de salud sean más eficaces, accesibles y asequibles. En 1982, el Gobierno estableció un Consejo Nacional de Población y Desarrollo encargado de formular políticas y estrategias en materia de población y de coordinar todas las actividades conexas. En 1996, el Consejo elaboró una política nacional de población que incorporaba objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Gran parte de las actividades de planificación del desarrollo están descentralizadas y se realizan a nivel de los distritos; además, la incorporación de datos demográficos en la planificación del desarrollo se refleja en los planes de desarrollo nacionales y locales; sin embargo, aún no se ha logrado una integración efectiva en los distritos. El Gobierno se propone estrechar la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las propias comunidades para aplicar la política demográfica del país.

Asistencia del FNUAP hasta la fecha

9. El programa de asistencia del FNUAP comenzó en 1974. Los primeros dos ciclos se centraron en la prestación de servicios y el tercero en información, educación y comunicación para responder a la necesidad nacional de fomentar la conciencia respecto de las cuestiones relacionadas con la población y, por consiguiente, aumentar la demanda de servicios de planificación de la familia. El cuarto programa (1992-1996) continuó con las actividades de información, educación y comunicación y además apoyó la formulación de políticas, el análisis de datos y la investigación. Tras el examen de mitad del período efectuado en enero de 1994, las esferas prioritarias pasaron a ser la salud maternoinfantil y la planificación de la familia. Mediado el cuarto programa para el país, la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo acarreó cambios en los conceptos generales, y en 1996 se formuló la Política Nacional de Población para el Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Salud Genésica y una Estrategia Nacional sobre Promoción e Información, Educación y Comunicación. En esos documentos se incorporaron los enfoques de población y desarrollo más integrales de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Ahora es necesario proceder a su aplicación. El FNUAP fue el único donante que participó en el proceso de formulación de esos documentos, y la neutralidad que le es propia como organismo de las Naciones Unidas, así como su capacidad técnica, le dieron considerables ventajas para ayudar al Gobierno a articular estas estrategias.

10. La necesidad de responder en forma flexible y relativamente rápida a nuevas situaciones (generadas por el cambio de prioridades introducido después de la Conferencia Internacional sobre la Población el Desarrollo, una demanda mayor a la prevista de servicios de planificación de la familia, el incumplimiento de las promesas de contribuciones de algunos donantes o la reducción de sus programas de apoyo) se puso de manifiesto en el cuarto programa para el país. Es importante que todos los sectores del programa propuesto mantengan su flexibilidad y que al mismo tiempo el Gobierno haga frente a la cuestión de la sostenibilidad y asigne mayores recursos nacionales. A fin de mejorar la calidad de la atención se impartió capacitación y se individualizaron más claramente las poblaciones carentes de servicios adecuados mediante un sistema

de información geográfica. La gestión activa del programa, la ejecución nacional (18 de los 20 proyectos se ajustaron a este modo de ejecución y fomentaron un sentido de control y responsabilidad) y el uso de conocimientos técnicos nacionales permitieron lograr un gran rendimiento y una buena relación costo-eficacia.

11. No se pudo integrar adecuadamente la educación para la vida en familia en los programas escolares para adolescentes debido a la oposición de una minoría de dirigentes religiosos que impidieron la realización de las actividades propuestas. Las actividades de salud genésica e información, educación y comunicación que se realizaron a través del sector no estructurado resultaron mucho más fructíferas. Gracias a la prestación de servicios mediante unidades fijas y periféricas, el cuarto programa para el país benefició a muchas poblaciones carentes de servicios adecuados y a grupos específicos (en las zonas marginales de Nairobi y en algunas zonas rurales, adolescentes y hombres, especialmente en esas zonas rurales). Es necesario seguir desarrollando en el nuevo programa los enfoques que han dado buenos resultados o que parecen prometedores, como por ejemplo una solución innovadora para llegar a los hombres de las zonas rurales que incluye dispositivos para la distribución de preservativos y la intervención de técnicos de salud pública. También se necesita mayor investigación de algunos aspectos del cambio comportamental.

Otro tipo de asistencia externa

12. La comunidad de las Naciones Unidas en Kenya es la mayor de África: está constituida por 24 organismos de las Naciones Unidas, y prácticamente todos los programas de asistencia bilateral están representados. Los principales donantes que trabajan actualmente con el FNUAP en actividades relacionadas con la población en Kenya son el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Unión Europea, la Dirección de Desarrollo de Ultramar (ODA), el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), el Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional (FINNIDA), el Organismo Alemán de Cooperación Técnica, Bélgica, el Organismo de Cooperación Internacional del Japón, el UNICEF y la OMS. Los organismos donantes se concentran en distintos aspectos de las actividades de población y algunos han tropezado con obstáculos. Por ejemplo, el Banco Mundial y el Gobierno aún no han concertado un acuerdo sobre el suministro de preservativos. El USAID, uno de los organismos que presta mayor apoyo a las actividades de población mediante la capacitación de personal, el mejoramiento de la distribución de productos básicos para la planificación de la familia, la contención de las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) y el apoyo a las investigaciones operacionales, ha reducido su programa aproximadamente a la mitad desde 1995. El OSDI se concentró en el suministro de anticonceptivos orales durante los últimos 12 años, pero en 1996 ya no pudo hacerlo en la forma prevista. El UNICEF se concentra en el mejoramiento de la salud infantil y en las necesidades de salud genésica de los jóvenes, pero su programa se ha visto perturbado por problemas internos.

13. La coordinación de los insumos de los donantes es por consiguiente una labor difícil. El FNUAP ha dirigido las reuniones del grupo de donantes para actividades de población y en otras oportunidades en que ha sido conveniente y viable ha desempeñado el papel rector. La colaboración de los donantes ha resultado más satisfactoria a nivel de los proyectos o cuando era necesario

hacer frente a problemas concretos, tales como el SIDA, cuestiones de logística o problemas de las zonas marginales de las ciudades. El uso de preservativos aumentó en un 500% en los últimos cinco años debido en gran parte a la pandemia de VIH/SIDA, lo cual sometió a una gran presión los recursos de los donantes en la esfera de la población. Es necesario que los organismos de las Naciones Unidas se coordinen para aplicar el programa conjunto sobre el VIH/SIDA y la nota sobre la estrategia del país de 1994, teniendo en cuenta la Iniciativa especial para África del sistema de las Naciones Unidas de 1996. Dado que el programa nacional de población depende en gran medida de los fondos de los donantes, es necesario resolver la cuestión de la sostenibilidad, en particular con respecto a la adquisición de anticonceptivos y otros productos básicos.

Programa propuesto

14. El objetivo a largo plazo del programa propuesto es apoyar la aplicación de algunos elementos de la política nacional de población para el desarrollo sostenible aprobada por el Gobierno en 1996, que tiene plenamente en cuenta el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo tanto en los objetivos cualitativos como en los objetivos cuantitativos que establece para los servicios demográficos, sanitarios y sociales. Entre los principales objetivos nacionales cuantificables, estipulados para guiar la aplicación de la política de población hasta el año 2010 y teniendo en cuenta los efectos previstos del VIH/SIDA, se encuentran la reducción de la tasa de mortalidad infantil a 59 por 1.000 nacimientos vivos y de la tasa de mortalidad derivada de la maternidad a 170 por 100.000 nacimientos vivos. En lo que respecta al uso de anticonceptivos, el objetivo es llegar a una tasa del 62% para todos los métodos, lo cual generaría una tasa de fecundidad total de 2,5 niños por mujer y un aumento anual de la población del 2%. El Gobierno también se ha fijado el objetivo de que para el año 2010 el 90% de todos los partos estén atendidos por profesionales (en la actualidad la cifra correspondiente es de un 50%).

15. El programa propuesto utilizará las actividades fructíferas del cuarto programa por países y de otros donantes como base y modelo; atenderá a las necesidades prioritarias definidas; y, aprovechando la experiencia del programa anterior, responderá flexiblemente a las nuevas necesidades. El programa se concentrará en grupos destinatarios concretos, con especial hincapié en los adolescentes y los jóvenes, los hombres y las poblaciones carentes de servicios adecuados. Todas las actividades del programa incluirán cuestiones relacionadas con las diferencias entre los sexos y se ocuparán del VIH/SIDA. El apoyo del FNUAP a la Política de Población de 1996 incluirá fomento de la capacidad; ayuda para garantizar un suministro continuo y adecuado de anticonceptivos y una buena gestión logística de los productos básicos para la salud genésica; apoyo a las actividades de promoción del Gobierno con dirigentes nacionales y de la comunidad, con especial hincapié en las necesidades de salud genésica de grupos vulnerables, carentes de servicios y periféricos (incluidos los refugiados); y promoción de servicios adecuados de salud genésica y de información, educación y comunicación para adolescentes y jóvenes mediante un enfoque oficioso aplicado a través de las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, el sector privado y grupos de pares.

16. Salud genésica. Los programas de salud genésica en Kenya se ven afectados por varias limitaciones. En general, hay una carencia de servicios integrados

de salud genésica que abarquen la planificación de la familia, la maternidad sin riesgo, la salud sexual, y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los servicios que existen no son en general de gran calidad y, además, son inaccesibles para al menos el 25% de la población. Uno de los principales problemas es que los servicios de salud genésica no tienen en cuenta las perspectivas de las mujeres, que suelen abstenerse de recurrir a ellos por mantener tradiciones culturales que con frecuencia incluyen prácticas nocivas. Al mismo tiempo, otros grupos destinatarios importantes, como los adolescentes y los hombres, no cuentan con servicios concebidos para satisfacer sus necesidades ni con los materiales de información, educación y comunicación que los ayudarían a entender cómo mejorar su propia salud genésica y la de su pareja.

17. El objetivo del programa propuesto es que al finalizar el período del programa el 55% de los centros de servicios sanitarios cuenten con servicios integrados de salud genésica. Para tal fin, se tratará de garantizar que todos los centros de prestación de servicios que incluyen servicios de planificación de la familia (aproximadamente la mitad) se mejoren mediante la introducción de una gama completa de servicios básicos de salud genésica. Además, el 10% de las demás instalaciones sanitarias también incorporarán servicios de salud genésica a fin de que el 25% de las mujeres kenyanas que en la actualidad están fuera del alcance de los servicios de planificación de la familia puedan empezar a beneficiarse. El número de instalaciones capaces de diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual se aumentará del 35% al 45% del total. También se procurará que todos los distritos cuenten con la información y con los servicios de asesoramiento y de otro tipo adecuados para responder a las necesidades especiales de los adolescentes.

18. En la importante esfera del fomento de la capacidad, el Fondo trabajará para fortalecer la gestión de los programas de salud genésica a todos los niveles. A fin de individualizar las diferencias de los servicios, se ampliará el sistema de información geográfica, que en la actualidad abarca 19 distritos, para que tenga una cobertura nacional. Una vez individualizadas, las deficiencias se remediarán mediante programas amplios de capacitación en varias etapas destinados tanto a trabajadores sanitarios especializados en salud genésica como al personal directivo de los niveles más altos del sistema de salud. Algunas de estas actividades se formularán con miras a promover la ampliación de los servicios para atender a las necesidades de salud genésica de los adolescentes mediante la capacitación en esferas como gestión y asesoramiento en materia de salud de adolescentes. Se promoverá una mayor participación de las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, los órganos profesionales y el sector privado en la ejecución de las actividades de salud genésica mediante la continuación y el fortalecimiento de las actividades de extensión, planes de recuperación de gastos, capacitación de parteras tradicionales, programas de distribución basados en la comunidad y otras actividades innovadoras, incluidas la instalación de dispositivos para la distribución de preservativos. Se prestará apoyo a la formulación y ejecución de programas que se centren en las necesidades de los hombres y estimulen su participación. Se apoyarán las investigaciones pertinentes y la amplia difusión de sus resultados. Además, aprovechando las ventajas comparativas de los servicios de adquisición del FNUAP, el programa propuesto, en colaboración con otros donantes, aportará anticonceptivos y otros productos básicos necesarios para el programa nacional, y ayudará también al Gobierno a definir una

estrategia a largo plazo para lograr la sostenibilidad del suministro de anticonceptivos.

19. Estrategias de población y desarrollo. El quinto programa para el país ayudará a aplicar la Política Nacional de Población para el Desarrollo Sostenible. Prestará también apoyo, conjuntamente con otros donantes, para la formulación de una política nacional sobre cuestiones de género, y ayudará a la Oficina Central de Estadísticas en las actividades de análisis y difusión relacionadas con el censo de 1999 y en el desarrollo y la gestión de un sistema integrado de información multisectorial (que incluya datos desglosados por sexo). El programa propuesto también apoyará la investigación en materia de estrategias de población y desarrollo (incluida la gestión del medio ambiente y cuestiones de género), y garantizará que el fomento de la capacidad mediante capacitación en gestión y aspectos básicos de población y desarrollo (tanto en los planos nacional como internacional y a corto como a largo plazo) sean un componente de los programas de población sectoriales.

20. Promoción. Se ayudará al Gobierno en sus esfuerzos de promoción mediante la participación en la formulación de mensajes para grupos destinatarios concretos que se centren en la modificación de comportamientos, la lucha contra la difusión del VIH/SIDA, la potenciación de las mujeres mediante la eliminación de políticas discriminatorias y la erradicación de prácticas tradicionales nocivas. El FNUAP también ayudará al Gobierno a mejorar el control y la sostenibilidad del programa nacional mediante el mejoramiento de los mecanismos institucionales y operacionales utilizados para la coordinación, supervisión, vigilancia y evaluación de las actividades de promoción. Las estrategias para tal fin incluirán la formación de asociaciones y redes; consulta y negociación; medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales apropiadas, especialmente de mujeres.

Ejecución, supervisión y evaluación

21. La ejecución nacional será la única modalidad de ejecución del programa y estará a cargo fundamentalmente de instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. Aunque esta forma de ejecución seguirá requiriendo un apoyo considerable de la oficina del FNUAP en el país, promoverá el fortalecimiento de instituciones y el fomento de la capacidad y un mayor grado de control y responsabilidad y, por consiguiente, de sostenibilidad. Los expertos nacionales serán la fuente principal de apoyo técnico; el personal del proyecto y los consultores supervisarán el programa periódicamente. Seguirán utilizándose los servicios de los asesores del Equipo de Apoyo del FNUAP en el país. Se aplicarán los procedimientos establecidos del FNUAP para la supervisión y evaluación del programa en su conjunto y de sus elementos constitutivos, incluidos un examen de mitad del período en junio de 1999 y exámenes anuales de los proyectos. Todas las actividades integrantes incluirán objetivos cuantitativos y cualitativos e indicadores mensurables. Los cambios en dichos indicadores reflejarán los efectos del programa en general.

Recomendación

22. La Directora Ejecutiva recomienda que la Junta Ejecutiva apruebe el programa de asistencia a Kenya, tal como se ha descrito, por un monto de 20 millones de dólares de los EE.UU., para el período 1997-2001, de los cuales 16,5

millones se consignarán con cargo a los recursos ordinarios del FNUAP, en la medida en que las disponibilidades lo permitan, y el saldo de 3,5 millones con cargo a fuentes multilaterales y bilaterales o, en la medida de lo posible, a los recursos ordinarios, con arreglo a la decisión 96/15 de la Junta Ejecutiva, relativa a la asignación de recursos del FNUAP.
