



Consejo Económico y Social

Distr. general
12 de enero de 2004
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

37º período de sesiones

22 a 26 de marzo de 2004

Tema 3 del programa provisional*

Medidas para poner en práctica las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se recomendaba que la Asamblea General organizara un examen periódico de su ejecución. En su resolución 49/128, de 19 de diciembre de 1994, la Asamblea decidió que la Comisión de Población y Desarrollo fuera el órgano encargado de supervisar, examinar y evaluar la ejecución del Programa de Acción. El informe del Secretario General sobre el primer examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción se presentó a la Comisión en 1999 (E/CN.9/1999/PC/2). En su decisión 2003/229, de 21 de julio de 2003, el Consejo Económico y Social aprobó la preparación de un informe sobre el segundo examen y evaluación quinquenal para ser presentado en el 37º período de sesiones de la Comisión, a celebrar en 2004. De conformidad con esa decisión, en el presente informe se ofrecen los resultados del segundo examen y evaluación quinquenal de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción.

* E/CN.9/2004/1.



El presente informe consta de una introducción y siete secciones. En las dos primeras secciones se ofrece un panorama de los niveles y las tendencias en materia de población y del crecimiento, la estructura y la distribución de la población en el mundo y sus principales regiones. A continuación, figuran cuatro secciones que se centran en conjuntos de cuestiones: derechos reproductivos y salud reproductiva, salud y mortalidad, migración internacional y programas de población. En la última sección se resumen las principales conclusiones del informe. En todas las secciones aparecen, de manera tanto explícita como implícita, tres factores interrelacionados que influyen en la aplicación de todas las recomendaciones del Programa de Acción, a saber, la disponibilidad de recursos financieros y humanos, las capacidades institucionales y la colaboración entre gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Para ejecutar completamente el Programa de Acción, se necesita una acción coordinada en esos tres frentes.

La conclusión principal del presente informe es que, en el decenio transcurrido desde la aprobación del Programa de Acción, se ha avanzado considerablemente. El mundo está empezando a ver el final del rápido crecimiento demográfico, las parejas están a punto de lograr sus objetivos deseados por lo que se refiere al número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, la mortalidad está disminuyendo en la mayoría de países y hay pruebas de que en muchos lugares se están adoptando las medidas necesarias para hacer frente al virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y otras crisis de mortalidad, y los gobiernos están iniciando procesos para resolver problemas relacionados con la migración internacional.

Aunque durante los últimos 10 años se han logrado grandes progresos en la ejecución del Programa de Acción, ha habido también deficiencias y lagunas. El progreso no ha sido universal y, en vista de las tendencias actuales, muchos países quizá no alcancen los fines acordados en el Programa de Acción. Para lograr esos fines y objetivos, se necesitan un esfuerzo y un compromiso continuos a fin de movilizar recursos humanos y financieros suficientes, fortalecer las capacidades institucionales y fomentar las asociaciones entre gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Si se concretan dichos esfuerzos y compromiso, cabe esperar que en el próximo examen y evaluación se ponga de manifiesto un progreso más amplio y más profundo en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Introducción	1-3	4
I. Niveles y tendencias en materia de población	4-14	4
II. Crecimiento, estructura y distribución de la población	15-33	9
III. Derechos reproductivos y salud reproductiva	34-51	15
IV. Salud y mortalidad	52-68	19
V. Migración internacional	69-87	24
VI. Programas de población	88-106	29
VII. Conclusiones	107-112	34
 Cuadros		
1. Población por principales regiones, 1994, 2004 y 2015 y promedio de la tasa anual de cambio, 1994-2004 y 2004-2015		5
2. Distribución de la población mundial por principales regiones, 1994, 2004 y 2015		6
3. Tasa de fecundidad total por principales regiones, 1994-1995, 2000-2005 y 2010-2015		7
4. Proporción de migrantes por principales regiones, 2000		8
5. Políticas gubernamentales relativas a la tasa de crecimiento demográfico, regiones más desarrolladas, regiones menos desarrolladas y países menos adelantados: 1991, 1996 y 2001		10
6. Proporción de la población que reside en zonas urbanas por principales regiones, 1994, 2004 y 2015		12
7. Opiniones de los gobiernos sobre la distribución espacial, regiones más desarrolladas, regiones menos desarrolladas, países menos adelantados y principales regiones, 2001		13
8. Proporción de parejas que utilizan métodos anticonceptivos, por regiones principales y años		17
9. Esperanza de vida al nacer por principales regiones, 1990-1995, 2000-2005 y 2010-2015		20
10. Tasa de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años por región principal, 1990-2005 y 2010-2015		22
11. Número de gobiernos que participan en procesos consultivos regionales sobre migración internacional		26

Introducción

1. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1995, capítulo I, resolución 1: anexo) se recomendaba que la Asamblea General organizara un examen periódico de la ejecución del Programa. En su resolución 49/128, de 19 de diciembre de 1994, la Asamblea General decidió que la Comisión de Población y Desarrollo fuera el órgano encargado de supervisar, examinar y evaluar la ejecución del Programa de Acción y pidió al Consejo Económico y Social que examinara los procedimientos de presentación de informes dentro del sistema de las Naciones Unidas en lo relativo a las cuestiones de población y desarrollo, con inclusión del examen y de la evaluación quinquenales de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción. En su resolución 1995/55, de 28 de julio de 1995, el Consejo Económico y Social hizo suyo el informe propuesto por el Secretario General en el que se preveía que la Comisión prepararía quinquenalmente dicho examen y evaluación. El informe del Secretario General sobre el primer examen y evaluación se presentó a la Comisión en 1999 (E/CN.9/1999/PC/2).

2. En su decisión 2003/229, de 21 de julio de 2003, el Consejo Económico y Social aprobó la preparación de un informe sobre el segundo examen y evaluación quinquenal para el 37º período de sesiones de la Comisión, que se celebraría en 2004. De conformidad con esa decisión, en el presente informe se proporcionan los resultados del segundo examen y evaluación quinquenal de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción.

3. El presente informe consta de una introducción y siete secciones. En las dos primeras secciones se ofrece un panorama de los niveles y las tendencias en materia de población y del crecimiento, la estructura y la distribución de la población en el mundo y sus principales regiones. A continuación figuran cuatro secciones que se centran en conjuntos de cuestiones: derechos reproductivos y salud reproductiva, salud y mortalidad, migración internacional y programas demográficos. En la última sección se resumen las principales conclusiones del informe. En todas las secciones aparecen, de manera tanto implícita como explícita, tres factores interrelacionados que influyen en la aplicación de todas las recomendaciones del Programa de Acción, a saber, la disponibilidad de recursos financieros y humanos, las capacidades institucionales y la colaboración entre gobiernos, la comunidad internacional, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Para ejecutar cabalmente el Programa de Acción, se necesita una acción coordinada en esos tres frentes.

I. Niveles y tendencias en materia de población

4. En el Programa de Acción se definía el crecimiento de la población como un elemento importante en el proceso de desarrollo y se hacía hincapié en que, a fin de mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, era importante facilitar la transición hacia índices de natalidad y de mortalidad bajos y, por tanto, hacia un crecimiento demográfico más lento. Al año 2004, en casi todos los países del mundo se ha reducido la fecundidad, que es la principal causa del crecimiento demográfico. No obstante, la población mundial continúa aumentando, aunque a menor velocidad. Además, se ha incrementado la diversidad demográfica en las regiones y los países por lo que se refiere a los componentes del crecimiento demográfico, lo que seguirá influyendo en la distribución geográfica regional.

5. En 2004 la población mundial es de 6.400 millones de habitantes (cuadro 1). Entre 1994 y 2004, se incrementó en 784 millones, lo que supuso un porcentaje de crecimiento anual medio del 1,3%. Las regiones menos desarrolladas han crecido con mayor rapidez que las más desarrolladas (los porcentajes anuales fueron de 1,6% y 0,3%, respectivamente). La tasa de crecimiento de los países menos adelantados sigue siendo especialmente alta, del 2,4% anual. Para 2015, se prevé que la población mundial alcanzará los 7.200 millones de personas, un aumento equivalente a una tasa de crecimiento anual del 1,1% entre 2004 y 2015. Durante ese período, se prevé que 104 países, que representan el 41% de la población mundial, tendrán tasas de crecimiento inferiores al 1% anual. Sin embargo, a pesar de la continua reducción de la fecundidad prevista entre 2004 y 2015, se calcula que 52 países, que cuentan con el 14% de la población mundial, todavía tendrán tasas de crecimiento por encima del 2% anual. De ellos, 31 se cuentan entre los países menos adelantados.

Cuadro 1

Población por principales regiones, 1994, 2004 y 2015 y promedio de la tasa anual de cambio, 1994-2004 y 2004-2015

	Población por principales regiones (millones)			Promedio de la tasa anual de cambio (porcentaje)	
	1994	2004	2015	1994-2004	2004-2015
Total mundial	5 594	6 378	7 197	1,31	1,10
Regiones más desarrolladas	1 170	1 206	1 230	0,31	0,18
Regiones menos desarrolladas	4 424	5 172	5 967	1,56	1,30
Países menos adelantados	576	736	942	2,44	2,25
África	690	869	1 085	2,31	2,01
América del Norte	296	329	364	1,05	0,92
América Latina y el Caribe	473	551	628	1,52	1,20
Asia	3 379	3 871	4 371	1,36	1,10
Europa	727	726	713	-0,02	-0,15
Oceanía	28	33	37	1,36	1,04

Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.6).

6. La mayor parte del incremento de la población mundial se da en las regiones menos desarrolladas. En efecto, durante el período comprendido entre 1994 y 2004, los países en desarrollo aportaron 747 millones de personas al aumento de la población mundial, que fue de 784 millones. Aproximadamente la mitad del crecimiento demográfico anual en el mundo se da en seis países en desarrollo: la India (21%), China (13%) y el Pakistán, Nigeria, Bangladesh e Indonesia (4% cada uno, aproximadamente).

7. Como resultado de las diferencias en las tasas de crecimiento entre las regiones más y menos desarrolladas, la población mundial se distribuye de manera irregular y su porcentaje va en aumento en las regiones menos desarrolladas. En 2004, aproximadamente cuatro de cada cinco personas en el mundo vive en las regiones menos desarrolladas. Los cinco países más poblados son China (1.300 millones), la

India (1.000 millones), los Estados Unidos de América (297 millones), Indonesia (223 millones) y el Brasil (181 millones). Cuatro de ellos se encuentran en las regiones menos desarrolladas. No obstante, las tasas de crecimiento demográfico varían también considerablemente en el mundo en desarrollo. África, una de las principales regiones, es la que registra un crecimiento más rápido, con una tasa del 2,3% anual, seguida por América Latina y el Caribe (1,5% anual) y Asia (1,4%). En el mundo desarrollado, América del Norte sigue creciendo con una tasa estable del 1% anual, mientras que en Europa la población se ha ido reduciendo, a un ritmo del -0,02% anual entre 1994 y 2004.

8. Desde 1994, ha aumentado la proporción de la población mundial que vive en África, Asia y, en menor grado, América Latina y el Caribe (cuadro 2). El porcentaje de África pasó del 12% en 1994 al 14% en 2004; el de Asia, del 60% al 61%; y el de América Latina y el Caribe, del 8% al 9%. El porcentaje de la población mundial que vive en América del Norte y en Oceanía siguió siendo el 5% y el 1%, respectivamente. En cambio, el porcentaje de Europa descendió del 13% al 11%. Para 2015, la proporción de Europa había seguido disminuyendo hasta el 10% aproximadamente, mientras que las de África y América Latina y el Caribe habían seguido aumentando. Entre 2004 y 2015, se prevé que 22 países de Europa, cuatro de Asia, cuatro de África y tres de América Latina y el Caribe experimentarán descensos en el número de habitantes. Dicho descenso en los cuatro países de África será debido a los efectos devastadores de la epidemia del VIH/SIDA, mientras que en los otros países será consecuencia de los bajos niveles de fecundidad.

Cuadro 2

Distribución de la población mundial por principales regiones, 1994, 2004 y 2015

Principales regiones	Población por principales regiones (millones)			Porcentaje de distribución		
	1994	2004	2015	1994	2004	2015
Total mundial	5 594	6 378	7 197	100,0	100,0	100,0
Regiones más desarrolladas	1 170	1 206	1 230	20,9	18,9	17,1
Regiones menos desarrolladas	4 424	5 172	5 967	79,1	81,1	82,9
Países menos adelantados	576	736	942	10,3	11,5	13,1
África	690	869	1 085	12,3	13,6	15,1
América del Norte	296	329	364	5,3	5,2	5,1
América Latina y el Caribe	473	551	628	8,5	8,6	8,7
Asia	3 379	3 871	4 371	60,4	60,7	60,7
Europa	727	726	713	13,0	11,4	9,9
Oceanía	28	33	37	0,5	0,5	0,5

Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.6).

9. Casi la mitad de los habitantes del mundo vive en zonas urbanas. En las regiones más desarrolladas, tres de cada cuatro personas son habitantes urbanos, mientras que en las menos desarrolladas esa proporción es de dos de cada cinco. El nivel de urbanización varía considerablemente entre las principales regiones. En América del Norte, América Latina y el Caribe, Oceanía y Europa, aproximadamente tres de cada

cuatro personas viven en zonas urbanas. En cambio, en Asia y África, sólo dos de cada cinco personas son habitantes urbanos. Aunque en las zonas urbanas vive un porcentaje cada vez mayor de la población mundial, una cuarta parte de la población del mundo vive en pequeñas ciudades de menos de 500.000 habitantes.

10. La tasa de fecundidad total mundial descendió de más de tres hijos por mujer en 1990-1995 a 2,7 hijos aproximadamente en la actualidad (cuadro 3). Desde principios de los años noventa, el número de países que presentaban una fecundidad total media de más de cinco hijos por mujer se ha reducido de 55 en 1990-1995 a 34 en 2000-2005. De esos 55 países, 41 estaban en África, 11 en Asia, dos en Oceanía y uno en América Latina y el Caribe. De los 34 países en los que la fecundidad sigue siendo alta en 2000-2005, 28 están en África y seis en Asia. En el otro extremo de la distribución, ha ido en aumento el número de países en los que la fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo, ya que han pasado a ser de 51 en 1990-1995 a 62 en 2000-2005. En 1993, sólo 10 de los países cuya fecundidad estaba por debajo del nivel de reemplazo se encontraban en el mundo menos desarrollado; a 2003, el número de países en desarrollo con dichos niveles de fecundidad se había duplicado y era de 20.

Cuadro 3

Tasa de fecundidad total por principales regiones, 1990-1995, 2000-2005 y 2010-2015

<i>Principales regiones</i>	<i>Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)</i>		
	<i>1990-1995</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>
Total mundial	3,03	2,69	2,50
Regiones más desarrolladas	1,69	1,56	1,60
Regiones menos desarrolladas	3,40	2,92	2,65
Países menos adelantados	5,77	5,13	4,40
África	5,63	4,91	4,19
América del Norte	2,02	2,05	2,03
América Latina y el Caribe	3,01	2,53	2,23
Asia	2,98	2,55	2,30
Europa	1,58	1,38	1,40
Oceanía	2,55	2,34	2,16

Fuente: World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. I, Comprehensive Tables
(publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.6).

11. Entre 2000 y 2005, se espera que la esperanza de vida al nacer alcance en el mundo los 66 años, lo que supondría un aumento con respecto a los 64 años, valor correspondiente al período 1990-1995. En 2003, más de 100 países, que representan el 47% de la población mundial, registraron una esperanza de vida por encima de los 70 años. Aunque se sigue avanzando considerablemente en todo el mundo, en el último decenio del siglo XX se produjeron importantes retrocesos, en particular en países afectados por la epidemia del VIH/SIDA y en los que sufrieron conflictos. La esperanza de vida todavía se sitúa por debajo de los 50 años en 36 países, de los que 33 están en el África Subsahariana y la mayoría están afectados por el VIH/SIDA o por conflictos. En los 53 países más afectados por la epidemia del VIH/SIDA, se

calcula que el VIH causó casi 20 millones de muertes adicionales en el período comprendido entre 2000 y 2005 y que el número de esas muertes probablemente aumentará hasta los 32 millones entre 2010 y 2015, aun suponiendo que las medidas para evitar que se siga propagando la enfermedad tengan un éxito moderado.

12. En el período comprendido entre 2000 y 2005, se calcula que la tasa mundial de mortalidad infantil será de 56 muertes por 1.000 nacidos vivos, promedio que resulta de las cifras de ocho muertes por 1.000 nacidos vivos en las regiones más desarrolladas y 61 muertes por 1.000 nacidos vivos en las menos desarrolladas. Se prevé que en el período mencionado, en más de 130 países la mortalidad infantil estará por debajo de 50 como se pidió en el Programa de Acción (párr. 8.16). No obstante, 62 países (de los que 41 son países menos adelantados), en los que vive el 35% de la población mundial, no alcanzarán ese objetivo.

13. En los años noventa siguieron aumentando los movimientos demográficos internacionales. A mediados de 2000, unos 175 millones de personas, el 3% de la población mundial, eran migrantes internacionales, lo que supuso un aumento con respecto a los 154 millones que lo eran en 1990 (cuadro 4). El 48% de los migrantes internacionales eran mujeres. En 2000, 104 millones de migrantes internacionales vivían en las regiones más desarrolladas y 71 millones en las menos desarrolladas, es decir, tres de cada cinco migrantes internacionales vivían en países desarrollados, donde constituían alrededor del 9% de la población total. En 2000, el 84% de los migrantes internacionales vivía en Asia, Europa y América del Norte. Debido a los niveles tan bajos de fecundidad que se dan en los países de las regiones más desarrolladas, la migración internacional se ha convertido en esos países en un factor importante de crecimiento demográfico. Entre 1990 y 2000, la contribución de la migración internacional neta al crecimiento demográfico en las regiones más desarrolladas fue ligeramente superior a la del incremento natural y se prevé que entre 2000 y 2010 dicha contribución será en esas regiones tres veces mayor que el incremento natural.

Cuadro 4
Proporción de migrantes por principales regiones, 2000

<i>Principales regiones</i>	<i>Proporción de migrantes</i>		
	<i>Población total (millones)</i>	<i>Número (millones)</i>	<i>Porcentaje de población</i>
	<i>2000</i>	<i>2000</i>	
Total mundial	6 057	175	2,9
Regiones más desarrolladas	1 191	104	8,7
Regiones menos desarrolladas	4 865	71	1,5
Países menos adelantados	668	11	1,6
África	794	16	2,1
América del Norte	314	41	13,0
América Latina y el Caribe	519	6	1,1
Asia	3 672	50	1,4
Europa	727	56	7,7
Oceanía	31	6	19,1

Fuente: International Migration, 2002 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.03.XIII.3), gráfico mural.

14. El Programa de Acción tenía como objetivo integrar totalmente los problemas demográficos en las estrategias relativas al desarrollo, el medio ambiente y la reducción de la pobreza y proporcionar una asignación de recursos suficiente a todos los niveles. Por lo que respecta la amplia gama de fines ambientales, sociales, económicos y de atención de la salud fijados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su Programa de Acción, así como en otras conferencias mundiales, los progresos han sido irregulares. En general, a pesar de algunos retrocesos en países concretos, se ha avanzado en la reducción de los porcentajes de pobreza, aunque no en la cifra absoluta de personas pobres. A pesar del continuo aumento del suministro de alimentos en el mundo, el número de personas desnutridas se incrementó desde 1995, ya que aumentó la inseguridad alimentaria en muchos de los países más pobres (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2003). La Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica) en 2002, brindó la oportunidad de establecer medidas concretas y fijar metas cuantificables para aplicar mejor el Programa 21 (Naciones Unidas, 1993, resolución 1, anexo II). Además, dirigentes de 189 países se reunieron en 2000 en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y acordaron un conjunto de objetivos del desarrollo del Milenio encaminados a reducir a la mitad la pobreza y el hambre en el mundo para 2015, reducir las tasas de mortalidad materno-infantil, frenar la propagación del VIH, promover la igualdad entre los géneros y fomentar el desarrollo ambiental sostenible. Esos objetivos complementan y refuerzan los del Programa de Acción.

II. Crecimiento, estructura y distribución de la población

15. En el Programa de Acción se reflejaba la opinión de que la pronta estabilización de la población mundial contribuiría de forma importante al logro del desarrollo sostenible y la opinión unánime de que un crecimiento más lento de la población podía dar más tiempo a las sociedades a luchar contra la pobreza y proteger el medio ambiente.

16. La persistencia de elevadas tasas de crecimiento demográfico sigue siendo un problema de política para muchos gobiernos, en particular en las regiones menos desarrolladas. También se considera que el rápido crecimiento demográfico a nivel nacional puede exacerbar los problemas relacionados con la distribución de la población, sobre todo el rápido crecimiento de las ciudades. En 2001, más de la mitad de los países de las regiones menos desarrolladas habían implantado políticas encaminadas a reducir sus tasas de crecimiento demográfico. Casi dos tercios de los países menos adelantados, cuyas tasas de crecimiento demográfico son las más elevadas, habían implantado políticas y programas para reducir sus tasas de crecimiento demográfico (cuadro 5).

17. Mientras que la mayoría de los países de las regiones menos desarrolladas están preocupados por el elevado crecimiento de su población, un número cada vez mayor de países de las regiones más desarrolladas expresan preocupación por sus bajas tasas de crecimiento demográfico. Entre 1991 y 2001, el porcentaje de países desarrollados que consideraban que sus tasas de crecimiento demográfico eran demasiado bajas se duplicó, del 16% al 35%; y, en 2001, el 25% de los países de las regiones más desarrolladas había implantado políticas para incrementar su tasa de crecimiento, lo que supuso un aumento sustancial con respecto al 19% de 1991 (cuadro 5).

Cuadro 5
Políticas gubernamentales relativas a la tasa de crecimiento demográfico, regiones más desarrolladas, regiones menos desarrolladas y países menos adelantados: 1991, 1996 y 2001

Año	Número de países					Porcentaje				
	Elevar	Mantener	Reducir	Ninguna intervención	Total	Elevar	Mantener	Reducir	Ninguna intervención	Total
Todo el mundo		2								
1991	21	15	66	66	168	12,5	8,9	39,3	39,3	100,0
1996	25	16	70	82	193	13,0	8,3	36,3	42,5	100,0
2001	22	18	76	77	193	11,4	9,3	39,4	39,9	100,0
<i>Regiones más desarrolladas</i>										
1991	7	10	1	19	37	18,9	27,0	2,7	51,4	100,0
1996	11	6	1	30	48	22,9	12,5	2,1	62,5	100,0
2001	12	7	1	28	48	25,0	14,6	2,1	58,3	100,0
<i>Regiones menos desarrolladas</i>										
1991	14	5	65	47	131	10,7	3,8	49,6	35,9	100,0
1996	14	10	69	52	145	9,7	6,9	47,6	35,9	100,0
2001	10	11	75	49	145	6,9	7,6	51,7	33,8	100,0
<i>Países menos adelantados</i>										
1991	3	1	20	22	46	6,5	2,2	43,5	47,8	100,0
1996	1	1	26	21	49	2,0	2,0	53,1	42,9	100,0
2001	1	1	32	15	49	2,0	2,0	65,3	30,6	100,0

Fuente: Banco de datos sobre política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

18. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tuvo lugar en Madrid en abril de 2002, se aprobó una Declaración Política (Naciones Unidas, 2002b, capítulo I, resolución 1, anexo I) para afianzar los objetivos establecidos en el Programa de Acción y se reafirmó el compromiso de los gobiernos a responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y a promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades.

19. Debido a la disminución de la mortalidad y a la persistencia de los altos niveles de fecundidad, el número de niños y jóvenes sigue siendo muy elevado en la población de la mayoría de los países en desarrollo. El rápido crecimiento del número de jóvenes y adolescentes produce un aumento de la demanda de servicios de atención de la salud, educación y empleo, impone importantes exigencias y responsabilidades a la sociedad y ejerce presión sobre la capacidad de las instituciones de los países en desarrollo. En 2004, los niños menores de 15 años constituyen el 31% de la población de las regiones menos desarrolladas y el 43% de la población de los países menos adelantados. A pesar de la disminución de las tasas de crecimiento de la población infantil, el número de niños sigue aumentando en las regiones menos desarrolladas.

20. El Programa de Acción tenía por objetivo promover la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes de conformidad con los compromisos contraídos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño (resolución 44/25, anexo (párr. 6.7 a) de la Asamblea General). En el Programa de Acción se fomentaba que los niños, adolescentes y jóvenes, en particular las jóvenes, continuasen sus estudios, entre cuyos efectos positivos cabe citar

la reducción de la incidencia del matrimonio y la maternidad a edad temprana. En el Programa de Acción también se pedía que se ampliaran las oportunidades de empleo para los jóvenes. Por lo que se refiere a las personas de edad, en el Programa de Acción se establecieron los siguientes objetivos: aumentar la capacidad de las personas de edad para valerse por sí mismas, establecer sistemas de salud y sistemas de seguridad social, con especial atención a las necesidades de las mujeres de edad, y aumentar la capacidad de las familias de hacerse cargo de las personas de edad (párr. 6.17).

21. La tendencia al aumento de la matrícula escolar en todos los ciclos y la disminución del analfabetismo están beneficiando tanto a las niñas como a los niños. En 1990, el 80% de los niños en edad escolar primaria estaban matriculados o asistían a la escuela (tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria), cifra que sólo aumentó dos puntos porcentuales, hasta el 82% en 1999. Las diferencias de género se redujeron a la mitad durante ese período pero todavía constituyen motivo de seria preocupación en el África subsahariana, Asia meridional, Asia occidental y África septentrional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2001). En general, las tasas de matriculación en la enseñanza secundaria aumentaron entre 1990 y 1999 en todas las regiones del mundo, excepto en los países con economías en transición. También se han reducido las diferencias por razón de género en la matriculación secundaria en todas las regiones en las que la tasa de matriculación de las niñas era más baja que la de los niños. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para mejorar la matriculación de las niñas en la enseñanza secundaria, especialmente en el Asia meridional, el Asia occidental y el África subsahariana. Según estimaciones recientes (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2002), las tasas de analfabetismo juvenil, que reflejan el porcentaje de analfabetos de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, disminuyeron en todas las regiones entre 1990 y 2000. Sin embargo, las tasas de analfabetismo de las jóvenes todavía son notablemente más elevadas que las de los jóvenes, especialmente en las regiones menos desarrolladas, y desde 1990 los progresos para reducir esa diferencia han sido escasos.

22. El número de personas de edad en el mundo todavía es menor que el número de niños, pero la población de edad está creciendo a un ritmo mucho más rápido. Se estima que entre 1994 y 2004 el número de personas de 60 años o más aumentó de 530 a 654 millones. Muchas sociedades, especialmente las de las regiones más desarrolladas, tienen ya estructuras de población por edades que se caracterizan por porcentajes de personas de edad muy elevados, nunca antes vistos. De hecho, en las regiones más desarrolladas hay un mayor número de personas de 60 años o más que niños menores de 15 años (241 millones frente a 208 millones en 2004).

23. Aunque las consecuencias del envejecimiento de la población antes sólo preocupaban a los países desarrollados, ahora también preocupan a muchos países en desarrollo. De hecho, debido a la rápida reducción de la fecundidad, el ritmo del envejecimiento es más rápido en las regiones menos desarrolladas que en las más desarrolladas. Por tanto, entre 2004 y 2015, se prevé que la tasa de crecimiento de la población de 60 años o más superará el 3% en las regiones menos desarrolladas, tasa que es casi dos veces más alta que la de las regiones más desarrolladas. Habida cuenta de que es probable que cada vez sea más difícil adaptarse a la rápida evolución de la estructura por edades, es posible que los países en desarrollo encuentren una mayor dificultad a la hora de enfrentarse al proceso de envejecimiento de la que hasta el momento han experimentado los países desarrollados.

24. El envejecimiento de la población tendrá muy diversas consecuencias económicas y sociales para el crecimiento económico, el ahorro y la inversión, la oferta de

mano de obra y el empleo, los regímenes de pensiones, los servicios de salud y de atención a largo plazo, las transferencias entre las generaciones, los sistemas tributarios, la composición familiar y el alojamiento. Los principales motivos de preocupación para la población de edad están relacionados con su situación socioeconómica, el envejecimiento productivo y la calidad de vida. Los países desarrollados suelen tener más políticas y programas encaminados a atender las necesidades de las personas de edad que los países en desarrollo. Por ejemplo, muchos países desarrollados disponen de servicios de salud creados específicamente para atender las necesidades de las personas de edad mientras que por el momento pocos países en desarrollo disponen de tales servicios.

25. Aunque casi todos los países afirman disponer de sistemas de pensiones, muchos no ofrecen una cobertura universal. Aunque la situación socioeconómica de las personas de edad ha mejorado gracias a las mejoras introducidas en los sistemas de pensiones, las mujeres de edad tiene más probabilidades que los hombres de ser pobres porque es más probable que se queden viudas y porque, en general, sus contribuciones a los sistemas de pensiones son de menor cuantía. A la luz de los desafíos actuales y futuros a los que se enfrentan los sistemas de seguridad social, la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó en 2001 una resolución y una serie de conclusiones en las que pidió que se pudiese en marcha una campaña para promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social e instó a los gobiernos a dar más prioridad a las cuestiones relacionadas con la seguridad social (Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2001).

26. Una de las principales tendencias de finales del siglo XX fue el crecimiento de las aglomeraciones urbanas. En 2004, el 49% de la población mundial reside en zonas urbanas (cuadro 6). Las zonas urbanas están creciendo entre tres y cuatro veces más rápido que las zonas rurales y las proyecciones de las Naciones Unidas indican que la población urbana podría superar a la población rural en 2007. En 2004, en las regiones más desarrolladas tres de cada cuatro personas viven en zonas urbanas, en comparación con dos de cada cinco en las regiones menos desarrolladas.

Cuadro 6

Proporción de la población que reside en zonas urbanas por principales regiones, 1994, 2004 y 2015

<i>Principales regiones</i>	<i>Proporción de la población que reside en zonas urbanas (porcentaje)</i>		
	<i>1994</i>	<i>2004</i>	<i>2015</i>
Total del mundo	44,9	48,8	53,8
Regiones más desarrolladas	74,4	75,7	77,6
Regiones menos desarrolladas	37,1	42,6	48,9
Países menos adelantados	22,6	28,1	35,3
África	33,9	39,6	46,4
América del Norte	75,9	77,5	79,3
América Latina y el Caribe	72,7	76,8	80,8
Asia	34,3	39,6	45,9
Europa	72,8	73,7	75,4
Oceanía	71,1	73,6	75,6

Fuente: World Urbanization Prospects: The 2001 Revision (publicación de las Naciones Unidas, Número de venta: E.O2.XIII.16).

27. Las grandes aglomeraciones urbanas del mundo se están volviendo más vastas y más numerosas. En 2000 había 16 grandes ciudades con al menos 10 millones de habitantes y se prevé que su número llegará a 21 antes de 2015. Sin embargo, durante el decenio de 1990, las ciudades de menor tamaño, con menos de 500.000 habitantes, y las ciudades con una población de entre 1 y 5 millones de habitantes, absorbieron el mayor porcentaje del incremento de la población urbana mundial. Se espera que se repita un patrón similar durante el período comprendido entre 2000 y 2015.

28. La capacidad de las ciudades para absorber este rápido crecimiento demográfico suscita creciente preocupación. Muchos gobiernos han expresado su preocupación por el hecho de que las elevadas tasas de migración de las zonas rurales a las zonas urbanas puedan obstaculizar la capacidad de las ciudades para suministrar agua potable, energía y saneamiento a todos sus habitantes. En 2001, el 39% de los gobiernos opinaba que sus modalidades de distribución de la población requerían importantes modificaciones. De éstos, el 87% pertenecía a las regiones menos desarrolladas (cuadro 7). En 2001, de entre las principales regiones, África tenía la proporción más elevada de gobiernos que deseaban realizar importantes modificaciones en su distribución espacial (64%). Las cuestiones relativas a la distribución de la población ocuparon un lugar destacado no sólo en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, sino también en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II), que se celebró en Estambul en junio de 1996, y, en relación con la población rural, en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, que se celebró en Roma en noviembre de 1996.

29. En muchos países en desarrollo, las políticas de distribución de la población son en gran medida sinónimo de medidas para reducir la migración de las zonas rurales a las zonas urbanas. En la práctica, la mayoría de las políticas encaminadas a reducir el crecimiento de las grandes zonas metropolitanas no han sido eficaces. Aunque hay un amplio consenso entre los gobiernos del mundo en desarrollo sobre la conveniencia de promover las ciudades de pequeño y mediano tamaño, no está tan claro qué medios se han de utilizar para alcanzar ese objetivo.

Cuadro 7

Opiniones de los gobiernos sobre la distribución espacial, regiones más desarrolladas, regiones menos desarrolladas, países menos adelantados y principales regiones, 2001

	Número de países				Porcentaje			
	Satisfactoria	Se necesitan hacer ligeros cambios	Se necesitarían hacer grandes cambios	Total	Satisfactoria	Se necesitan hacer ligeros cambios	Se necesitarían hacer grandes cambios	Total
Total del mundo	66	52	75	193	34,2	26,9	38,9	100,0
Regiones más desarrolladas	26	12	10	48	54,2	25,0	20,8	100,0
Regiones menos desarrolladas	40	40	65	145	27,6	27,6	44,8	100,0
Países menos adelantados	11	11	27	49	22,4	22,4	55,1	100,0
África	9	10	34	53	17,0	18,9	64,2	100,0
América del Norte	2	0	0	2	100,0	0,0	0,0	100,0
América Latina y el Caribe	11	12	10	33	33,3	36,4	30,3	100,0
Asia	14	16	16	46	30,4	34,8	34,8	100,0
Europa	22	12	9	43	51,2	27,9	20,9	100,0
Oceanía	8	2	6	16	50,0	12,5	37,5	100,0

Fuente: Banco de datos sobre política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas

30. En 2001, la Asamblea General celebró un período extraordinario de sesiones para examinar y evaluar la aplicación del Programa de Hábitat (Naciones Unidas, 1996, capítulo I, resolución 1, anexo II), en el que reafirmó su compromiso con las actividades y las iniciativas futuras en el marco del Programa. Como resultado, la Asamblea aprobó la Declaración sobre las ciudades y otros asentamientos humanos en el nuevo milenio, que figura en el anexo a la resolución S-25/2, de 9 de junio de 2001. En la Declaración se reafirmó que los seres humanos son el objeto primordial de la preocupación por el desarrollo sostenible y se hizo hincapié en que se debían aprovechar al máximo los vínculos entre las zonas rurales y las urbanas y las contribuciones complementarias que puede hacer cada una teniendo debidamente en cuenta sus diferentes necesidades económicas, sociales y ambientales.

31. Se estima que en el mundo hay unos 370 millones de indígenas en más de 70 países. Los pueblos indígenas son los herederos de culturas y modos únicos de relacionarse con otras personas y con el medio ambiente que aún practican. En 1994, la Asamblea General instituyó el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994-2004) para afianzar el compromiso de las Naciones Unidas con la promoción y la protección de los derechos de los pueblos indígenas en todo el mundo. En el marco de este Decenio, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas colaboraron con los pueblos indígenas para elaborar y aplicar proyectos en materia de salud, educación, vivienda, empleo, desarrollo y medio ambiente que fomentasen la protección de los pueblos indígenas y sus costumbres, valores y prácticas tradicionales. En virtud de la resolución 2000/22 del Consejo Económico y Social, de 28 de julio de 2000, se estableció un Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas con el mandato de que se ocupase de seis esferas principales: el desarrollo económico y social, la cultura, el medio ambiente, la educación, la salud y los derechos humanos

32. En el Programa de Acción también se hacían recomendaciones relativas a los derechos y la participación de las personas con discapacidad. El 19 de diciembre de 2001, la Asamblea General aprobó su resolución 56/168, por la cual decidió establecer un comité especial para que examinase propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social.

33. Por último, en gran medida como resultado del deterioro ambiental, los desastres naturales, los conflictos armados y los reasentamientos forzosos, los desplazados internos son el grupo de personas desarraigadas de más rápido crecimiento en todo el mundo. En el Programa de Acción se expresaba preocupación por la situación de las personas forzadas a abandonar sus lugares de residencia habitual y se recomendaba que se ofreciesen protección y asistencia apropiadas a las personas en dichas circunstancias (párr. 9.20). La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha ampliado la protección y la asistencia que ofrece a ciertos grupos de desplazados internos que no estaban incluidos en su mandato original. En 2002, el ACNUR tenía bajo su protección y ofrecía asistencia a 5,3 millones de desplazados internos.

III. Derechos reproductivos y salud reproductiva

34. En el Programa de Acción se hacía hincapié en que mediante el sistema de atención primaria de la salud, todos los países deberían esforzarse por que la salud reproductiva sea asequible para todas las personas de edades apropiadas lo antes posible y a más tardar en el año 2015 (párr. 7 b). La salud reproductiva es un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consonancia con la definición de salud reproductiva que figura *supra*, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos, evitando y resolviendo problemas relacionados con la higiene de la reproducción.

35. En su vigésimo primer período extraordinario de sesiones para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Asamblea General pidió que se mejorasen una amplia gama de servicios de salud reproductiva. Dos medidas estratégicas básicas que deben adoptarse para avanzar hacia un planteamiento sistemático de la salud reproductiva consisten en integrar y ampliar los servicios existentes.

36. La aplicación de los programas de salud reproductiva se ha visto limitada en muchos países por obstáculos operacionales, en particular problemas para integrar los servicios de salud reproductiva en la atención primaria de la salud de forma que tales servicios sean accesibles para todos a un precio razonable. El problema ha sido mantener, y en lo posible aumentar, la eficacia de los componentes del cuidado de la salud al mismo tiempo que se lograba una sinergia y una prestación de servicios más eficaz en función de los costos. Las cuestiones relativas a la integración de los distintos componentes de los servicios incluyen establecer prioridades en materia de salud reproductiva, consolidar los componentes eficaces y ampliar su alcance de forma progresiva, así como asegurar que los servicios sean técnicamente adecuados y aceptables para los usuarios y que se dé prioridad a los grupos menos privilegiados (Naciones Unidas, 2003a; y Lush, 2002).

37. En muchos países la estructura vertical de la organización de los sistemas de salud continúa siendo la principal barrera institucional para lograr un enfoque más integrado. A nivel de la prestación de servicios, se ha dado prioridad a la integración de los servicios de salud materna e infantil y planificación de la familia en la prevención, el seguimiento y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

38. En Asia y el Pacífico, por ejemplo, en la Quinta Conferencia sobre Población para Asia y el Pacífico, que tuvo lugar en Bangkok en diciembre de 2002, se señaló que desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, algunos países habían integrado la planificación de la familia con otros componentes de los servicios de salud reproductiva. La República Islámica del Irán, la República de Corea, Sri Lanka y Tailandia prestan servicios integrados, mientras que en otros países como Indonesia y Viet Nam hay varias organizaciones gubernamentales encargadas de los distintos componentes de los servicios (Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP), 2002). En Bangladesh, Filipinas, Tailandia y Viet Nam se ha conseguido la participación de la comunidad y el sector privado y se ha logrado establecer mecanismos para proporcionar métodos anticonceptivos no clínicos. Una encuesta sobre el terreno realizada entre los países de la región demostró que,

aunque había un claro deseo de prestar servicios integrados de salud reproductiva, los progresos se veían dificultados por importantes obstáculos, en particular por las disposiciones administrativas, las limitaciones financieras, la necesidad de capacitar a los proveedores de servicios y los sistemas logísticos. Muchos países en desarrollo con elevadas tasas de fecundidad y bajas tasas de prevalencia en el uso de anticonceptivos señalaron que sus programas no estaban listos para la integración y que la tendencia hacia un enfoque integrado de la salud reproductiva podría debilitar sus iniciativas de planificación de la familia (Naciones Unidas, 2003b).

39. Cada vez se hace más hincapié en las cuestiones relativas a la calidad de la atención, por ejemplo en que el usuario pueda elegir entre distintos métodos, en dar información y asesoramiento a los usuarios, en la competencia técnica de los proveedores de servicios, en las relaciones interpersonales entre proveedores y usuarios (insistiendo en cuestiones tales como la privacidad, la confidencialidad, el ejercicio de opciones fundamentadas, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad), en los mecanismos de seguimiento y la continuidad de la atención, y en que haya una constelación apropiada de servicios. El cambio hacia un enfoque basado en la calidad de la atención está motivado por la falta de conocimientos especializados del personal y comprensión de las necesidades de los pacientes, especialmente con respecto a la comunicación de las alternativas de que disponen.

40. Los objetivos del Programa de Acción en la esfera de la planificación de la familia son ayudar a las parejas y los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación; prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo; poner servicios de planificación de la familia de calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean; mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación, comunicación, orientación y de otra índole en materia de planificación de la familia; lograr que el hombre participe más y asuma mayor responsabilidad en la práctica efectiva de la planificación de la familia; y promover la lactancia (párr. 7.14). En el Programa de Acción se señalaba que todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015 a más tardar, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia (párr. 7.16). En 1999, la Asamblea General, en su vigésimo primer período extraordinario de sesiones, recomendó que cuando hubiese una disparidad entre el empleo de anticonceptivos y la proporción de personas que expresaban el deseo de espaciar o limitar sus familias, los países deberían intentar eliminar esta disparidad por lo menos en un 50% para 2005, el 75% para 2010 y el 100% para 2050 (párr. 58).

41. La planificación de la familia ha sido desde hace mucho tiempo un elemento fundamental de las políticas y programas de población y forma parte integral de la salud reproductiva. A nivel mundial, más de tres quintas partes de las mujeres casadas o con pareja utilizan métodos anticonceptivos (cuadro 8). África tiene la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos más baja del mundo ya que aproximadamente sólo un 25% de las parejas, como promedio, utiliza métodos de planificación de la familia. En los países en desarrollo de Asia, casi dos tercios de las parejas utilizan métodos de planificación de la familia como promedio. Sin embargo, el elevado nivel de utilización en China influye en esa cifra. En América Latina y el Caribe y en las regiones más desarrolladas, siete de cada diez parejas, como promedio, utilizan métodos de planificación de la familia.

42. En la mayoría de los países en desarrollo que disponen de datos sobre tendencias se observa un aumento sustancial del uso de anticonceptivos durante los últimos 10 años. La tasa de prevalencia aumentó al menos un punto porcentual al año en el 68% de los países y dos puntos porcentuales al año en el 15% de los países. Los datos sobre tendencias también indican que el uso de preservativos ha aumentado en la gran mayoría de los países en desarrollo de África, Asia y América Latina y el Caribe, probablemente como resultado de las campañas de promoción del uso del preservativo para protegerse contra la infección por el VIH. En el mundo desarrollado, el uso del preservativo ha aumentado en América del Norte, Nueva Zelanda y en algunos países europeos pero ha descendido en otros países europeos (Naciones Unidas, 2003a).

Cuadro 8
Proporción de parejas^a que utilizan métodos anticonceptivos,
por regiones principales y años^b

Principales regiones	Año	Porcentaje que en la actualidad utiliza	
		Cualquier método	Métodos modernos ^c
Total del mundo	1998	60,9	54,0
Regiones más desarrolladas	1996	68,5	55,3
Regiones menos desarrolladas	1998	59,4	53,7
África	1999	26,8	19,8
América del Norte	1995	76,2	70,8
América Latina y el Caribe	1997	70,5	61,7
Asia	1998	63,5	58,4
Europa	1995	67,0	48,9
Oceanía	1990	61,7	57,2

Fuente: Base de datos de las Naciones Unidas sobre el uso de anticonceptivos a nivel mundial, 2003.

^a Las uniones maritales o consensuales en que la mujer tiene entre 15 y 49 años.

^b Sobre la base de los últimos datos disponibles a septiembre de 2003.

^c Son más eficaces para prevenir el embarazo e incluyen la esterilización masculina y femenina, la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), el preservativo masculino, los anticonceptivos inyectables, las implantaciones y los métodos vaginales de barrera.

43. Las políticas de los gobiernos encaminadas a facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos han sido un factor importante en la promoción de la planificación de la familia. El apoyo directo entraña la prestación de servicios de planificación de la familia mediante instalaciones gubernamentales tales como hospitales, clínicas, puestos sanitarios y centros sanitarios, además de la presencia de trabajadores del gobierno sobre el terreno. El apoyo de los gobiernos a los métodos anticonceptivos aumentó de forma constante durante el último cuarto del siglo XX. En 2001, el 92% de los países apoyaban programas de planificación de la familia y el uso de anticonceptivos, ya fuera directamente (75%) a través de servicios del gobierno, o indirectamente (17%) a través del apoyo a actividades de organizaciones no gubernamentales, por ejemplo, las desarrolladas por asociaciones de planificación de la familia (Naciones Unidas, 2002a).

44. La mayoría de los usuarios de anticonceptivos optan por métodos modernos, a los que corresponde el 90% del uso de anticonceptivos en todo el mundo. En particular, tres métodos anticonceptivos femeninos son los más usados, a saber: la esterilización femenina, los dispositivos intrauterinos y las píldoras. En relación con el uso de métodos específicos, existen marcadas diferencias entre las regiones más y menos desarrolladas: el uso de métodos tradicionales en las regiones más desarrolladas es dos veces superior al de las regiones menos desarrolladas. Los usuarios de anticonceptivos en las regiones más desarrolladas prefieren métodos de efecto corto y reversible, mientras que las parejas en las regiones menos desarrolladas se inclinan por métodos de efecto prolongado y de gran eficacia clínica. Los métodos anticonceptivos masculinos se usan en mucha mayor medida en las regiones más desarrolladas que en las menos desarrolladas.

45. Pese al reciente y rápido aumento en el uso de anticonceptivos, existen varios indicadores que apuntan a la existencia de problemas relacionados con la limitada opción de métodos que todavía prevalecen en los países en desarrollo. Aproximadamente un tercio de los países recurre, en general, únicamente a un método, la esterilización o la píldora, que corresponde a la mitad del uso de anticonceptivos (Naciones Unidas, 2003a). En un estudio sobre la relación entre la prevalencia de métodos anticonceptivos específicos y su disponibilidad, realizado en 47 países, se concluyó que la prevalencia de métodos anticonceptivos específicos estaba estrechamente relacionada con su disponibilidad (Ross y otros, 2002).

46. Se cree que la demanda de servicios de planificación de la familia supera la oferta. Se ha calculado que en 2000, unos 123 millones de mujeres no tenían acceso a medios anticonceptivos seguros y eficaces (Ross y Winfrey, 2002). En la actualidad, la proporción de mujeres casadas que necesitan planificación familiar pero que no emplean ningún método anticonceptivo es de una media del 24% en el África subsahariana y en torno al 18% en el África del norte, Asia y América Latina y el Caribe. En el África subsahariana, segmentos sustanciales de mujeres no conocen ningún método anticonceptivo moderno (Naciones Unidas, 2003b).

47. En relación con los adolescentes, los objetivos del Programa de Acción son abordar cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, incluidos los embarazos no deseados, los abortos peligrosos y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante la promoción de un comportamiento sexual y reproductivo seguro y responsable, incluida la abstinencia voluntaria, y el suministro de servicios apropiados y de asesoramiento adecuado específicamente para esas edades, y la reducción sustancial de todos los embarazos de adolescentes (párr. 7.44).

48. Las Naciones Unidas realizaron un examen de las políticas demográficas nacionales y se constató que la fecundidad de los adolescentes es un problema que preocupa cada vez más a los gobiernos, particularmente en las regiones menos desarrolladas (Naciones Unidas, 2002a). En 1996, los gobiernos del 53% de los países de las regiones menos desarrolladas y el 48% de los gobiernos de los países menos adelantados, consideraban la fecundidad de los adolescentes como uno de los problemas principales. En 2001, esos porcentajes aumentaron al 55% y al 62% respectivamente. Además, el 72% de los países de las regiones menos adelantadas y el 69% de los países menos adelantados indicaron que habían establecido políticas y programas para abordar la fecundidad de los adolescentes (ibíd.).

49. En muchos países, indistintamente de las regiones más desarrolladas o menos desarrolladas, muchos hombres y mujeres jóvenes son sexualmente activos antes del matrimonio. Datos correspondientes a los últimos años del decenio de 1990 indican que de las muchachas activas sexualmente a los 20 años, el 51% en África y el 45% en América Latina y el Caribe, habían iniciado actividades sexuales antes del matrimonio, mientras que la proporción correspondiente de hombres era del 90% en África y el 95% en América Latina y el Caribe. En muchos países desarrollados la actividad sexual comienza predominantemente antes del matrimonio tanto en hombres como en mujeres.

50. Las adolescentes solteras sexualmente activas se inclinan más por la anticoncepción que sus coetáneas casadas. A fines de 1990, la prevalencia de anticonceptivos entre las adolescentes solteras sexualmente activas era superior al 30% en Benin, el Camerún, Cabo Verde, Kenya, Nigeria, Sudáfrica y Zambia, en el África subsahariana, y superior al 60% en Bolivia, el Brasil, Colombia, Costa Rica, la República Dominicana y el Perú, en América Latina y el Caribe, porcentaje mucho más alto que el correspondiente a sus coetáneos masculinos. En particular, el uso de preservativos en esos países es mucho más alto entre adolescentes solteros que entre los casados (Naciones Unidas, 2003a).

51. Los niveles actuales de fecundidad adolescente varían mucho de un país a otro. Los países africanos registran los niveles de fecundidad adolescente más altos, así como las variaciones más pronunciadas en las tasas de fecundidad adolescente, que oscilan entre menos de 50 a más de 200 nacimientos por 1.000 mujeres de edades entre los 15 y los 19 años. Los bajos niveles de nacimientos entre adolescentes en muchos países de Asia se deben al aumento de la edad de matrimonio y la baja incidencia de nacimientos prematrimoniales. Las tasas de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo relativamente altas, incluso a pesar de que la tasa total de fecundidad en la mayoría de los países había alcanzado niveles bajos para fines de 1990. En la mayoría de los países desarrollados, las tasas de fecundidad adolescente son inferiores a 20 nacimientos por 1.000 mujeres de edades entre 15 y 19 años, y en el Japón y unos pocos países de Europa, esas tasas son de unos cinco nacimientos o menos por 1.000 mujeres. Además, en los Estados del Báltico y en otros países de Europa oriental se registró un rápido descenso en la maternidad de adolescentes durante el decenio de 1990 (Naciones Unidas, 2003b).

IV. Salud y mortalidad

52. En el Programa de Acción se instó a los países a que trataran de alcanzar una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años para el año 2005 y superior a los 75 años para 2015 (párr. 8.5). Los países con los niveles de mortalidad más elevados deberían tratar de alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 65 años y para el año 2015 una esperanza de vida superior a los 70 años.

53. Entre 1990-1995 y 1995-2000, la esperanza de vida aumentó en todas las regiones del mundo excepto en el África oriental y meridional y en Europa oriental (cuadro 9). Según las Naciones Unidas, 101 de los 192 países o áreas del mundo con una población total de por lo menos 100.000 personas en 2000, es posible que para 2000-2005 tengan una esperanza de vida superior a los 70 años, por lo que alcanzarán los objetivos del Programa de Acción para 2005. Se prevé que otros 28 países con una mortalidad relativamente alta lograrán el objetivo de una esperanza de vida

superior a los 65 años para esa fecha. En relación con los objetivos fijados para 2015, se prevé que 67 países alcanzarán una esperanza de vida superior a los 75 años para 2010-2015, y que 54 países que actualmente tienen una mortalidad alta conseguirán una esperanza de vida de entre 70 a 75 años en 2010-2015. La gran mayoría de los países que probablemente no lograrán los objetivos del Programa de Acción se encuentran en África, donde se ha previsto que 54 de los países del continente sólo cinco conseguirán una esperanza de vida superior a los 70 años para 2000-2005, y se ha estimado que en ese período otros cuatro países tendrán una esperanza de vida entre los 65 y los 70 años. Asimismo, se ha previsto que 14 de los 50 países de Asia no alcanzarán los objetivos relativos al aumento de la esperanza de vida.

54. Los objetivos principales del Programa de Acción en la esfera de atención primaria de la salud y el sector de los cuidados sanitarios son aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud de todas las personas de conformidad con los compromisos nacionales de proporcionar acceso a atención básica de la salud a toda la población y aumentar los años de vida saludable y mejorar la calidad de vida de toda la población y reducir las disparidades en la esperanza de vida entre los diversos países y dentro de cada país (párr. 8.3).

Cuadro 9

Esperanza de vida al nacer por principales regiones, 1990-1995, 2000-2005 y 2010-2015

Área	Esperanza de vida al nacer (años)		
	1990-1995	2000-2005	2010-2015
Mundo	63,8	65,4	67,2
Regiones más desarrolladas	74,0	75,8	77,3
Regiones menos desarrolladas	61,5	63,4	65,3
Países menos adelantados	48,6	49,6	52,9
África	51,1	48,9	51,0
América del Norte	75,2	77,4	78,5
América Latina y el Caribe	68,0	70,4	72,6
Asia	64,0	67,2	69,4
Europa	72,6	74,2	75,7
Oceanía	71,9	74,1	75,9

Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision, vol.1, Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.6).

55. Para muchos países de bajos ingresos, los costos del suministro de servicios mínimos de salud pública y de atención médica eficaces en función de los costos a toda la población excede el nivel actual del presupuesto nacional de salud. En torno al año 2000, en los países en desarrollo sólo se dedicaba al sector de salud una media del 3% del producto interno bruto (PIB) y la media equivalente en los países menos adelantados era inferior. Los gastos todavía tienden a favorecer a hospitales e instalaciones médicas en las capitales y se ha progresado poco en la distribución de los recursos de forma más equitativa a nivel local y regional. Aunque el porcentaje

del gasto nacional en salud dedicado a servicios de salud locales ha venido aumentando en los países industrializados, en los países en desarrollo no se ha modificado e incluso se ha reducido en los países menos adelantados.

56. Existen nuevos problemas que amenazan con anular los logros que con tanto esfuerzo se han alcanzado en la esfera de la salud. Al antiguo problema de la reaparición de enfermedades, como por ejemplo, el paludismo, la tuberculosis y el cólera, y la amenaza del VIH, se suma el surgimiento de nuevas cepas patógenas resistentes a los antibióticos disponibles en la actualidad.

57. Esa gama de dificultades y problemas requiere una reevaluación de las prioridades y los enfoques del sector de los cuidados de la salud. Un objetivo primordial de la reorientación de las prioridades debería ser reducir las actuales y crecientes disparidades en la salud y la mortalidad entre los diversos países y dentro de cada país. A ese fin, es necesario adoptar medidas y realizar estudios pertinentes para comprender en cada situación las bases del estancamiento o del aumento de la mortalidad. Aunque en muchos países la importancia de las enfermedades no transmisibles y degenerativas va en aumento, las causas de defunción prevenibles todavía contribuyen significativamente al número de muertes en los países con mortalidad más elevada. Por tanto, es esencial que el sector de los cuidados de la salud siga centrándose en la prevención.

58. Los objetivos principales del Programa de Acción en relación con la supervivencia y la salud de los niños son mejorar las condiciones de salud de los niños de todas las edades; fomentar la lactancia como estrategia para la supervivencia del niño y reducir las disparidades en la supervivencia infantil entre países desarrollados y países en desarrollo y dentro de cada país, prestando atención especial a la eliminación de la mortalidad prevenible excesiva entre las lactantes y las niñas pequeñas (párr. 8.15). Además, se instó a los países a que, para el año 2000, procuraran reducir las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si esas cifras fueran menores (párr. 8.16). Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 muertes por 1.000 nacidos vivos y la de niños menores de 5 años por debajo de 60 muertes por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir una tasa de mortalidad de lactantes que estuviese por debajo de 35 muertes por 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por debajo de 45 muertes por 1.000 nacidos vivos.

59. La mortalidad de niños menores de 5 años y la mortalidad de lactantes han venido reduciéndose en casi todas las partes del mundo (cuadro 10). En su conjunto, se calcula que, entre 1985-1990 y 2000, la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en un 16%; entre 1985-1990 y 2000, 78 países —26 de ellos en las regiones más desarrolladas— alcanzaron el objetivo de una reducción de un tercio. Sin embargo, en muchos países los riesgos de mortalidad siguen siendo altos. Hasta 64 países —45 en África, 15 en Asia, 3 en América Latina y el Caribe y 1 en Oceanía— no habían alcanzado el objetivo establecido para el año 2000 de 70 muertes de niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos. Al ritmo actual de disminución de la mortalidad de niños menores de 5 años, para el año 2005, 64 países no habrán logrado una reducción de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años a un valor inferior a 60 muertes por 1.000 nacidos vivos y para el

año 2015, 65 países no habrán logrado una reducción de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años inferior a 45 muertes por 1.000 nacidos vivos.

60. Varios factores han contribuido al lento ritmo de aumento de la supervivencia infantil. Aunque desde 1990, parece que se ha reducido la proporción de niños malnutridos a nivel mundial, todavía el 27% de niños menores de 5 años aproximadamente tienen un peso inferior al normal para su edad. La malnutrición sigue siendo un problema particular en el Asia meridional y África (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2001). Además, el SIDA ya ha socavado los adelantos que con tanto esfuerzo se habían logrado en el África subsahariana, y también amenaza al Asia meridional y sudoriental. Por otro lado, las crisis económicas persistentes y el aumento de la pobreza en muchos países comprometen los esfuerzos para mantener intervenciones en favor del fomento de la salud y la supervivencia infantil.

Cuadro 10

Tasa de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años por región principal, 1990-1995, 2000-2005 y 2010-2015

<i>Región principal</i>	<i>Tasa de mortalidad de lactantes (por 1.000 nacidos vivos)</i>			<i>Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)</i>		
	<i>1990-1995</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>	<i>1990-1995</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>
Total mundial	64,2	55,6	45,8	93,6	80,9	66,2
Regiones más desarrolladas	10,1	7,5	6,6	12,9	9,5	8,7
Regiones menos desarrolladas	70,8	60,9	49,9	103,3	88,7	72,3
Países menos adelantados	111,4	97,2	82,0	182,8	160,5	132,8
África	99,0	88,5	74,6	163,6	148,4	123,5
América del Norte	12,4	8,9	7,7	15,8	11,3	10,2
América Latina y el Caribe	64,8	53,2	41,9	89,4	70,6	54,5
Asia	40,4	31,9	25,0	51,4	40,6	32,2
Europa	7,8	6,6	5,9	9,7	8,2	7,7
Oceanía	30,9	25,9	20,6	42,5	34,6	26,7

Fuente: World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. 1, Comprehensive Tables
(publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.6).

61. En relación con la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo, los objetivos del Programa de Acción son promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo; lograr una reducción rápida y sustancial de la morbilidad y mortalidad maternas, y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países; reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones¹, y mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes (párrafo 8.20). Además, se instó a los países a que logran reducciones significativas en la mortalidad materna para 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015.

62. Actualmente, en muchos lugares del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las causas principales de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva. Estimaciones recientes de la mortalidad materna indican que unas 529.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en países en desarrollo (OMS, UNICEF y UNFPA, 2003). La disparidad en las tasas de mortalidad materna entre las regiones más y menos desarrolladas es considerable: en 2001, las estimaciones oscilaban entre una media de 440 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en las regiones menos desarrolladas, y unas 21 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en las regiones más desarrolladas. Aproximadamente el 80% de esas muertes se deben a complicaciones obstétricas.

63. La falta de cuidados adecuados de las madres durante el embarazo y el parto es la causa inmediata de las complicaciones relacionadas con el embarazo, la mala salud y la muerte. Entre 1985 y 2000, aumentó la proporción de partos atendidos por personas capacitadas. En 1985, en el África subsahariana, uno de tres partos únicamente había sido atendido por una persona capacitada; para el año 2000, esa proporción había aumentado al 41%. Además, alrededor del año 2000, la proporción de partos en el Asia meridional atendidos por personas capacitadas era el 35% únicamente, mientras que en el Asia oriental y América Latina y el Caribe era el 80%. En el mundo en desarrollo en general, aproximadamente el 65% de todas las mujeres embarazadas recibe al menos algún tipo de atención durante el embarazo; el 40% de los partos ocurren en instituciones de salud y personal capacitado asiste a algo más de la mitad de los partos.

64. Durante el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 1999, se convino en que para 2005, en los lugares en que la tasa de mortalidad materna era muy elevada, por lo menos el 40% de los partos debían ser atendidos por personal de salud idóneo; para 2010, esa cifra debería ser el 50% como mínimo y para 2015, el 60% como mínimo. También se convino en que todos los países debían redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80% de todos los partos estuviesen asistidos por personas calificadas, para 2010, el 85%, y para 2015, el 90% (resolución de la Asamblea S-21/2, anexo, párr. 64). Al ritmo actual de mejora, pocos países en desarrollo fuera de América Latina y el Caribe alcanzarán esas metas.

65. Los objetivos principales del Programa de Acción en la esfera del VIH/SIDA son impedir y reducir la difusión de la infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; aumentar el conocimiento de las consecuencias desastrosas de la infección con el VIH y el SIDA y de las enfermedades mortales conexas, tanto a nivel individual como de la comunidad y nacional, y aumentar también el conocimiento de los medios para prevenirlas; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad; asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y no sean objeto de discriminación; dar asesoramiento y apoyo a las personas infectadas con el VIH y aliviar el sufrimiento de las personas que viven con el SIDA y de sus familiares, especialmente los huérfanos; asegurar el respeto de los derechos individuales y la confidencialidad de las personas infectadas con el VIH; asegurar que los programas de salud reproductiva y sexual se ocupen de la infección con el VIH y del SIDA; intensificar las investigaciones sobre métodos de lucha contra la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz para la enfermedad (párr. 8.29).

66. A fines de 2003, unos 40 millones de personas habían contraído el VIH, virus que causa el SIDA. Se calcula que en 2003, contrajeron la infección 5 millones de personas, a una tasa media de 14.000 nuevas infecciones por día. De esas nuevas infecciones, cerca del 40% corresponde a mujeres y casi el 20% a niños. En 2002, unos 3,1 millones de personas murieron a causa del SIDA, de las cuales, 1,3 millones eran hombres adultos, 1,2 millones mujeres adultas y 610.000 niños menores de 15 años.

67. Los cambios de los hábitos son decisivos para los programas de prevención. Esos programas, que incluyen campañas en los medios de difusión, educación por homólogos, campañas para dar a conocer en mayor medida el SIDA y cómo evitarlo, facilitar el acceso a preservativos y material de inyección, y ayudar a las personas a adquirir los conocimientos necesarios para protegerse ellas y sus parejas, han sido útiles en muchas ocasiones.

68. La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA aprobada por los gobiernos durante el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, el 27 de junio de 2001 (resolución de la Asamblea S-26/2, anexo) marcó una prometedora nueva etapa en la lucha contra el VIH/SIDA. Por primera vez se establecieron metas a plazo fijo que hacían responsables a los gobiernos y las Naciones Unidas. Ya existen pruebas sustanciales de progresos: los países están reconociendo el valor de reunir recursos y experiencias y de los compromisos mediante iniciativas regionales para luchar contra la epidemia (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2002). Además, se está contando con recursos adicionales del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, de creación reciente. No obstante, la respuesta necesaria al VIH/SIDA a nivel mundial es muy insuficiente y los progresos lentos. Se requieren más medidas en las esferas de la prevención, el tratamiento y los programas de asistencia (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003).

V. Migración internacional

69. Desde la adopción del Programa de Acción, se ha venido reconociendo cada vez más que la cuestión de la migración internacional y el desarrollo es de importancia capital para la agenda mundial. En varios foros internacionales se han abordado diferentes aspectos de esta cuestión y se ha determinado la manera en que la comunidad internacional puede enfocarlos mejor. Así pues, el antiguo Equipo de Tareas sobre servicios sociales básicos para todos del Comité Administrativo y de Coordinación organizó un simposio técnico sobre la migración internacional el desarrollo que tuvo lugar en La Haya en 1998, como parte de las actividades complementarias de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Tanto la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, como el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI” dieron a conocer las necesidades particulares de las mujeres y los niños migrantes, especialmente las víctimas de la trata de personas. Más recientemente, la Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, celebrada en 2001 en Durban (Sudáfrica), reafirmó la urgente necesidad de prevenir, combatir y eliminar todo tipo de prácticas discriminatorias

contra los migrantes, de conformidad con los objetivos principales del Programa de Acción. Desde 1995 se ha venido debatiendo en la Asamblea General cada dos años la posibilidad de convocar una conferencia de las Naciones Unidas sobre la migración internacional y el desarrollo. No obstante, la propuesta no ha logrado el apoyo de la mayoría de los Estados Miembros (véase A/58/98; secc. III.A, para una presentación de las opiniones de los gobiernos al respecto).

70. El tema de la migración internacional y el desarrollo también ha ganado prominencia entre organizaciones ajenas al sistema de las Naciones Unidas. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha organizado muchas conferencias y cursos prácticos y realizado investigaciones sobre la dinámica de la migración internacional en los países en desarrollo. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) mantiene un Sistema de Información Continua sobre Migración Internacional (SOPEMI) con miras a informar a los gobiernos sobre las tendencias de la migración internacional y, de ese modo, ayudar a gestionar mejor ese fenómeno. El reconocimiento cada vez mayor de que es necesario facilitar la cooperación entre los Estados en relación con la planificación y la gestión del movimiento de personas de manera humana y ordenada, indujo al Gobierno de Suiza a poner en marcha, en 2001, un proceso consultivo mundial conocido como la Iniciativa de Berna, en la que participan gobiernos de más de 80 países, que son el lugar de origen, destino o de tránsito de migrantes internacionales, así como organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y el medio académico.

71. En el Programa de Acción se dio especial importancia a los derechos básicos de los migrantes. Las Naciones Unidas han elaborado varios instrumentos jurídicos para salvaguardar los derechos humanos y la dignidad de los migrantes, independientemente de su situación jurídica. La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias, aprobada por la Asamblea General en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990, entró en vigor el 1º de julio de 2003, y para diciembre de ese año, 24 Estados la habían ratificado. Debido a que existe un consenso cada vez mayor de que la trata de personas es un delito que entraña violaciones de los derechos humanos, en 2002 se adoptaron dos protocolos que complementan la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (resolución de la Asamblea General 55/25, anexo I): el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños que complementa a la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (ibíd., anexo II) y el Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire (ibíd., anexo III). Para diciembre de 2003, 45 países habían ratificado el primero y 40 el segundo. El Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, entró en vigor el 25 de diciembre de 2003, mientras que el Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire lo hizo el 28 de enero de 2004.

72. Dos instrumentos clave de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la protección de los trabajadores migrantes, a saber, el Convenio (No. 97) sobre los trabajadores migrantes (revisado en 1949) y el Convenio (No. 143) sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes entraron en vigor hace años. No obstante, desde 1994 no se ha registrado ninguna nueva adhesión a esos Convenios y, por ello, el número de países que los ha ratificado, 42 respecto al primero y 18 el segundo, no se ha modificado.

73. En el Programa de Acción se alentaba a los países de origen y los de destino a que fomentaran la cooperación y al diálogo a fin de maximizar los beneficios de la

migración (párr. 10.2). Habida cuenta de que suele ser más fácil lograr el entendimiento entre los Gobiernos a nivel regional, se han puesto en marcha diversos procesos consultivos regionales y subregionales surgidos a raíz de conferencias y seminarios internacionales. En esos procesos participan representantes de los Estados de la región en cuestión, así como de organizaciones internacionales y, en algunos casos, de organizaciones no gubernamentales. Organizaciones internacionales tales como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Centro Internacional de Formulación de Políticas Migratorias han brindado un valioso apoyo sustantivo y logístico para generar y mantener el impulso en esos procesos consultivos. Como se ve en el cuadro 11 que figura a continuación los procesos consultivos se desarrollan en prácticamente todas las regiones del mundo.

74. El Proceso de Budapest, que se inició en 1993, tiene por objeto fortalecer la cooperación relativa al control de la migración entre los países de Europa central, oriental y occidental. Funciona como foro consultivo en el que participan más de 40 gobiernos. Desde 1994 se han organizado más de 80 períodos de sesiones de trabajo sobre varias cuestiones relativas a la migración. La Conferencia Regional sobre los problemas de los refugiados, las personas desplazadas, otros emigrantes involuntarios y los repatriados en los países de la Comunidad de Estados Independientes y Estados vecinos afectados, organizada por el ACNUR, la OIM y la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE) en 1996 concluyó con la aprobación de un programa general de cooperación técnica consiste en establecer leyes, políticas y estructuras administrativas nacionales sobre migración y mejorar y armonizar las ya existentes en los países de la Comunidad de Estados Independientes.

Cuadro 11

Número de gobiernos que participan en procesos consultivos regionales sobre migración internacional

<i>Región/Subregión</i>	<i>CAP^a</i>	<i>Grupo de Budapest</i>	<i>Proceso de la Conferencia de la CEP^b</i>	<i>CIG^c</i>	<i>Proceso de la Declaración de Lima^d</i>	<i>Proceso de Manila</i>	<i>MIDSAs^e</i>	<i>MIDWA^f</i>	<i>Proceso de Puebla^g</i>
África							13	15	
América		2		2	10				11
Asia	21 ^h	3	8			14 ^h			
Europa		37	4	13	0				
Oceanía	10	1		1		3			
Total	31^h	43	12	16	10	17^h	13	15	11

^a Consultas intergubernamentales de países de Asia y el Pacífico sobre personas refugiadas, desplazadas y migrantes.

^b Proceso de la Conferencia de la Comunidad de Estados Interdependientes y Estados vecinos afectados.

^c Consultas intergubernamentales sobre políticas de asilo, refugiados y migración en Europa, América del Norte y Australia.

^d Conferencia de países de América del Sur sobre migración.

^e Diálogo sobre migración en el África meridional.

^f Diálogo sobre migración en el África occidental (seguimiento de la Declaración de Dakar).

^g Conferencia Regional sobre Migración.

^h Incluido Hong Kong (Región Administrativa Especial de China).

75. Los gobiernos de países de América Central y América del Norte han venido celebrando consultas regionales periódicas en el marco del denominado Proceso de Puebla. En Asia, el Proceso de Manila, surgido de un seminario regional celebrado en 1996, tiene por finalidad el intercambio de información, especialmente en relación con la migración irregular y la trata. Las consultas intergubernamentales de países de Asia y el Pacífico sobre personas refugiadas, desplazadas y migrantes, que se iniciaron también en 1996, consisten en una serie de reuniones en las que intervienen países de las regiones de Asia y Oceanía. En 1999, representantes de países de América del Sur se reunieron en Lima y dieron inicio a una tradición de reuniones anuales para intercambiar opiniones sobre cuestiones relativas a la migración y solicitar cooperación en la región. África es escenario de dos procesos que se iniciaron en 2000: en el primero de ellos participan países de las regiones oriental, central y meridional (MIDSA) y en el segundo, países de la región occidental (MIDWA). En ambos procesos se persigue la adopción de enfoques regionales para reforzar la gestión de la migración y evaluar las necesidades futuras de cooperación técnica.

76. La Unión Europea ha elaborado nuevos enfoques regionales de la gestión de la migración. En 1999, en una reunión especial celebrada en Tempere (Finlandia), el Consejo Europeo hizo un llamamiento en favor de la adopción de una política común sobre la inmigración y el asilo y estableció un marco para aplicarla. Uno de los puntos fundamentales acordados en la reunión fue el establecimiento de colaboración con países no comunitarios.

77. Como parte de una iniciativa mundial, un grupo de Estados tanto de países de origen como de acogida de las regiones más desarrolladas y de las menos desarrolladas ha establecido una comisión independiente mundial sobre migración internacional. El mandato de esta Comisión Mundial es triple y consiste en: a) incluir la migración internacional en el programa mundial; b) analizar las deficiencias de los enfoques actuales sobre migración y examinar las interrelaciones con otras cuestiones temáticas; y c) formular recomendaciones sobre la manera de fortalecer la gestión nacional, regional y mundial de la migración internacional. La Comisión prevé presentar su informe final al Secretario General y otras partes interesadas en el tercer trimestre de 2005.

78. Durante los últimos 10 años se han producido cambios evidentes en las posiciones y políticas de los gobiernos sobre la cuestión de la migración internacional como resultado de la creciente preocupación por las consecuencias demográficas, económicas, políticas y sociales de la inmigración. En 2001, el 44% de todos los países desarrollados y el 39% de los países en desarrollo tenían políticas destinadas a reducir la inmigración.

79. La prevención y el control de la migración de indocumentados, especialmente cuando existe el tráfico ilícito de migrantes, se ha convertido en una de las máximas prioridades de muchos países. Entre las medidas adoptadas para reducir la migración no autorizada cabe citar la organización de campañas de información para sensibilizar a la opinión pública sobre los peligros que ésta entraña, la imposición de sanciones contra los organizadores del tráfico ilícito de migrantes y la protección de quienes son víctimas de este tráfico.

80. Se han hecho escaso progresos para garantizar que los migrantes documentados disfruten del mismo trato que el resto de los ciudadanos. En numerosos países los trabajadores migrantes siguen viéndose limitados a desempeñar cierto tipo de trabajos u ocupaciones. Los migrantes documentados continúan siendo objeto de

trato discriminatorio y xenófobo en el lugar de trabajo y en otros ámbitos de la vida diaria.

81. En el Programa de Acción se reconocían las consecuencias positivas de la migración internacional tanto para los países de origen como para los de destino. Se invitó a los gobiernos de los países de destino a que consideraran la posibilidad de utilizar ciertas formas de migración temporal como medio de mejorar la capacidad profesional de los nacionales de los países de origen (párr. 10.5). Aunque en la mayoría de los países siguen sin concretarse medidas eficaces para facilitar esos mecanismos, cabe citar, a modo de ejemplo, el modelo francés de “desarrollo conjunto”, por el cual se promueve la circulación de migrantes entre países de origen y países de destino y se proporciona asistencia técnica y financiera a los migrantes que deciden regresar a sus países de origen. Mediante el programa de transferencia de conocimientos por intermedio de profesionales expatriados (TOKTEN), iniciativa impulsada por los Voluntarios de las Naciones Unidas, se ayuda a profesionales calificados de países en desarrollo a regresar a sus países de origen y se ofrece asistencia técnica a corto plazo.

82. Las remesas de los migrantes siguen siendo una importante fuente de divisas y un considerable complemento del producto interno bruto (PIB) de muchos países. En el Programa de Acción se instaba a los gobiernos de los países de origen que desearan fomentar la entrada de divisas a que promovieran las condiciones necesarias para incrementar el ahorro nacional y canalizarlo hacia la inversión productiva (párr. 10.4). Se ha tardado en formular políticas que garanticen tipos de cambio estables y fomenten la transferencia rápida y segura de remesas; el Programa Padrino establecido por México demuestra que, si el Gobierno presta apoyo a los emigrantes para que hagan inversiones productivas en sus comunidades de origen, es posible incrementar la repercusión de las remesas en el desarrollo (Widgren y Martín, 2002).

83. En el Programa de Acción se reflejaba la preocupación de la comunidad internacional respecto de los problemas a que se enfrentan las personas que se ven forzadas a abandonar las comunidades donde residen. El aumento del número de refugiados y solicitantes de asilo durante los primeros años de la década de 1990 planteó un reto a numerosos países que tenían que ofrecer protección adecuada a los solicitantes de asilo y a los refugiados y, al mismo tiempo, gestionar la migración internacional de acuerdo con sus prioridades nacionales. Se instó a los gobiernos a que reforzaran sus actividades internacionales de protección y asistencia en favor de los refugiados y de las personas desplazadas (párr. 10.24).

84. En los países en desarrollo, la carga financiera que acarrea el número cada vez mayor de solicitantes de asilo y refugiados ha puesto a prueba la práctica de la concesión de asilo por grupos y ha transformado el espíritu de hospitalidad que había prevalecido hasta la década de 1980. En los países desarrollados, el sistema de asilo se ha visto sometido a la presión de un número creciente de personas que solicitan protección y que, con frecuencia, no cumplen las condiciones necesarias para ser considerados refugiados. Como consecuencia de todo ello, numerosos países desarrollados han adoptado normativas más estrictas tanto para poder acceder al sistema de asilo como para conceder asilo. Por consiguiente, en 2001 sólo se aprobó un tercio del total de las solicitudes de asilo que se presentaron en los países desarrollados (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2002).

85. Aunque los gobiernos se han vuelto más renuentes a conceder el estatuto de refugiado, se han creado nuevos mecanismos para asegurar la prestación de asistencia

a las personas que realmente necesitan protección. Una de las estrategias que se aplican consiste en conceder protección provisional, con el consiguiente derecho a permanecer en el país de acogida hasta que las condiciones en el país de origen permitan el regreso del solicitante en condiciones de seguridad. También se han adoptado medidas para atender a las necesidades de los desplazados internos como respuesta a crisis concretas.

86. Uno de los objetivos fundamentales del Programa de Acción es idear y poner en práctica soluciones duraderas para los problemas de los refugiados y las personas desplazadas. En general, se ha considerado que la repatriación es la solución duradera más deseable para la difícil situación de los refugiados. El número de refugiados en todo el mundo bajo responsabilidad del ACNUR alcanzó la cifra sin precedentes de 17,8 millones en 1992, cifra que ha ido en descenso desde entonces hasta llegar a los 12 millones registrados en 2001 (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2002). Ese descenso fue resultado de grandes movimientos de repatriación tras la resolución de conflictos de larga data como, por ejemplo, los del Afganistán, Angola, Bosnia y Herzegovina, Liberia, Mozambique y Rwanda. Las organizaciones humanitarias internacionales, como el ACNUR, han ampliado sus funciones para ayudar en las labores de reintegración de los repatriados y reconstrucción de las comunidades de origen. Además, se ha hecho un mayor hincapié en fomentar la autosuficiencia de las poblaciones de refugiados en los países de asilo.

87. En el Programa de Acción se instaba también a los gobiernos a que respetaran las leyes internacionales relativas a los refugiados y se invitaba a los Estados que no lo hubieran hecho a considerar la posibilidad de adherirse a los instrumentos internacionales relativos a los refugiados (párr. 10.27). En dos instrumentos internacionales en particular, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 (Naciones Unidas, 1954) y el Protocolo a la Convención de 1967, se enuncia la definición más ampliamente reconocida de qué se entiende por “refugiado” así como los diversos derechos y normas de los que los refugiados podrían beneficiarse. Entre 1994 y 2003, otros 22 países se han adherido a la Convención, por lo que el número de países partes en ésta asciende, en total a 142, y 20 países más se han adherido al Protocolo a la Convención, con un total de 140 países partes.

VI. Programas de población

88. En la presente sección se examinan los progresos logrados en la aplicación de los programas nacionales a juzgar por los resultados mencionados en diversos informes² así como las conclusiones de una encuesta sobre el terreno realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004). La encuesta sobre el terreno tuvo lugar en 2003 en 165 países en desarrollo y en ella se abordaron los temas principales que figuran en el Programa de Acción. La tasa de respuesta fue del 92%.

89. Se han logrado avances sustanciales en la aplicación del Programa de Acción y las medidas fundamentales adoptadas cinco años después, en el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (resolución de la Asamblea General S-21/2, anexo). El progreso es evidente tanto por lo que se refiere a los logros concretos de los programas como al número de países en los que se ejecutan programas relativos a la salud reproductiva, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, la salud reproductiva de los adolescentes, la igualdad

entre los géneros y la potenciación de la mujer, así como la integración de los vínculos entre la población y el desarrollo. En comparación, ha sido menor el número de países que han abordado cuestiones relativas al envejecimiento y la migración nacional e internacional. Los progresos alcanzados en otros ámbitos son dispares; así, por ejemplo, se han registrado avances sustanciales en el establecimiento de vínculos de colaboración, mientras que la asignación de recursos sigue siendo insuficiente y persisten las limitaciones institucionales, en particular la falta de capacidad.

90. Se ha logrado avanzar en la promoción y aplicación de un enfoque más amplio para asegurar los derechos y la salud reproductiva. Cerca del 87% de los países que respondieron a la encuesta sobre el terreno informaron de que habían adoptado medidas al respecto. Desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo los gobiernos han redoblado sus esfuerzos para integrar los servicios de planificación de la familia, la maternidad sin riesgos, la salud reproductiva de los adolescentes y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH en los programas de salud reproductiva. Numerosos países han integrado la salud reproductiva en su plan de atención primaria de la salud y están mejorando la capacidad y la coordinación institucionales. Otros tratan de crear infraestructuras para ampliar el acceso a la información y a los servicios. Los gobiernos de numerosos países están colaborando con el sector privado para financiar los servicios y suministros de salud reproductiva y con organizaciones no gubernamentales para contribuir a la prestación de servicios y la concienciación de la opinión pública.

91. En muchos países han aumentado considerablemente los suministros de anticonceptivos y los servicios conexos así como las posibilidades de elección y decisión de los usuarios. Sin embargo, los factores sociales y culturales siguen limitando el acceso de las mujeres a esos servicios, de manera que las mujeres que viven en zonas rurales y tienen ingresos bajos disponen de menos posibilidades de utilizar métodos anticonceptivos. Por consiguiente, sigue existiendo una gran escasez de información y servicios de planificación de la familia, tanto para limitar como para espaciar el número de nacimientos. Numerosos países siguen sin resolver plenamente el problema de la disponibilidad de servicios que sean accesibles y económicos. Además, diversos países tratan denodadamente de reducir la tasa de mortalidad derivada de la maternidad mediante el mejoramiento de los servicios de atención de la salud para proporcionar una atención obstétrica básica más amplia, la mejora de la atención prenatal, la capacitación de los proveedores de servicios de la salud, la facilitación de transporte a las mujeres y la concienciación de las comunidades para que utilicen plenamente esos servicios. Aun así, el 40% de los partos en los países en desarrollo tiene lugar sin la asistencia de personal sanitario calificado, lo que pone en peligro la vida de las madres y los recién nacidos.

92. En un examen reciente (22 de septiembre de 2003) de la Asamblea General sobre los avances logrados en la consecución de los objetivos básicos de prevención y atención en relación con el SIDA (véase al respecto el informe del Secretario General sobre los logros alcanzados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (A/58/184) presentado a la Asamblea General en su quincuagésimo octavo período de sesiones) se llega a la conclusión de que, si bien se han logrado avances en algunos frentes, la respuesta contra el VIH/SIDA sigue siendo insuficiente en numerosos ámbitos fundamentales. Más del 90% de los países encuestados han establecido estrategias nacionales amplias sobre el VIH/SIDA y creado organismos nacionales encargados de coordinar las actividades al respecto y han hecho mayor hincapié en la sensibilización de la opinión pública sobre la

enfermedad mediante las campañas en los medios de comunicación, la educación sobre el SIDA en las escuelas y los programas de educación entre pares. También ha aumentado ligeramente la financiación para luchar contra el SIDA en los países de ingresos medios y bajos. Sin embargo, sólo una pequeña proporción de las personas con riesgo de contraer el VIH/SIDA tienen un acceso efectivo a los servicios básicos de prevención, como los programas de educación basada en los conocimientos esenciales para la vida cotidiana, de gestión de las infecciones de transmisión sexual y de prevención de la transmisión de madre a hijo, así como los programas que alientan la abstinencia de relaciones sexuales, la fidelidad y la utilización de preservativos. Por otro lado, tampoco se han resuelto satisfactoriamente las siguientes cuestiones: la feminización de la pandemia, la prestación de ayuda a los niños huérfanos a causa del VIH/SIDA, la facilitación de información general a los jóvenes sobre la prevención del VIH, y la estigmatización social y la discriminación contra las personas que padecen el VIH/SIDA. Por lo que se refiere al tratamiento de la enfermedad, cabe señalar que la disponibilidad del tratamiento antirretroviral es sumamente limitada en los países más pobres. Alrededor del 47% de los países encuestados consideran que el VIH/SIDA es la nueva cuestión prioritaria y hacen hincapié en los aspectos relativos a la prevención.

93. En más del 90% de los países se aborda de alguna forma la cuestión de los derechos reproductivos y las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva. Numerosos gobiernos tratan las cuestiones de la salud reproductiva y el desarrollo de una forma amplia, mediante la formulación de políticas multisectoriales para los jóvenes, la mejora de los programas de educación académica y no académica, la difusión de información sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva, la promoción de los servicios de asesoramiento orientados a los jóvenes y la creación de empleo para los jóvenes. En muchos países, la colaboración con la sociedad civil, con la participación de los jóvenes, se ha convertido en un importante mecanismo en favor de los jóvenes y los adolescentes. Sin embargo, estas medidas deben propagarse más y en un mayor número de países.

94. Cerca del 90% de los gobiernos encuestados utilizan diversas estrategias de información, educación, comunicación y promoción para lograr los cambios deseados a nivel legislativo, normativo y programático. Las estrategias utilizadas consisten en intervenir en favor de los cambios legislativos y la promulgación de nuevas leyes; formular enfoques nacionales y regionales; aplicar las políticas nacionales; crear órganos locales de promoción; establecer módulos educativos y sistemas de prestación de servicios; y supervisar las medidas adoptadas para hacer cumplir la ley. Además, esos países utilizan diversas estrategias para fomentar los cambios de comportamiento mediante la organización de campañas en los medios de comunicación, la educación entre pares, la educación escolar, la reorientación del personal sanitario de la comunidad y la movilización de grupos de la comunidad.

95. En términos generales, los avances logrados en la aplicación del enfoque amplio de la salud reproductiva son alentadores. Sin embargo, muchos aspectos de los programas de salud reproductiva requieren una inmediata mejora. Por ejemplo, sigue siendo limitado el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, en particular los métodos de planificación de la familia, los servicios obstétricos de emergencia y la prevención y gestión de las enfermedades de transmisión sexual. Los servicios de salud reproductiva, en particular los de planificación de la familia, tanto en situaciones normales como de emergencia, siguen siendo insuficientes. Los vínculos entre la prestación de servicios y las campañas de información, educación, comunicación y

promoción son a menudo bastante débiles. Se han creado más mecanismos para la coordinación intersectorial, pero su funcionamiento deja aún mucho que desear. La capacidad de gestión es insuficiente a nivel subnacional y local y los recursos financieros y el personal calificado son, en la actualidad, sumamente escasos.

96. Un número cada vez mayor de gobiernos se afana por proteger los derechos humanos de las niñas y las mujeres y respaldar la potenciación de la mujer. Casi todos los países que participaron en la encuesta sobre el terreno (el 99%) han adoptado algún tipo de medida sobre esa cuestión desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el 67% ha promulgado normativas y leyes sobre derechos; el 52% ha establecido comisiones nacionales sobre cuestiones de género; el 44% ha ratificado convenciones de las Naciones Unidas; el 39% ha adoptado políticas para abordar la discriminación por razón de género; y el 31% ha incorporado la perspectiva de género en sus políticas y programas. Queda claro, por tanto que es preciso que un mayor número de países adopten medidas concretas. Entre las principales medidas adoptadas cabe citar: las actividades para incrementar la participación de la mujer en la gestión de los asuntos públicos; la elaboración de planes para apoyar la potenciación de la mujer; la promulgación de normativas y leyes que respaldan la potenciación; y la potenciación de la mujer mediante la educación, la capacitación y el acceso a oportunidades económicas. Muchos países han establecido centros de coordinación en los ministerios nacionales así como instrumentos y directrices de uso local y regional para incorporar la perspectiva de género. Otros consideran cada vez más las cuestiones relativas a los derechos de la mujer, la discriminación en el empleo y la propiedad y los derechos sobre la tierra, así como la violencia contra la mujer y la trata de mujeres y niñas. Un número elevado de países está haciendo hincapié en la educación de las niñas; asimismo, otros muchos prestan cada vez más atención al papel y las responsabilidades de los hombres, en particular en relación con la violencia basada en el género y con el VIH/SIDA, y adoptan medidas legislativas y realizan actividades de divulgación sobre cuestiones conexas. Si bien todas esas medidas en favor de la igualdad entre los géneros y la potenciación de la mujer son alentadoras, su ámbito de acción, intensidad y alcance siguen siendo modestos en comparación con la magnitud, la universalidad y el arraigo cultural de las desigualdades.

97. Más del 50% de los países encuestados aplican medidas enérgicas y otro 44% ha adoptado alguna medida para integrar las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo; más del 90% ha empezado a tener en cuenta, de alguna forma, la interacción entre población y pobreza en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza; y más del 90% ha adoptado alguna medida para incorporar los vínculos entre población y medio ambiente en los planes de desarrollo nacionales y sectoriales. Asimismo, se han ido incluyendo de forma explícita los factores de población, las consideraciones de género y la cuestión de la salud reproductiva en los marcos de asistencia de las Naciones Unidas para el desarrollo (MANUD), los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y los informes sobre el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio (véase Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2003 y sin fecha). Asimismo, 40 países han formulado políticas concretas y 22 países han promulgado normativas y leyes en relación con la cuestión de la población y el medio ambiente.

98. Desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo muchos países en desarrollo han abordado la cuestión del envejecimiento de la población. Por ejemplo, en 58 países se han elaborado planes y programas sobre

el envejecimiento, en 50 países se garantiza un nivel de vida mínimo a las personas de edad, en 33 países se han formulado políticas sobre el envejecimiento y en 18 países se ha reunido información sobre las necesidades de las personas de edad. Sin embargo, resultan especialmente preocupantes la magnitud y sostenibilidad financiera de esas iniciativas destinadas a atender las necesidades de las personas de edad, cuyo número aumenta con rapidez.

99. La cuestión de la migración interna es objeto de un mayor atención. Cerca del 66% de los países encuestados informaron de que habían adoptado medidas al respecto, entre ellas, la aprobación de planes de migración, en 49 de los países, y la formulación de planes para redistribuir las actividades socioeconómicas y políticas en otras regiones, en 47 países. Asimismo, 15 países han puesto en marcha planes para proporcionar asistencia o servicios a los desplazados internos. Además, 76 países se han preocupado por abordar las necesidades en materia de salud reproductiva de los habitantes de los barrios de tugurios y asentamientos ilegales.

100. Más del 70% de los países participantes en la encuesta informaron también sobre el tipo de medidas adoptadas para abordar la migración internacional. Cabe citar que en 38 países se promulgaron leyes relativas a la migración internacional, en 43 se establecieron programas sobre migración o refugiados y en 34 más se formularon políticas intergubernamentales sobre migración. La migración internacional sigue siendo una cuestión delicada en muchos países.

101. La falta de capacidad nacional para supervisar los avances logrados en la aplicación del Programa de Acción, en particular la reunión de datos, el análisis, la difusión y la utilización de los datos necesarios, así como la creación y gestión de bases de datos e indicadores, afecta a los países en desarrollo en general y a los menos adelantados en particular. Ello perjudica gravemente no sólo la planificación y formulación de políticas respecto de una amplia variedad de sectores en numerosos países, sino también los progresos alcanzados en la consecución de los logros de desarrollo subnacionales, nacionales e internacionales.

102. Los progresos realizados en la colaboración en materia de población y salud reproductiva son alentadores. Casi el 95% de los gobiernos han rendido informes sobre las estrategias aprobadas, que abarcan la creación de asociaciones entre las comisiones nacionales de población y las organizaciones no gubernamentales; la colaboración en la elaboración, ejecución o el seguimiento de los programas de población; y la cooperación en la formulación de la política de población o la promulgación de leyes. Entre las medidas concretas puestas en práctica se cuentan el establecimiento de grupos parlamentarios, la creación de foros nacionales para las organizaciones no gubernamentales, la prestación de apoyo a las iniciativas de capacitación o fomento de la capacidad y la promoción de redes locales y a nivel comunitario. En muchas situaciones la prestación de servicios por las organizaciones no gubernamentales y otras entidades ya es crucial. No obstante, la sostenibilidad financiera a largo plazo de las organizaciones no gubernamentales sigue siendo una cuestión importante. La colaboración con el sector privado aún es reducida.

103. Numerosos países han comenzado a aprender de la experiencia de los demás mediante la colaboración Sur-Sur. También se ha avanzado en la creación de asociaciones regionales mediante las actividades de las comisiones regionales, otras instituciones y redes regionales, programas de capacitación regionales y mundiales y las iniciativas parlamentarias, así como las actividades de los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas. En el plano mundial los organismos multilaterales

han reconocido cada vez más los posibles beneficios de crear asociaciones. En ese contexto, por conducto del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y otros mecanismos, se han realizado notables progresos en la armonización de políticas y procedimientos.

104. En el Programa de Acción se recomendaron objetivos sujetos a plazos en materia de movilización de recursos —17.000 millones de dólares de los EE.UU. para el año 2000 y 18.500 millones de dólares para el año 2005 (párr. 13.15). Pese a que los recursos para las actividades de población han aumentado en forma sostenida aunque lenta a lo largo de los 10 últimos años, no se alcanzó el objetivo de movilizar 17.000 millones de dólares para el año 2000. Según las estimaciones preliminares de las corrientes de recursos dedicadas a las actividades de población para el año 2003, han aumentado tanto la asistencia de los donantes como la aportación de recursos nacionales. Sin embargo, la consecución del objetivo de 18.500 millones de dólares para el año 2005 sigue siendo una tarea ingente para toda la comunidad internacional.

105. La insuficiencia de recursos es especialmente marcada en los países pobres, mientras que los países menos adelantados dependen casi por entero de la asistencia de los donantes. La inclusión estratégicamente decisiva de las cuestiones de población y de salud reproductiva en nuevos marcos programáticos ha contribuido a mejorar la eficacia y eficiencia de los recursos disponibles. No obstante, a menos que se movilicen recursos adicionales y sostenidos, es poco probable que puedan cumplirse las metas y los objetivos del Programa de Acción. En su lugar, empeorará la situación en materia de población y salud reproductiva en numerosos países pobres. En estos momentos es imperiosamente necesario que se cumpla el objetivo internacionalmente convenido de dedicar el 0,7% del producto nacional bruto de los países desarrollados a la asistencia oficial para el desarrollo.

106. Los progresos realizados en la ejecución del Programa de Acción en su primer decenio han sido alentadores pues se ha adquirido una experiencia considerable en la puesta en práctica del enfoque innovador de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, incluido el hallazgo de enfoques satisfactorios, así como el logro de una mayor comprensión de los factores que limitan su ejecución. Claramente, el compromiso de aportar mayores niveles de recursos financieros y suficientes recursos humanos es fundamental para acelerar el avance hacia la plena ejecución del Programa de Acción, que se refiere a un período de 20 años. La consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio dependerá de que se logren cumplir los objetivos del Programa de Acción. La experiencia adquirida hasta la fecha en la ejecución del Programa confirma que es posible lograr esos objetivos con la voluntad y los compromisos políticos de todos los países y asociados.

VII. Conclusiones

107. En el presente informe sobre el examen y la evaluación de los progresos realizados en la consecución de las metas y los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se documentan los cambios ocurridos en la población mundial durante el decenio posterior a la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. También se examinan los cambios registrados en las políticas de población y los enfoques programáticos.

108. La conclusión fundamental a que se llega en este informe es que en el decenio posterior a la aprobación del Programa de Acción se han realizado progresos

considerables. El mundo comienza a vislumbrar el final del rápido crecimiento de la población, las parejas están más cerca de lograr el tamaño de familia y el espaciamiento de los nacimientos que desean, disminuye la mortalidad en la mayoría de los países, existen pruebas de que numerosos países adoptan las medidas necesarias para hacer frente al VIH/SIDA y otras crisis de mortalidad, y los gobiernos inician procesos encaminados a apuntar a resolver cuestiones preocupantes relacionadas con los movimientos migratorios internacionales. No obstante, en los 10 años transcurridos desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo también se han observado deficiencias y lagunas en la ejecución del Programa de Acción. Ha habido diferencias en la consecución de las metas y los objetivos del Programa de Acción tanto entre los países como entre los grupos de población en los distintos países.

109. Algunas de las características principales de los progresos realizados en la consecución de las metas y los objetivos del Programa de Acción son como sigue:

- **La población mundial alcanzó la cifra de 6.400 millones de personas en 2004. La actual tasa media de crecimiento anual de la población es del 1,3%, considerablemente inferior a la tasa del 1,7% registrada en el período comprendido entre 1975 y 1990. En las regiones menos adelantadas la tasa de crecimiento es superior a la media al alcanzar el 1,6%. En cambio, en las regiones más desarrolladas la tasa de crecimiento anual es considerablemente inferior, al alcanzar solamente el 0,3%. Como consecuencia, aproximadamente el 95% del aumento anual de la población entre 1994 y 2004 (75 millones a 78 millones de personas) ocurrió en las zonas menos adelantadas.**
- **La disminución de la tasa de crecimiento de la población a nivel mundial ha obedecido a la reducción casi universal de la fecundidad en el decenio de 1990. El número de países con niveles de fecundidad superiores a cinco hijos por mujer, en su mayoría en África, disminuyó de 55 en 1990-1995 a 34 en 2000-2005. En el mismo período, el número de países con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo aumentó de 51 a 62. Si bien la mayoría de esos países pertenecen a las regiones más desarrolladas, el número de países en que se registra un nivel de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo se ha duplicado, pasando a ser 20.**
- **Pese a la tendencia al aumento de los niveles de mortalidad que se observa en algunos países, particularmente en los más afectados por la epidemia del VIH/SIDA y en los de economías en transición, la esperanza de vida media al nacer en el mundo aumentó en aproximadamente dos años, de 63,8 en 1990-1995 a 65,5 en 2000-2005.**
- **La distribución de la población sigue siendo motivo de preocupación para muchos países, especialmente en las regiones menos adelantadas. De hecho, sólo una cuarta parte aproximadamente de los países de esas regiones está satisfecha con sus pautas de distribución espacial. Para 2005 cerca del 50% de la población mundial (3.200 millones de personas) residirá en zonas urbanas. Entre 2005 y 2015 las zonas urbanas de las regiones menos adelantadas absorberán prácticamente todo el crecimiento demográfico que se prevé a nivel mundial. Ese fenómeno podría agravar los problemas ya existentes relacionados con la rápida urbanización.**

- El envejecimiento de la población se ha hecho más evidente en todo el mundo. La disminución de la fecundidad, junto a la prolongación de la esperanza de vida, sigue reconfigurando la estructura por edades de la población en todas las regiones del mundo haciendo desplazar el peso relativo de los grupos más jóvenes a los grupos de mayor edad. En 1995 había 542 millones de personas de como mínimo 60 años de edad en el mundo, lo que representaba casi el 10% de la población mundial. Según las proyecciones para 2015 esa cifra aumentará a 886 millones de personas, o lo que es igual el 12% de la población mundial. Es más, la población de mayor edad ya ha superado la población infantil (personas de 0 a 14 años de edad) en las regiones más desarrolladas.
- Si bien la interacción entre la población y el desarrollo económico no es en modo alguno simple ni directa, especialmente a corto plazo, el punto de vista predominante, según se expresa en el Programa de Acción, es que las tasas más lentas de crecimiento de la población permitirán disponer de más tiempo para luchar contra la pobreza, proteger y reparar el medio ambiente y crear las bases para el futuro desarrollo sostenible. Desde 1994 la transición demográfica, en cuyo marco la mortalidad y posteriormente la fecundidad disminuyen de niveles más altos a niveles más bajos, es ya un proceso universal. No obstante, pese a la considerable disminución de las tasas de crecimiento de la población, el rápido crecimiento de la población sigue siendo motivo de preocupación para más de la mitad de los gobiernos en las regiones menos adelantadas. En cambio, en las regiones más desarrolladas un número cada vez mayor de gobiernos expresan su preocupación por las bajas tasas de crecimiento de la población y, en algunos países, por la disminución de la población. En numerosos casos, el principal motivo de preocupación radica en las consecuencias para el desarrollo socioeconómico del envejecimiento de la población.
- En muchos países se han establecido programas de salud reproductiva, con un uso creciente de anticonceptivos por las parejas, lo que indica un mayor acceso a la planificación de la familia. Según los datos más recientes de que se dispone (relativos a observaciones alrededor de 1997), se calcula que el nivel de uso de anticonceptivos por las parejas alcanza el 70% en las regiones más desarrolladas y el 60% en las regiones menos adelantadas. No obstante, todavía nacen muchos niños indeseados o en momentos inoportunos, al tiempo que los métodos modernos de planificación de la familia todavía no están al alcance de muchas parejas. El comportamiento reproductivo de los adolescentes, en particular, se ha convertido en un nuevo motivo de preocupación en todo el mundo.
- Ha aumentado dramáticamente en años recientes la conciencia de que las infecciones de transmisión sexual constituyen una grave amenaza para la seguridad pública. No obstante, la incidencia sigue siendo elevada, al registrarse 340 millones de nuevos casos en todo el mundo en 1999. En muchos países, a pesar de que ha aumentado la amenaza que representan las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, el acceso a la información y los servicios sigue siendo reducido. Las limitaciones son particularmente considerables en el caso de la mujer y la adolescente, pese a su mayor susceptibilidad biológica a esas clases de enfermedades.

- De un total de 192 países, 100 países, que representaban el 47% de la población mundial en 2003, han alcanzado la meta del Programa de Acción de una esperanza de vida al nacer de más de 70 años en 2000-2005. Sin embargo, 36 países, principalmente del África al sur del Sáhara, siguen registrando niveles de esperanza de vida al nacer inferiores a los 50 años. Si bien aumenta la esperanza de vida, los progresos realizados no son en modo alguno parejos, ya que, pese a no disminuir la esperanza de vida, numerosos países han visto estancarse la mejoría que venía experimentándose en materia de mortalidad. Las causas obedecen a los conflictos políticos; las transformaciones socioeconómicas; la reaparición de enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y el cólera; y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA.
- En lo que respecta a la supervivencia infantil, el mayor avance se ha registrado en la lucha contra las enfermedades prevenibles. No obstante, la falta de saneamiento básico, y de agua y alimentos aptos para el consumo, sigue contribuyendo en gran medida a la mortalidad y la morbilidad debidas a las enfermedades diarreicas. El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) calcula que 2.400 millones de personas carecen de acceso a servicios de saneamiento adecuados. Persisten enormes diferencias en cuanto a la mortalidad infantil. La tasa actual en las regiones menos adelantadas es de 61 defunciones por 1.000 nacidos vivos, frente a 8 defunciones por 1.000 nacidos vivos en las regiones más desarrolladas. Se espera que de un total de 192 países, 130 países, que representan el 65% de la población mundial, cumplirán la meta del Programa de Acción de una tasa de menos de 50 defunciones por 1.000 nacidos vivos para 2000-2005. Sin embargo, 62 países, que representan el 35% de la población mundial, no alcanzarán esa meta.
- En el Programa de Acción se exhorta a aumentar la capacidad nacional de mejorar las redes de servicio de atención primaria de la salud y de salud materno-infantil haciendo extensivos esos servicios a las comunidades y familias más pobres y remotas. Según se indica en estudios realizados, un número cada vez mayor de embarazadas procuran en efecto servicios de atención antenatal. En el mundo en desarrollo en su conjunto aproximadamente el 65% de todas las embarazadas recibe como mínimo alguna atención durante el embarazo; el 40% de los partos ocurren en centros de salud; y poco más de la mitad de todos los partos son asistidos por personal calificado.
- La epidemia del VIH/SIDA sigue propagándose en todo el mundo, borrando decenios de progreso social y económico y surtiendo efectos devastadores, en la población en cuanto al aumento de la morbilidad y mortalidad. Para algunos países las consecuencias demográficas del SIDA son enormes. Según las proyecciones, la población de los 53 países más afectados será inferior en 129 millones de personas en 2015 a la que habría sido sin el SIDA. Para fines de 2002 unos 42 millones de personas estaban infectadas del VIH, al tiempo que 22 millones de personas en todo el mundo ya habían fallecido a causa de la enfermedad. Unos 3,1 millones de personas fallecieron en 2002 a causa del SIDA.

- A mediados de 2000, aproximadamente 175 millones de personas residían en un país que no era el natal, las tres quintas partes de ese total reubicadas en regiones más desarrolladas. En el Programa de Acción se señaló que la permanencia en el país natal debería ser una opción viable para todos. No obstante, la inestabilidad política y las disparidades cada vez mayores en materia salarial y de oportunidades de empleo han acrecentado la posibilidad de que se produzca una migración internacional a través de las fronteras nacionales motivada por factores económicos. Entre 1990 y 2000 el número de migrantes internacionales en el mundo aumentó en 21 millones de personas. Si bien la amplia mayoría de los migrantes aportan contribuciones significativas a sus países de acogida, la migración internacional entraña la pérdida de recursos humanos para numerosos países de origen y puede dar lugar a tensiones políticas, económicas o sociales en los países de destino.
- En años recientes la inmigración se ha convertido en un motivo de preocupación fundamental en un número cada vez mayor de países. La aplicación de políticas nacionales con el fin de influir en los niveles y las pautas de la migración internacional se ha hecho extensiva a todas las regiones del mundo. Ha crecido rápidamente el número de gobiernos que adoptan nuevas medidas para ejercer influencia en la migración. Por ejemplo, en 2001 el 40% de los países contaban con una política destinada a reducir la inmigración. También se ha observado una tendencia a la baja en el número de refugiados. Desde 1997 a 2001 el número de refugiados en el mundo disminuyó en un 24% en comparación con los cinco años anteriores. Sólo el 31% de los casos de asilo en los países desarrollados se resolvieron positivamente en 2001. Más recientemente, a raíz de los sucesos del 11 de septiembre de 2001, algunos países han hecho más rigurosas aún sus políticas relativas a los inmigrantes, los refugiados y las personas que buscan asilo.
- Los programas nacionales destinados a ejecutar el Programa de Acción en su primer decenio han arrojado resultados alentadores. Se ha adquirido una experiencia considerable, incluido el hallazgo de enfoques satisfactorios, y se ha logrado una mejor comprensión de las limitaciones que afectan la ejecución de los programas nacionales. Claramente, el compromiso de aportar recursos financieros adicionales y suficientes recursos humanos es fundamental para acelerar los progresos en la ejecución plena del Programa de Acción, que se refiere a un período de 20 años.

110. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, logró introducir numerosas innovaciones en cuanto a las cuestiones, los enfoques y las actividades, particularmente en el modo en que abordó las cuestiones relacionadas con la reproducción y el género, su afán de centrarse en el desarrollo sostenible, y el papel asignado a la educación, muy en especial de las niñas, para propiciar cambios. En el Programa de Acción también se reconoció de manera amplia y sistemática la función que corresponde desempeñar a las organizaciones no gubernamentales y se formularon recomendaciones detalladas respecto de las necesidades de recursos y los mecanismos institucionales necesarios para cumplir sus metas y objetivos.

111. Los avances logrados en El Cairo, que se reflejan en el Programa de Acción, se sustentaron en las gestiones internacionales emprendidas en los dos decenios anteriores con el fin de apuntar a resolver las cuestiones relacionadas con la población y el desarrollo. En particular, el Programa de Acción aprovechó los logros de dos anteriores conferencias sobre la población y el desarrollo, a saber la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974 bajo los auspicios de las Naciones Unidas, y la Conferencia Internacional de Población, celebrada en México, D.F., en 1984.

112. Si bien se han realizado notables progresos en la ejecución del Programa de Acción en los diez últimos años, también ha habido deficiencias y lagunas. Los avances no han sido universales pues, basado en las tendencias actuales, numerosos países no alcanzarán a cumplir los objetivos convenidos del Programa de Acción. A fin de que sus metas y objetivos puedan cumplirse, es preciso que sigan haciéndose esfuerzos y formulándose compromisos a fin de movilizar suficientes recursos humanos y financieros, fortalecer la capacidad institucional y fomentar asociaciones entre los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Con esas actividades y compromisos puede esperarse que en el próximo examen y evaluación se pongan de relieve progresos más amplios y sustanciales en la consecución de las metas y los objetivos del Programa de Acción.

Notas

- ¹ Por aborto peligroso se entiende el procedimiento realizado por personas que no poseen la calificación necesaria, o en un medio en que no existen los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas, con objeto de poner término a un embarazo no deseado (definición basada en la publicación de la Organización Mundial de la Salud “The prevention and management of unsafe abortion”, informe de un grupo de trabajo técnico. (WHO/MSM/92.5, Ginebra, abril de 1992).
- ² Entre los numerosos informes de ese tipo, véase en particular el del Secretario General sobre el seguimiento de los programas de población desde el punto de vista de los derechos reproductivos y la salud reproductiva, haciendo especial referencia al virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), con arreglo a lo dispuesto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (E/CN.9/2002/3), presentado a la Comisión de Población y Desarrollo en su 35º período de sesiones, 1 a 5 de abril de 2002.

Referencias

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2002). *Statistical Yearbook 2001*. Ginebra: ACNUR.

Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP) (2002). From Bali to Bangkok: an assessment of progress and challenges in implementing the Bali Declaration and ICPD Programme of Action. Documento preparado con miras a la Quinta Conferencia de Población para Asia y el Pacífico, Bangkok, 11 a 17 de diciembre.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2001). Progresos desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: un análisis estadístico. Número de venta: S.01. XX.20. Nueva York: UNICEF.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2003). *Coverage of population and development themes in Poverty Reduction Strategy Papers*. Subdivisión de Población y Desarrollo – División de Apoyo Técnico, 17 de abril.

_____ (sin fecha). Coverage of the ICPD ARH goal and population and poverty linkages in MDGRs (informes sobre los objetivos de desarrollo del Milenio). Subdivisión de Población y Desarrollo – División de Apoyo Técnico.

_____ (2004). Report of the Field Inquiry among Developing Countries.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2003). *Coverage of population and development themes in Poverty Reduction Strategy Papers*. Subdivisión de Población y Desarrollo – División de Apoyo Técnico, 17 de abril.

_____ (sin fecha). Coverage of the ICPD ARH goal and population and poverty linkages in MDGRs (informes sobre los objetivos de desarrollo del Milenio). Subdivisión de Población y Desarrollo – División de Apoyo Técnico.

_____ (2004). Report of the Field Inquiry among Developing Countries.

Lush, Louisiana (2002). Integrating HIV/STI and family planning services, service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 28, No. 2 (junio).

Naciones Unidas (1954). *Treaty Series*, vol. 189, No. 2545.

_____ (1967). *Treaty Series*, vol. 606, No. 8791.

_____ (1993). *Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992*, vol. I, *Resoluciones aprobadas por la Conferencia*. Publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.93.I.8 y corrección.

_____ (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18.

_____ (1996). *Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II), Estambul, 13 a 14 de junio de 1996*.

_____ (2002 a). *National Population Policies 2001*. Número de venta: E.02.XIII.12.

- _____ (2002 b). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.*
- _____ (2003 a). *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health. Selected Aspects.* Número de venta: E.02.XIII.14.
- _____ (2003 b). *Fertility, contraception and population policies.* (ESA/P/WP.182).
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2003). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2003.* Roma: FAO.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2002). *EFA Global Monitoring Report: Summary Report. Education for All: Is the World on Track?* París: UNESCO.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2001). *Social Security: A new consensus.* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Fondo de Población de las Naciones Unidas (2003). *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality-2000/maternal-mortality-2000.pdf>). Accedido el 19 de enero de 2004.
- Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2002). *Children on the Brink, 2002: A joint report on orphan estimate and program strategies*, Nueva York: UNICEF, y Washington, D.C.: TvT Associates.
- Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (2003). *Situación de la Epidemia de SIDA, 2003.* Ginebra: ONUSIDA y OMS.
- Ross, John, y otros (2002). *Contraceptive method choice in developing countries. International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 28, No. 1 (marzo).
- _____, y William Winfrey (2002). *Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate. International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 28, No. 3 (septiembre).
- Widgren Jonas y Philip Martin (2002). *Managing migration: the role of economic instruments. Expert working paper prepared for the Centre for Development Research study "Migration-Development Links: Evidence and Policy Options"*.