



Consejo Económico y Social

Distr. general
16 de enero de 2009
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

42º período de sesiones

30 de marzo a 3 de abril de 2009

Tema 3 del programa provisional*

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

Seguimiento de la población mundial, con especial referencia a la contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo a los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Informe del Secretario General

Resumen

La Comisión de Población y Desarrollo, en su decisión 2007/1, decidió que el tema especial de su 42º período de sesiones fuera la contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo a los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El presente informe constituye la base para las deliberaciones de la Comisión.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo proporciona un amplio conjunto de objetivos y recomendaciones para mejorar el bienestar humano y promover el desarrollo sostenible y el crecimiento económico sostenido. Sus metas y objetivos concuerdan con otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente y las medidas que recomienda apoyan plenamente el logro de esos objetivos. La base del Programa de Acción incluye directrices sobre políticas, programas y medidas directamente relacionados con las dinámicas de población y que influyen en el crecimiento y la estructura

* E/CN.9/2009/1.



demográficos. El presente informe se centra en la manera en que la aplicación de esas directrices básicas y las acciones que conllevan contribuyen al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El informe fue preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	4
II. Erradicación de la pobreza extrema y el hambre	5
A. Erradicación de la pobreza extrema	5
B. Erradicación del hambre	9
III. Logro de la educación universal	11
IV. Población y objetivos relacionados con la salud	13
A. Reducción de la mortalidad infantil	14
B. Lucha contra la malaria	16
C. Control de la epidemia del VIH/SIDA	17
D. Reducción de la mortalidad materna	19
E. Prestación de servicios de salud reproductiva	21
V. Promoción de la igualdad entre los géneros y del empoderamiento de la mujer	26
VI. Protección de la sostenibilidad ambiental	28
VII. Alianza mundial para el desarrollo	30
VIII. Conclusiones y recomendaciones	32
 Cuadros	
1. Población según diversas hipótesis por zona principal: 2005	5
2. Tasa anual de crecimiento demográfico, fecundidad total y producto interno bruto per cápita por zonas principales, 1995 y 2005.	6
3. Tasas de crecimiento demográfico y fecundidad total en 2000-2005 en los países en desarrollo por nivel de pobreza en 2005	8
4. Tasa de crecimiento demográfico en 2000-2005 y porcentaje de la población menor de 15 años en 2005, por indicadores de educación seleccionados	12
5. Mortalidad de niños menores de 5 años por grupo de desarrollo y en África Subsahariana, 1990, 2007 y 2015.	14
6. Tasa de mortalidad materna por zonas principales, 1990 y 2005.	20

7. Tendencias en relación con las necesidades no atendidas en materia de planificación familiar en las regiones en desarrollo, 1995 y 2005	24
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráficos

I. Gasto en educación por hijo en comparación con la fecundidad total, países seleccionados	13
II. Mortalidad de niños menores de 5 años frente a porcentajes de nacimientos y categorías de riesgo, 1985-2007	16
III. Tasa total de fecundidad en relación con la tasa de uso de anticonceptivos en las regiones en desarrollo, 1985-2005	22
IV. Porcentaje de mujeres de 15 y 49 años, casadas o que viven en pareja, que usan métodos anticonceptivos modernos, 2005	23
V. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que están casadas o viven en pareja y que tienen necesidades no atendidas de servicios de planificación familiar	26
VI. Variación porcentual en la asistencia aportada por los donantes a los programas de planificación familiar para mujeres de 15 a 49 años, 1996 a 2006	32

I. Introducción

1. El Programa de Acción¹ de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo proporciona un conjunto amplio de objetivos y recomendaciones para mejorar el bienestar humano y promover el desarrollo sostenible y el crecimiento económico sostenido. Sus metas y objetivos concuerdan con otros objetivos de desarrollo sostenidos internacionalmente y las medidas que recomienda apoyan plenamente el logro de esos objetivos, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio². La base del Programa de Acción incluye directrices sobre políticas, programas y medidas directamente relacionados con las dinámicas de población y que influyen en el crecimiento y la estructura demográficos. El presente informe se centra en la manera en que la aplicación de esas directrices básicas y las acciones que conllevan contribuyen al logro de objetivos de desarrollo fundamentales.

2. Dos de los principales logros del siglo XX fueron la reducción universal de la mortalidad y la consiguiente reducción de la fecundidad. En 1994, cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para examinar las relaciones entre las dinámicas de población y el desarrollo sostenible, no cabía duda de que el crecimiento demográfico ya no era la amenaza que era en 1974 cuando se celebró la primera conferencia intergubernamental sobre población, la Conferencia Mundial de Población. Para 1994 la fecundidad había venido disminuyendo durante al menos dos decenios en la mayoría de los países de Asia y América Latina y el Caribe, y estaba comenzando a disminuir en varios países de África Subsahariana. La tasa anual de crecimiento demográfico se redujo, desde su máximo del 2,02% entre 1965 y 1970 al 1,54% y estaba en claro descenso. Parecía haberse evitado una “explosión demográfica”.

3. Hoy día, se estima que la tasa mundial de crecimiento demográfico es aún menor, del 1,17% anual, y se ha dado por sentado que seguirá disminuyendo. Sin embargo, el examen de una explosión demográfica que no llegó a producirse es instructivo para subrayar que siguen sin haber motivos para la complacencia (véase el cuadro 1). Si la fecundidad hubiese permanecido constante en Asia al nivel existente en 1970, en 2005 su población habría sido de 6.100 millones de personas, casi la población actual en todo el mundo. Debido a la rápida disminución de la fecundidad lograda en la mayoría de los países de Asia, en especial los más poblados, en 2005 la población de Asia era de 3.900 millones de personas, un 54% menos de lo que hubiera sido sin la disminución de la fecundidad. En cuanto a América Latina y el Caribe las cifras son más moderadas. Sin embargo, sin la rápida disminución de la fecundidad lograda, en 2005 esa importante zona hubiera tenido una población un 38% superior a la que tuvo (769 millones frente a 558 millones). Lo crucial es que, en el caso de África, la diferencia entre la población si la fecundidad no hubiera disminuido desde 1970 (832 millones) y la población que realmente tuvo (769 millones) es muy pequeña, ya que representa apenas el 8% de la población actual. En los países menos adelantados la diferencia es mayor, pero también escasa, ya que supone apenas el 15% de la población existente en 2005. Esos resultados indican que la explosión demográfica se evitó globalmente porque la fecundidad disminuyó rápidamente en Asia y América Latina y el Caribe, pero la explosión demográfica se produjo en África y en la mayoría de los países menos

¹ *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).

² Véase E/CN.9/2005/6, secc. III.

adelantados. Como se documenta en el presente informe, un rápido crecimiento demográfico está asociado con varios efectos sociales y económicos negativos.

Cuadro 1
Población según diversas hipótesis por zona principal: 2005

	<i>Variante media</i>	<i>Fecundidad constante desde 1970</i>	<i>Diferencia en 2005</i>	<i>Diferencia porcentual</i>
	<i>(Millones)</i>			
Regiones menos adelantadas	5 299	7 936	2 637	50
Países menos adelantados	767	882	115	15
Otros países menos adelantados	4 532	7 054	2 522	56
Asia	3 938	6 079	2 141	54
América Latina y el Caribe	558	769	211	38
África	769	832	62	8

4. En los cuatro últimos decenios se ha demostrado que las políticas y los compromisos gubernamentales pueden lograr una gran diferencia para conformar las dinámicas de población. Los éxitos logrados no hubieran sido posibles sin el compromiso gubernamental o la participación continua de la comunidad internacional, reflejadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Es fundamental para el éxito del Programa de Acción el hincapié que hace en las medidas basadas en derechos y principios fundamentales. Reconociendo que el respeto de los derechos humanos es la base para lograr el desarrollo, el Programa de Acción establece objetivos y proporciona recomendaciones justificables, no sólo porque conducen al desarrollo o tienen un efecto positivo en el bienestar de las personas, sino también porque son una expresión de los derechos del individuo. Así, las medidas para hacer avanzar la igualdad y equidad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer que se propugnan en el Programa de Acción son cuestiones relativas tanto a los derechos como al desarrollo. La plena ejecución del Programa de Acción es más urgente que nunca hoy día porque se está acabando el tiempo para lograr sus objetivos, y como se documenta en el presente informe, las lagunas en la aplicación son especialmente comunes en los países de bajos ingresos y entre los segmentos más pobres de la sociedad. Acelerar la ejecución del Programa de Acción no sólo contribuiría a lograr los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, sino también a garantizar que todas las personas disfruten plenamente de sus derechos humanos.

II. Erradicación de la pobreza extrema y el hambre

A. Erradicación de la pobreza extrema

5. La erradicación de la pobreza extrema es un objetivo de desarrollo crucial. A fin de lograr el objetivo de reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que viven con menos de 1 dólar al día son necesarias políticas que aborden directamente los problemas socioeconómicos que causan la pobreza o la perpetúan. Sin embargo, las políticas demográficas también pueden hacer una contribución

importante a la erradicación de la pobreza, ya que las dinámicas de población, el cambio económico y bienestar social están estrechamente relacionados entre sí. Un rápido crecimiento demográfico impone crecientes demandas sobre los recursos existentes y se asocia con menores ingresos. Así, en 2005 los países menos adelantados tenían los menores ingresos medios per cápita y las mayores tasas de crecimiento demográfico entre los grupos de desarrollo (véase el cuadro 2). En comparación, los ingresos per cápita en el resto de los países en desarrollo eran cuatro veces superior, y su crecimiento demográfico era la mitad del de los países menos adelantados, pero venía disminuyendo rápidamente desde el decenio de 1970. Los países desarrollados como grupo tenían los mayores ingresos per cápita y una tasa de crecimiento demográfico muy baja. Dado que la mayoría de los países menos adelantados están en África, en 2005 el continente también tenía los menores ingresos per cápita y un rápido crecimiento demográfico.

Cuadro 2

Tasa anual de crecimiento demográfico, fecundidad total y producto interno bruto per cápita por zonas principales, 1995 y 2005

Zona principal	Tasa de crecimiento demográfico (porcentaje)		Fecundidad total (hijos por mujer)		PIB per cápita (en dólares EE.UU., PPA)	
	1990-1995	2005-2010	1990-1995	2005-2010	1990	2005
Regiones más desarrolladas	0,45	0,28	1,68	1,60	17 159	28 296
Regiones menos desarrolladas	1,83	1,37	3,42	2,75	2 119	5 181
Países menos adelantados	2,69	2,37	5,68	4,63	1 115	1 421
Otros países menos adelantados	1,70	1,19	3,11	2,45	2 214	5 582
África	2,61	2,25	5,69	4,67	1 705	2 503
Asia	1,63	1,13	2,97	2,34	3 274	6 197
América Latina y el Caribe	1,71	1,24	3,03	2,37	7 485	8 333
Norteamérica	1,08	0,25	1,99	2,00	23 268	40 631
Europa	0,20	-0,02	1,58	1,45	14 042	21 998
Oceanía	1,62	1,21	2,48	2,30	23 310	25 296

Fuentes: Información en línea de las Naciones Unidas (UNdata), consultada el 21 de octubre de 2008, y *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.XIII.2).

Abreviaturas: PIB = producto interno bruto; PPA = paridad del poder adquisitivo.

6. La mayoría de los países en desarrollo, que experimentaron un rápido crecimiento demográfico después de 1950, cuando la mortalidad se redujo mucho antes de que comenzara a disminuir su fecundidad, se enfrentan hoy al desafío de proporcionar empleo decente a su creciente población en edad de trabajar. En 2008 había unos 200 millones de personas sin empleo, un 18% más que en 1995³. El Programa de Acción reconoció que un alto crecimiento demográfico, generado por la diferencia entre la disminución de la mortalidad y la de la fecundidad, aumentaría

³ Organización Internacional del Trabajo, *Tendencias mundiales del empleo* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2008).

los problemas a que se enfrentaban los gobiernos para crear empleo productivo (párr. 3.15).

7. La disminución de la fecundidad que forme parte de la transición demográfica puede aumentar el ahorro nacional y el crecimiento económico al reducir la proporción de hijos a cargo y aumentar la de las personas en edad de trabajar, produciendo así un “dividendo demográfico”⁴. Los menores coeficientes de dependencia obtenidos mediante la reducción de la fecundidad han contribuido al aumento de los ingresos per cápita y al crecimiento económico en países tan diversos como China, Egipto, los Estados Unidos de América, Irlanda, el Japón o Suecia⁵. Los efectos a mediano plazo de la disminución de la fecundidad en el crecimiento económico en los países desarrollados y en desarrollo representan alrededor del 20% del crecimiento de la producción per cápita entre 1960 y 1995⁶.

8. Los países recientemente industrializados de Asia Oriental y Sudoriental, en particular, experimentaron grandes reducciones de la fecundidad después de 1965 y se han beneficiado de un vigoroso crecimiento económico⁷. Las importantes inversiones públicas en educación, junto con un entorno macroeconómico estable, un crecimiento económico centrado en la creación de empleo e instituciones que promovían el ahorro, fueron fundamentales para que esos países lograran todos los beneficios asociados con el dividendo demográfico. En el decenio de 1980 casi un tercio del aumento de los ingresos per cápita en los países recientemente industrializados de Asia Oriental y Sudoriental se debió al dividendo demográfico⁸. Como contraste, el crecimiento económico no ha logrado su pleno potencial en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe que también experimentaron un rápido descenso de la fecundidad⁹. Esos ejemplos muestran que aunque la reducción de la fecundidad puede acelerar potencialmente el crecimiento económico, el logro de ese potencial depende de que se creen las instituciones adecuadas y se adopten políticas económicas y sociales apropiadas, incluidas medidas para fortalecer el capital humano, generar empleo y mejorar la distribución de los ingresos.

⁴ Andrew Mason y Sang-Hyop Lee, “The demographic dividend and poverty reduction” en *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*, Naciones Unidas, Nueva York, 17 a 19 de noviembre de 2004.

⁵ David E. Bloom y David Canning, “Global demographic change: dimensions and economic significance”, *Population and Development Review*, suplemento del vol. 34, 2008; Bo Malmberg y Thomas Lindh, “Demographically based global income forecasts up to the year 2050”, *International Journal of Forecasting*, vol. 23, No. 4, 2007.

⁶ Allen Kelley y Robert Schmidt, “Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis”. *Journal of Population Economics*, vol. 18, No. 2, junio de 2005.

⁷ Andrew Mason, editor, *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized*, (Stanford University Press, 2001); David E. Bloom, David Canning y Jaypee Sevilla, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change* (Santa Mónica, California, Rand Press, 2002).

⁸ David E. Bloom y Jeffrey G. Williamson, “Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia”, *World Bank Economic Review*, vol. 12, No. 3, 1998.

⁹ Andrew Mason, “Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries”, en: *Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*, Ciudad de México, 31 de agosto a 2 de septiembre de 2005; Casio Turra y Bernardo Queiroz, “Intergenerational transfers and socio-economic inequality in Brazil: a first look”, *Notas de Población*, No. 80, octubre de 2005.

9. Un crecimiento económico más rápido y sostenido proporciona a los gobiernos más margen para luchar contra la pobreza. Los elevados niveles de pobreza se asocian con la persistencia de una alta fecundidad. En 2005, los países en desarrollo en los que al menos el 40% de su población vivía con menos de 1 dólar al día tenían una fecundidad media de 5,4 hijos por mujer, más del doble de la de los países en desarrollo con niveles de pobreza inferiores al 10% (véase el cuadro 3). El grupo de países más pobres también tenía la tasa de crecimiento demográfico más alta (2,5%) más del triple de la de los países con bajos niveles de pobreza (0,7%). Los cuatro países más pobres —Burundi, Liberia, la República Unida de Tanzania y Rwanda— con un nivel de pobreza que supera el 75%, también tenían una fecundidad total superior a los 6 hijos por mujer y tasas de crecimiento demográfico de más del 2,5%.

Cuadro 3
Tasas de crecimiento demográfico y fecundidad total en 2000-2005
en los países en desarrollo por nivel de pobreza en 2005

	Porcentaje de personas que vivían con menos de 1 dólar diario en 2005 ^a			
	Menos de 10	10 a 19,9	20 a 39,9	40 o más
Número de países	44	13	23	33
Crecimiento demográfico anual (porcentaje)	0,7	1,3	1,9	2,5
Fecundidad total	2,1	3,2	3,8	5,4

Fuentes: Instrumento en línea de análisis de la pobreza del Banco Mundial (*PovcalNet*), consultado el 14 de octubre de 2008; *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.07.XIII.2).

^a La fecha de referencia varía según los países, yendo de 1995 a 2007. En 102 de los 113 países examinados, la estimación se refiere a 2000 o una fecha posterior.

10. Los análisis de los efectos de la disminución de la fecundidad en la reducción de la pobreza han mostrado que los cambios demográficos por sí solos causaron una disminución del 14% de los niveles de pobreza en el mundo en desarrollo entre 1960 y 2000, y podrían producir otra disminución del 14% en 2000-2015 si la reducción de la fecundidad se acelera en los países con una alta fecundidad⁴.

11. La elevada fecundidad está asociada con la persistencia de la pobreza en los países, ya que los grupos de bajos ingresos tienen en general una fecundidad muy superior a la de los grupos de altos ingresos. Las encuestas realizadas en 56 países en desarrollo mostraron que las mujeres en el quintil más bajo de riqueza tenían, como promedio, dos hijos más que las mujeres en el quintil más alto¹⁰. En África la diferencia fue superior, de 2,8 hijos, mientras que en América Latina y el Caribe fue todavía más alta, de 3,8 hijos. Existen diferencias similares cuando el factor discriminante es la educación de la mujer, ya que existe una alta correlación entre los avances en la educación y la riqueza. Los datos sobre 43 países en desarrollo correspondientes a fines del decenio de 1990 indican que las mujeres sin escolarizar

¹⁰ Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (Washington, D.C., Banco Mundial, 2007).

tuvieron, como promedio, 2,3 hijos más que las mujeres con al menos educación secundaria¹¹.

12. En consecuencia, la reducción de la fecundidad entre los hogares pobres puede contribuir a reducir la pobreza, tanto directa como indirectamente. Cuanto mayor sea el aumento natural de la población que vive en la pobreza, más rápido aumentará su porcentaje en la población, y en consecuencia, aumentará el nivel general de pobreza. La mayor tasa de aumento natural del número de personas que viven con menos de 1 dólar al día ejerce una presión al alza sobre los niveles de pobreza equivalente a entre el 10% y el 50% de la tasa de reducción de la pobreza en el mundo en desarrollo entre 1900 y 2001¹². Estos efectos fueron más elevados en África y Asia Meridional.

13. La elevada fecundidad entre los pobres puede contribuir a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Cuantos más hijos tenga una familia, cada uno de sus miembros podrá disponer de menos recursos y es menos probable que los niños consigan una educación adecuada. Si tienen menos hijos, los hogares pobres pueden invertir más en la nutrición, la salud y la educación de cada uno de ellos. Cuando los hogares pobres no pueden lograr sus objetivos reproductivos porque carecen de acceso a la planificación familiar, las políticas para aumentar ese acceso son un complemento útil de otras políticas encaminadas a luchar contra la pobreza.

14. En general, a los gobiernos de los países que experimentan un elevado crecimiento demográfico les preocupan las consecuencias de ese crecimiento¹³. Así, entre los 11 países con un crecimiento demográfico anual del 3% o más en 2005-2010, 9 de ellos —Benin, Burundi, Eritrea, Jordania, Liberia, Malí, el Níger, Timor-Leste y Uganda— consideraban que sus tasas de crecimiento demográfico eran demasiado altas, y todos, excepto Timor-Leste, habían adoptado políticas para reducirlas. Los otros dos, el Afganistán y la República Democrática del Congo, consideraban que sus tasas de crecimiento eran satisfactorias y no tenían políticas para influir en ellas. Entre los 36 países con tasas anuales de crecimiento demográfico que oscilaban entre el 2,0% y el 3,0%, el 72% consideraba que eran demasiado elevadas y el 67% había aprobado políticas para reducirlas. Incluso entre los 66 países con tasas de crecimiento más moderadas, que oscilaban entre el 1% y el 2%, el 48% consideraba que eran demasiado elevadas y la mayoría había adoptado políticas para reducirlas. Además, entre los 82 países con tasas de crecimiento inferiores al 1,0%, sólo el 32% comunicó que había aprobado intervenciones para aumentarlas.

B. Erradicación del hambre

15. La pobreza y el hambre están estrechamente relacionadas porque, aunque hay suficientes alimentos para alimentar a los 6.800 millones de personas del mundo, los pobres no pueden sufragar el costo de los alimentos, ya que además, tras años de

¹¹ Shea Oscar Rutstein, *Fertility Levels, Trends and Differentials 1995-1999*. DHS Comparative Reports No. 3 (Calverton, Maryland, ORC Macro, diciembre de 2002).

¹² Martin Ravaillon, "On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world" *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 3580, Banco Mundial, abril de 2005.

¹³ *World Population Policies 2007* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.08XIII.8).

estabilidad relativa, los precios de los principales alimentos básicos aumentaron acusadamente entre 2006 y el primer semestre de 2008¹⁴. En consecuencia, se calcula que el número de personas desnutridas habría aumentado en 40 millones sólo en 2008, hasta alcanzar 963 millones de personas, en comparación con 923 millones de personas en 2007 y 848 millones en 2003-2005¹⁵, haciendo más difícil lograr el objetivo de reducir a la mitad para 2015 la proporción de personas que padecen hambre (primer Objetivo de Desarrollo del Milenio). Aunque los precios de los alimentos han disminuido recientemente, la crisis alimentaria de 2008 evidenció las vulnerabilidades de muchas poblaciones. La crisis obedeció a aumentos de la demanda de alimentos que no se vieron compensados por aumentos de la oferta. El aumento de la demanda se debe al crecimiento demográfico, al aumento de los ingresos y a los cambios en las modalidades de alimentación en los países en desarrollo, en especial en China. El menor aumento de la oferta de alimentos se debe a muchos factores, incluidos recientes incrementos del costo de las semillas y los fertilizantes al aumentar los precios de la energía, a las escasas inversiones a largo plazo en infraestructura rural y desarrollo agrícola en muchos países en desarrollo, a las crecientes limitaciones en el acceso a la tierra y el agua y a la reasignación de tierras para producir biocombustibles¹⁶.

16. A nivel mundial, el crecimiento demográfico es uno de los principales determinantes de la demanda de alimentos. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), se espera que la ingesta de calorías aumente de una media mundial de 2.803 kcal por persona y día en 1999 a 3.050 kcal para 2030¹⁷, un aumento del 9% por persona. Durante ese período, se prevé que la población mundial crezca de 6.000 millones de personas a 8.300 millones, produciendo un aumento global de la demanda de calorías de casi el 50%, del que el 76% es atribuible al aumento del número de personas.

17. En los países, el mayor aumento natural entre los pobres puede contribuir a aumentar los niveles de hambre y malnutrición, así como los niveles de pobreza. Dado que los hogares de bajos ingresos suelen tener una mayor tasa de fecundidad que los hogares con mayores ingresos, normalmente tienen que asignar un mayor porcentaje de sus ingresos a comprar alimentos, y son particularmente vulnerables al aumento de los precios de los alimentos o de los costos de su producción. Así, el aumento de los precios de los alimentos ha tenido efectos más serios en los países en desarrollo con poblaciones en rápido crecimiento y en los que la pobreza ya era elevada antes de la crisis. Entre 2005 y 2007 el incremento de los precios de los alimentos ha hecho que el nivel de pobreza aumentara alrededor del 4,5% en los

¹⁴ Entre enero de 2006 y marzo de 2008 los precios mundiales de los alimentos aumentaron un 68%. El precio del trigo se duplicó entre abril de 2007 y marzo de 2008, y el del arroz se triplicó entre enero y abril de 2008, como comunicaron Quentin Wodon y Hassan Zaman en "Rising food prices in sub-Saharan Africa: Poverty impact and policy responses", *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 4738, 2008.

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2008*, <http://www.fao.org/docrep/011/i0291s/i0291s00.htm>, consultado el 20 de diciembre de 2008; FAO, Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Evaluación de la seguridad alimentaria y situación de la nutrición a escala mundial, 34º período de sesiones, 14 a 17 de octubre de 2008.

¹⁶ Joachim von Braun y cols. "High food prices: The what, who, and how of proposed policy actions" *International Food Policy Research Institute Policy Brief*, mayo de 2008, <http://www.ifpri.org/PUBS/ib/FoodPricesPolicyAction.pdf>.

¹⁷ *World Agriculture: Towards 2015/2030, Summary Report* (Roma, FAO, 2002).

países de bajos ingresos, lo que supone que otros 105 millones de personas han quedado sumidas en la pobreza¹⁸.

18. El aumento de los precios de los alimentos causó otros 41 millones de personas malnutridas en Asia y 24 millones de personas en África Subsahariana entre 2003-2005 y 2007, las dos regiones en las que en 2003-2005 vivía el 89% (750 millones) de las personas que padecían hambre en el mundo¹⁹. Se produjeron aumentos de la malnutrición, aunque de menor magnitud, en todas las demás regiones en desarrollo, y en América Latina se anularon todos los progresos logrados desde 1995. Evidentemente, las políticas para hacer frente a los efectos de las variaciones bruscas de los precios de los alimentos deberían dar prioridad a la protección inmediata de los hogares y personas más vulnerables, en especial las mujeres y los niños, a fin de lograr el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, las respuestas a más largo plazo deben tener en cuenta que las políticas demográficas pueden ser parte de una respuesta coordinada para promover medios de vida sostenibles y afianzar las perspectivas de desarrollo para todos, ayudando a evitar que los hogares queden atrapados por la pobreza.

III. Logro de la educación universal

19. Lograr la educación primaria universal para 2015 y ampliar la educación para todos, niños y niñas, a los niveles secundario y superior, son metas establecidas en el Programa de Acción (párrs. 11.6, 11.8 y 4.18), de las que se hicieron eco los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se han conseguido muchos progresos en el logro de la educación primaria universal (segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio). En 2006, la matriculación en la escuela primaria en los países en desarrollo llegó al 88%. Sin embargo, desigualdades en el acceso a la educación, relacionadas en parte con el tamaño de la familia, continúan creando problemas para lograr ese objetivo. Tanto en los hogares como en los países, es menos probable que se invierta lo suficiente en la educación de los niños cuando su número es elevado. Unas altas tasas sostenidas de fecundidad dan como resultado un creciente número de niños en edad escolar, que se traduce en una creciente demanda en los sistemas de educación y las familias.

20. Los países con los peores indicadores en materia de educación suelen tener una alta proporción de niños y elevadas tasas de crecimiento demográfico. Así, en los 29 países con tasas netas de matriculación en la escuela primaria inferiores al 80%, en 2005 los niños menores de 15 años representaban el 42% de la población, y la tasa de crecimiento demográfico era como promedio del 2,3% anual (véase el cuadro 4). Similarmente, en los 19 países en los que más del 20% de la población de 15 a 24 años era analfabeta en 2006, los niños representaban el 42% de la población y la tasa media de crecimiento era del 2,4%. Como contraste, los 47 países con tasas netas de matriculación en la escuela primaria superiores al 95% y los 74 países con bajos porcentajes de jóvenes analfabetos (inferiores al 5%) tuvieron menores porcentajes de niños (25% de la población) y tasas medias de crecimiento demográfico inferiores al 1% anual, otra indicación de que un menor crecimiento demográfico hace más fácil invertir en educación.

¹⁸ Maros Ivanic y Will Martin "Implications of higher global food prices for poverty in low-income countries". *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 4594, 2008.

¹⁹ FAO, Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Evaluación de la seguridad alimentaria y situación de la nutrición a escala mundial, 34º período de sesiones, 14 a 17 de octubre de 2008.

Cuadro 4
Tasa de crecimiento demográfico en 2000-2005 y porcentaje de la población menor de 15 años en 2005, por indicadores de educación seleccionados

	Porcentaje de jóvenes que saben leer y escribir			Tasa neta de matriculación en la escuela primaria (porcentaje)		
	Menos del 80%	Entre el 80% y el 95%	Más del 95%	Menos del 80%	Entre el 80% y el 95%	Más del 95%
Número de países	19	23	74	29	63	47
Tasa anual de crecimiento demográfico (porcentaje)	2,4	1,9	0,9	2,3	1,0	0,8
Porcentaje de la población menor de 15 años	41,5	38,5	25,9	41,5	27,7	23,6

Fuentes: Instituto de Estadística de la UNESCO, Centro de Datos en Línea (<http://stats.uis.unesco.org>), consultado el 7 de octubre 2008; *World Population Prospects: The 2006 Revision* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.07.XIII.2).

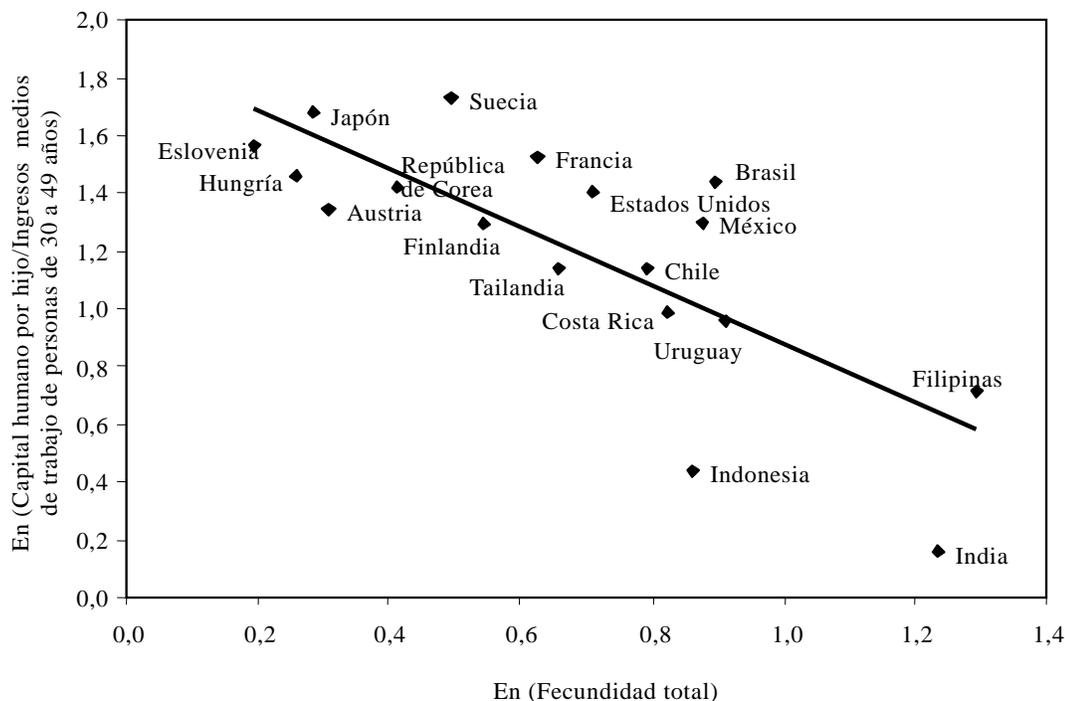
21. Las transferencias intergeneracionales ponen de manifiesto que los países con menor fecundidad gastan considerablemente más en la salud y educación de los niños que los países con mayores tasas de fecundidad (véase el gráfico I). Como promedio, los países con una fecundidad total de 3 hijos por mujer gastan casi un tercio más por niño, en relación con la renta del trabajo, que los países con una fecundidad total de 1 hijo por mujer²⁰. Los estudios en los hogares indican que, como promedio, los hijos de familias numerosas tienen menos oportunidades de recibir educación que los hijos de familias pequeñas, especialmente en los países en los que la mayoría de los gastos en educación son sufragados por los padres²¹.

22. El nivel de educación de la mujer es uno de los principales determinantes de la fecundidad: las mujeres con mayor nivel de educación suelen utilizar más anticonceptivos y tener menos hijos que las mujeres con menos años de educación. El mantenimiento de una elevada fecundidad entre las mujeres más pobres genera un círculo vicioso en el que sus hijos, en particular las niñas, tienen menos posibilidades de recibir educación y, a su vez, suelen tener también familias numerosas. El Programa de Acción aboga firmemente por lograr la educación para todos a fin de asegurar que los efectos de una mayor educación y familias de menor tamaño, que se refuerzan mutuamente, puedan beneficiar al desarrollo (cap. XI).

²⁰ Ronald Lee y Andrew Mason, "Fertility, human capital and economic growth over the demographic transition", National Transfer Accounts Working Paper WP08-02, 2008.

²¹ Cynthia Lloyd, "Investing in the next generation: the implications of high fertility at the level of the family", *Population and Development: Old Debates and New Conclusions* (New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004); Claudia Buchmann y Emily Hannum, "Education and stratification in developing countries: A review of theories and research", *Annual Review of Sociology*, vol. 27, 2001.

Gráfico I
Gasto en educación por hijo en comparación con la fecundidad total, países seleccionados



Fuente: Derivado de los datos de las Cuentas Nacionales en materia de Transferencias incluidos en <http://www.ntaccounts.org>.

IV. Población y objetivos relacionados con la salud

23. La salud de una población es un importante determinante del crecimiento económico. Estudios empíricos²² muestran que las mejoras en salud son un impulso significativo para el crecimiento económico en los países en desarrollo, lo que supone que la salud, al igual que la educación, es un componente fundamental del capital humano. Una mejor salud conduce a mayores ingresos y viceversa, lo que genera un ciclo beneficioso en el que las mejoras de la salud y el aumento de los ingresos se refuerzan mutuamente. El Programa de Acción reconoce esa realidad al establecer objetivos ambiciosos para mejorar la salud. Subrayando el aumento de la longevidad producido desde 1950 como importante logro, exhorta a aumentar los años de vida saludable y reducir las disparidades en la esperanza de vida entre los diversos países y dentro de cada país (párr. 8.3 b)) y establece el objetivo de alcanzar para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años, o al menos de 70 años en los países con los niveles de mortalidad más elevados en 1994 (párr. 8.5).

²² Guillem López-Casasnovas y cols., *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (Boston, Massachusetts, MIT Press, 2005); David E. Bloom y David Canning, "The health and wealth of nations", *Science*, vol. 287, No. 5456, 18 de febrero de 2000.

A. Reducción de la mortalidad infantil

24. El Programa de Acción exhorta a que para 2015 se consiga una tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años inferior a 45 por cada 1.000 nacidos vivos (párr. 8.16), un objetivo más ambicioso que el establecido en el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (reducirla en dos terceras partes entre 1990 y 2015). Aunque la mortalidad infantil en los países en desarrollo ha venido disminuyendo, de 103 a 74 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2007, la tasa de disminución debería aumentar más de cinco veces para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015 (véase el cuadro 5). En África Subsahariana la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años ha sido lenta, y se necesitaría una reducción de más de ocho veces para lograr el objetivo establecido.

Cuadro 5

Mortalidad de niños menores de 5 años por grupo de desarrollo y en África Subsahariana, 1990, 2007 y 2015

Grupo de desarrollo	Mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)			Tasa anual de disminución (porcentaje)	
	1990	2007	2015	Reducción real 1990-2007	Reducción necesaria 2008-2015
Todo el mundo	93	68	31	1,8	9,8
Países en desarrollo	103	74	34	1,9	9,6
Países menos adelantados	179	130	60	1,9	9,7
África Subsahariana	186	148	62	1,3	10,9

Fuente: *El Estado Mundial de la Infancia 2009* (Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008).

Nota: África Subsahariana no incluye al Sudán.

25. A fin de reducir la mortalidad infantil, el Programa de Acción exhorta a que se refuercen los sistemas de salud primaria para proporcionar cuidados prenatales y neonatales y asistencia en el parto, y promover la lactancia materna exclusiva, la aportación de suplementos de micronutrientes y la inmunización contra el tétanos. Subraya la importancia de reducir las principales enfermedades infantiles, en particular las enfermedades infecciosas y parasitarias, y evitar la malnutrición entre los niños, en especial entre las niñas. Las medidas clave para seguir ejecutando el Programa²³ subrayan la necesidad de ampliar la inmunización y la importancia de utilizar la terapia de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea.

26. Un examen de las intervenciones de salud en 68 países, en los que se producía el 97% de todas las muertes infantiles, determinó que se habían realizado importantes progresos en la ampliación de la cobertura de las intervenciones programadas, como las inmunizaciones, los suplementos de vitamina A y los mosquiteros tratados con insecticida²⁴. Se lograron menos progresos en el

²³ Véase resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo.

²⁴ Countdown Coverage Writing Group. "Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions." *The Lancet*, vol. 371 (2008).

fortalecimiento de los sistemas de salud, y en consecuencia, las intervenciones que requieren servicios clínicos que funcionen bien, incluido el tratamiento de enfermedades en recién nacidos y niños de mayor edad, todavía distan mucho de satisfacer la demanda. Además, la lucha contra la malnutrición sigue siendo un importante desafío: en 62 de los 68 países examinados, al menos uno de cada cinco niños menores de 5 años tenía retrasos en el crecimiento (es decir, tenían una baja talla para su edad debido a la malnutrición crónica).

27. El acceso inadecuado a la planificación familiar es otro impedimento para aumentar la supervivencia de los niños. Los partos y embarazos demasiado seguidos en adolescentes y mujeres de edad avanzada aumentan el riesgo de mortalidad infantil. Si se definen los niños con un alto riesgo como los nacidos de madres menores de 18 años o mayores de 34, los nacidos en el plazo de 24 meses de un parto anterior y aquellos con un orden de nacimiento cuarto o superior, el porcentaje de niños con un riesgo elevado presenta una alta correlación con el nivel de mortalidad de niños menores de 5 años, como muestran datos derivados de 172 encuestas demográficas y de salud realizadas en 1985-2007 (véase el gráfico II). Sin controlar las demás variables, la proporción de nacimientos en las categorías de alto riesgo representa el 41% de las variaciones de la mortalidad de niños menores de 5 años entre los países. Mientras las mujeres tengan hijos a una edad demasiado temprana o tardía de su vida reproductiva, o tengan partos demasiado seguidos, por falta de acceso a servicios de planificación familiar, el aumento de ese acceso reduciría el riesgo de mortalidad infantil.

28. El intervalo entre embarazos es el tiempo transcurrido entre el parto de un hijo nacido vivo u otro resultado del embarazo y el inicio del siguiente embarazo. Los intervalos entre embarazos superiores a los dos años reducen la mortalidad infantil. El análisis de la supervivencia de más de 1 millón de nacimientos registrado en las encuestas demográficas y de salud realizadas entre 2000 y 2005 halló que los intervalos entre embarazos que oscilaban entre 36 y 47 meses se asociaban con menores riesgos de mortalidad infantil²⁵. Si las mujeres esperasen al menos 24 meses después de tener un hijo nacido vivo antes de concebir de nuevo, la mortalidad de los niños menores de 5 años descendería un 13%, y un 25% si las mujeres esperasen 36 meses. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud ha emitido nuevas directrices aconsejando a las mujeres que esperen al menos 24 meses después de tener un hijo nacido vivo antes de intentar concebir de nuevo²⁶.

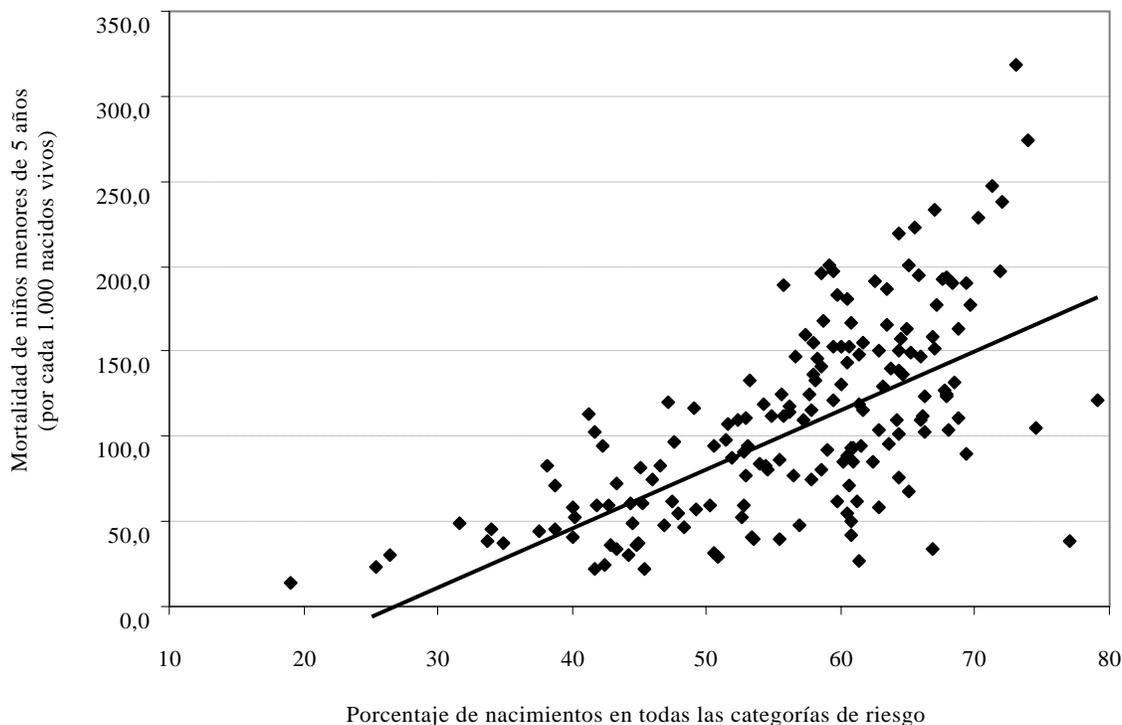
29. Los gobiernos de los países en desarrollo están especialmente preocupados por sus elevadas tasas de mortalidad infantil: más del 80% consideran que sus niveles son inaceptables. Los países con cifras de nacimientos elevadas y en aumento se enfrentan a mayores problemas para mejorar la salud infantil. Las medidas para satisfacer las necesidades no cubiertas de planificación familiar pueden reducir significativamente los costos que supone garantizar la salud infantil. En Ghana, por ejemplo, cubrir las necesidades insatisfechas reduciría en 1,4 millones el número de

²⁵ Shea Oscar Rutstein, "Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys." *DHS Working Papers*, No. 41 (Calverton, Maryland, Macro International Inc., 2008).

²⁶ Organización Mundial de la Salud, *Report of a WHO technical consultation on birth spacing* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006).

inmunizaciones contra el sarampión requeridas entre 2006 y 2015²⁷. A fin de acelerar la reducción de la mortalidad infantil, en particular en los países de bajos ingresos con una fecundidad elevada, es crucial aumentar el acceso a la planificación familiar, junto con esfuerzos renovados por ampliar las intervenciones que mejoren la salud infantil, para lograr el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Gráfico II
Mortalidad de niños menores de 5 años frente a porcentajes de nacimientos y categorías de riesgo, 1985-2007



Fuente: Compilación de MEASURE DHS STAT, <http://www.measuredhs.com>, consultado el 14 de octubre de 2008.

B. Lucha contra la malaria

30. La malaria causa 250 millones de episodios de la enfermedad al año y 900.000 muertes. Se están emprendiendo medidas para lograr una cobertura universal con intervenciones apropiadas para 2010, incluida la distribución de unos 720 millones de mosquiteros impregnados de insecticida de larga duración²⁸, la fumigación residual intermitente para el control de vectores y el tratamiento preventivo intermitente de las mujeres embarazadas en las zonas de alta transmisión para reducir la prevalencia de la anemia relacionada con la malaria entre ellas y el

²⁷ Scott Moreland y Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The contribution of fulfilling the unmet need for family planning*. (Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2006).

²⁸ *The Global Malaria Action Plan* (Ginebra, Alianza Hacer Retroceder el Paludismo, 2008).

consiguiente bajo peso al nacer de sus hijos. Aunque la distribución de mosquiteros se ha expandido rápidamente, las encuestas realizadas en 2006 en 18 países africanos indicaron que apenas el 23% de los niños y el 27% de las mujeres embarazadas dormían bajo mosquiteros²⁹.

31. En la actualidad, sólo el 18% de las mujeres embarazadas en las zonas de alta transmisión reciben tratamiento preventivo intermitente. A fin de lograr la cobertura universal, requerirían tratamiento anualmente 25 millones de mujeres embarazadas en África. Las iniciativas para prevenir o tratar la malaria durante el embarazo funcionan mejor cuando existe una estrecha cooperación entre los programas nacionales de control de la malaria y los programas de salud reproductiva y cuando el tratamiento contra la malaria forma parte de un conjunto amplio de cuidados prenatales. Dado que en varios países de África un número muy superior de mujeres embarazadas reciben cuidados prenatales que las que reciben tratamiento intermitente, se podrían utilizar las visitas a los centros de cuidados prenatales para ampliar el tratamiento contra la malaria y distribuir mosquiteros. En última instancia, las iniciativas para ampliar el control de la malaria y la prevención requieren que se amplíen y mejoren los sistemas de salud en apoyo a otras intervenciones.

32. La reducción del crecimiento demográfico mediante un mayor acceso a la planificación familiar puede disminuir los costos del control de la malaria. Los costos de proporcionar y mantener mosquiteros en 16 países de África se podrían reducir entre un 4% y 19% en 2005-2015 si se satisficieran las necesidades no atendidas de planificación familiar²⁷.

C. Control de la epidemia del VIH/SIDA

33. El Programa de Acción fue uno de los primeros documentos convenidos internacionalmente en los que se pedían esfuerzos concertados para prevenir la difusión de la epidemia de VIH/SIDA y prestar apoyo a los afectados por la enfermedad (párr. 8.29b). A pesar de los importantes progresos realizados en el desarrollo de tratamientos efectivos de la enfermedad, la epidemia sigue siendo uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la comunidad internacional. Así, los gobiernos del 81% de los países desarrollados y del 93% de los países en desarrollo consideran el VIH/SIDA como una importante preocupación. Se está siguiendo una estrategia múltiple para controlar la epidemia, centrada en la prevención, los cuidados y el tratamiento. Los principales elementos de la estrategia son proteger de la discriminación y estigmatización a las personas que viven con el VIH, establecer órganos de coordinación sobre el VIH/SIDA a nivel nacional, elaborar estrategias multisectoriales, y crear asociaciones con la sociedad civil, que incluyan a las personas que viven con el VIH.

34. En 2008, 33 millones de personas vivían con el VIH, pero las estimaciones de tendencias muestran signos de progreso alentadores. A nivel mundial, el porcentaje de adultos que vivían con el VIH se estabilizó en 2000 y el número de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países. En 14 de 17 países africanos con resultados de encuestas adecuados, el porcentaje de mujeres embarazadas de 15 a 24 años que vivían con el VIH ha venido disminuyendo desde 2000-2001, y en 7

²⁹ Organización Mundial de la Salud, *World Malaria Report 2008* (Ginebra, número de venta WHO/HTM/GMP/2008.1).

países el descenso de las infecciones entre mujeres de 15 a 24 años ha igualado o superado la reducción del 25% que se pide en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA³⁰.

35. Las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción²³ subrayaron en el párrafo 68 las sinergias potenciales entre la prevención del VIH y la salud reproductiva al exhortar a los gobiernos a “velar por que la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como los servicios necesarios, formen parte integrante de los programas de salud reproductiva y sexual en el nivel de los servicios de atención primaria de la salud”. La mayoría de las mujeres de los países en desarrollo se pone en contacto por primera vez con el sistema de salud cuando necesita cuidados prenatales o servicios de planificación familiar. Ese contacto proporciona una valiosa oportunidad para ofrecer a las mujeres información y asesoramiento sobre las maneras de evitar la infección por el VIH. Dado que la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo es prioritaria, los cuidados prenatales deberían incorporar pruebas y servicios de asesoramiento voluntarios para determinar qué mujeres necesitan tratamiento, y deberían incluir medios de remitir a las mujeres seropositivas y sus familias a servicios que proporcionen cuidados, tratamiento y apoyo. Aunque se han logrado progresos significativos para ampliar el tratamiento de las mujeres embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, en 2007 sólo el 33% de esas mujeres recibió el tratamiento necesario con antirretrovirales. En un estudio de 51 países afectados por la epidemia, se consideró que sólo 8 —Benin, Botswana, el Brasil, Burkina Faso, Kenya, Rwanda, Sudáfrica y Swazilandia— podrían lograr una cobertura del 80% de las mujeres embarazadas seropositivas para 2010²⁴, como se exhortó en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA celebrado en 2001.

36. Al haber una elevada superposición entre la población con riesgo de embarazos no deseados y la población con riesgo de verse expuesta al VIH, los programas de planificación familiar pueden contribuir a reducir el riesgo de infección. Además, cuando las mujeres ya son seropositivas, la planificación familiar puede ayudarlas a evitar embarazos no deseados. En un análisis de los efectos de la planificación familiar para prevenir de los embarazos no deseados entre mujeres seropositivas se llegó a la conclusión de que es un medio de reducir la prevalencia del VIH entre los niños más eficaz en función del costo que dar tratamiento con antirretrovirales a las mujeres embarazadas seropositivas³¹.

37. La expansión del tratamiento con antirretrovirales ha sido rápida, pero en 2007 sólo recibían tratamiento 3 millones de los 9,7 millones de personas que lo necesitaban en los países en desarrollo. Además, queda mucho por hacer para prevenir la propagación del VIH. En los países que han realizado las encuestas necesarias, como mucho el 40% de los hombres y el 36% de las mujeres de 15 a 24 años comprendían cómo se transmite el VIH y la manera de prevenir la infección, niveles muy inferiores al objetivo del 95%. Además, los grupos especialmente vulnerables a la infección continúan sin tener acceso adecuado a los servicios de prevención del VIH.

³⁰ Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008* (Ginebra, 2008).

³¹ Heidi W. Reynolds y cols., “The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission”, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, No. 6, 2006.

D. Reducción de la mortalidad materna

38. En el Programa de Acción se insta a los países a que reduzcan la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y a que efectúen una nueva reducción a la mitad para el año 2015 (párr. 8.21), lo que supone una reducción total del 75% entre 1990 y 2015, tal como se establece en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar ese objetivo es preciso adoptar una estrategia múltiple. Las probabilidades de que la mujer sobreviva a la etapa reproductiva aumentan si se reduce el número de embarazos. Se deben adoptar medidas para reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto y mejorar el acceso a atención obstétrica adecuada, de modo que, si surgen complicaciones, el riesgo de muerte durante el parto sea mínimo. Además, es necesario contar con asistencia sanitaria cualificada para resolver las complicaciones del aborto y ofrecer asesoramiento después del aborto y programas de formación y planificación familiar para evitar abortos reiterados. Por último, el retraso del matrimonio y la prevención del embarazo entre las mujeres más jóvenes, así como la adopción de estrategias para reducir su riesgo de infección por el VIH, también contribuyen a disminuir el riesgo de mortalidad materna.

39. No se dispone de datos fiables para poder evaluar el nivel y las tendencias de la mortalidad materna, en particular en los países en desarrollo donde es más elevada. Se calcula que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, el 99% de ellas en países en desarrollo³². En 14 países, la mayoría de ellos de África Subsahariana, la tasa de mortalidad materna superaba la cifra de 1.000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Según las estimaciones, en 2005 la tasa promedio de mortalidad materna en las regiones menos desarrolladas era de 450 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en las regiones más desarrolladas se reducía a 11 (cuadro 6). África tenía la tasa de mortalidad materna más elevada, con 820 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

40. Se ha avanzado poco en la reducción de la mortalidad materna en los países en desarrollo. Entre 1990 y 2005, la mortalidad materna en las regiones menos desarrolladas se redujo un 0,4% por año, muy por debajo del 13% anual necesario para conseguir el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. En África, la tasa de mortalidad materna se mantuvo prácticamente invariable. Incluso en América Latina y el Caribe, donde se registró un descenso anual del 2,2%, la reducción es todavía muy inferior al 10,6% necesario para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Una de las principales razones de ese lento descenso es que para prevenir la mortalidad materna es preciso contar con un sistema de salud eficiente, que asegure la prestación de cuidados en el período prenatal, durante el parto y después de él y el acceso a atención obstétrica de emergencia en caso de que surjan complicaciones. Un primer paso crucial en el mejoramiento de los sistemas de salud es el aumento del acceso a comadronas capacitadas para prevenir la mortalidad materna³³.

³² *Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007).

³³ Jon Rohde y eds. "30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?" *The Lancet*, vol. 372, 2008

Cuadro 6
Tasa de mortalidad materna por zonas principales, 1990 y 2005

Zona principal	Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)		Promedio anual de reducción de la mortalidad materna (porcentaje)	
	1990	2005	Reducción real 1990-2005	Reducción necesaria 2005-2015
Todo el mundo	430	400	0,5	13,1
Regiones más desarrolladas	17	11	2,9	9,5
Regiones menos desarrolladas	480	450	0,4	13,2
Países menos adelantados	900	870	0,2	13,5
Otros países menos desarrollados	380	310	1,4	11,8
África	830	820	0,1	13,7
Asia	400	320	1,5	11,6
Europa	23	13	3,8	8,2
América Latina y el Caribe	180	130	2,2	10,6
América del Norte	8	10	-1,5	16,1
Oceanía	210	180	1,0	12,3

Fuente: Maternal Mortality in 2005 (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2007).

Nota: Las estimaciones correspondientes a 1990 y 2005 están basadas en la misma metodología. Los porcentajes de reducción de la tasa de mortalidad materna se han calculado a partir de esas estimaciones.

41. El riesgo de mortalidad materna va asociado al número de embarazos, por lo que el acceso a servicios de planificación familiar que permitan a la mujer evitar embarazos imprevistos o no deseados puede reducir la mortalidad materna³⁴. Las muertes maternas se podrían reducir entre un 25% y un 40% si se evitaran los embarazos no planeados o no deseados³⁵. Si se atendieran las necesidades no satisfechas de servicios de planificación familiar, se podrían evitar casi 52 millones de embarazos no planeados por año y, gracias a ello, prevenir 142.000 casos de muerte de la madre³⁶. Por otro lado, si se evitaran los embarazos no deseados mediante la utilización de anticonceptivos, se reduciría el número de mujeres que tendría que recurrir al aborto en condiciones inseguras. Cada año, alrededor del 13% de los casos de mortalidad materna son consecuencia de abortos practicados en condiciones de riesgo y se podrían evitar prácticamente todas esas muertes³⁷.

³⁴ Stan Bernstein y Charlotte Juul Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. (Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006).

³⁵ Oona M. R. Campbell y Wendy J. Graham, "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works", *The Lancet*, vol. 368, 2006.

³⁶ Michael Vlassoff y eds., "Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions", *Occasional Report No. 11*, Alan Guttmacher Institute, 2004.

³⁷ Organización Mundial de la Salud, *Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003* (Ginebra, OMS, 2007).

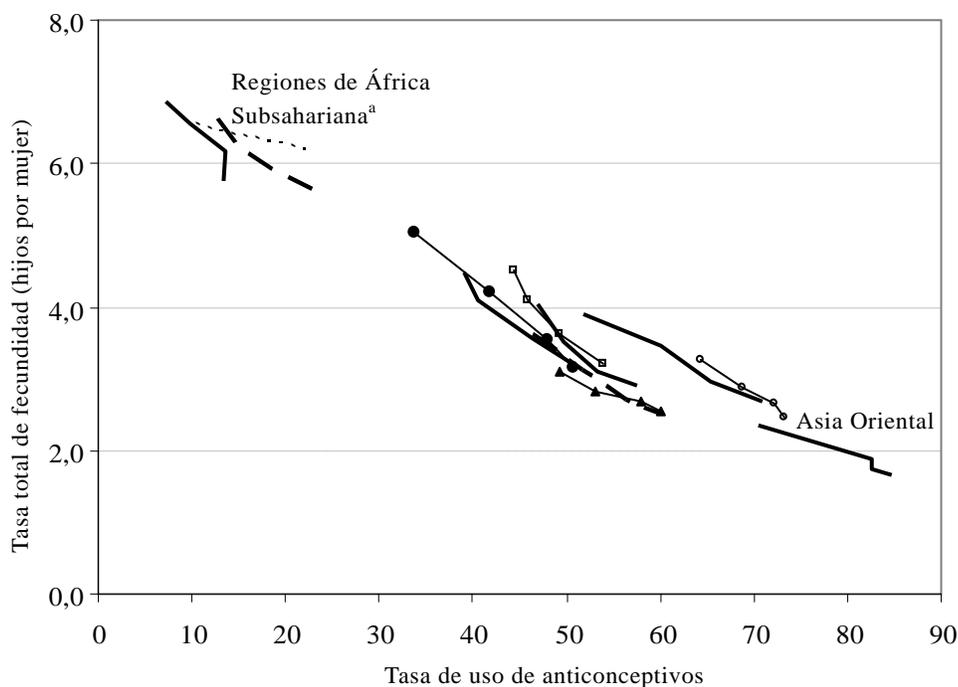
42. Si se redujera el número de embarazos, el costo de la prestación de servicios para asegurar una maternidad sin riesgos sería menor. En 16 países africanos, el éxito en la prevención de embarazos no planeados o no deseados podría suponer un ahorro de entre el 4% y el 21% en el gasto total de aplicación de un programa de maternidad sin riesgos entre 2005 y 2015²⁷. Además, las economías obtenidas en los servicios de maternidad serían por lo general superiores a los costos de expansión de los programas de planificación familiar.

E. Prestación de servicios de salud reproductiva

43. En la Cumbre Mundial 2005, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, reconociendo que contribuiría a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza. En el Programa de Acción se define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación familiar y a tener acceso a ellos (párr. 7.2).

44. A nivel mundial, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en pareja y que utilizan anticonceptivos pasó del 56% en 1993 al 63% en 2003, lo que significa que 716 millones de mujeres utilizaban anticonceptivos en 2003. La tasa de uso de anticonceptivos es elevada en casi todas las zonas principales: 73% en América del Norte, 71% en América Latina y el Caribe, 68% en Asia y Europa, y 60% en África Meridional (excluido el Sudán). No obstante, esa tasa es muy baja en los países subsaharianos (22%) y en las regiones en desarrollo de Oceanía (27%). Los países de África Subsahariana, en particular, no han alcanzado el nivel de uso de anticonceptivos previsto en 1994 (31%), en el que están basadas las recomendaciones sobre financiación que figuran en el Programa de Acción. Es más, en el 60% de los 47 países de África Subsahariana sobre los que se dispone de datos al respecto, la tasa de uso de anticonceptivos sigue estando por debajo del 25%. Esa tasa es particularmente baja en los países de África Oriental, África Central y África Occidental, donde la tasa de fecundidad sigue superando con creces la cifra de 5 hijos por mujer (véase el gráfico III). De hecho, la tasa de uso de anticonceptivos guarda una alta correlación con la tasa total de fecundidad, y en la mayoría de los países en que ha aumentado el uso de anticonceptivos se ha registrado un descenso de la fecundidad.

Gráfico III
Tasa total de fecundidad en relación con la tasa de uso de anticonceptivos
en las regiones en desarrollo, 1985-2005



Fuente: World Contraceptive Use 2007 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.08.XIII.6).

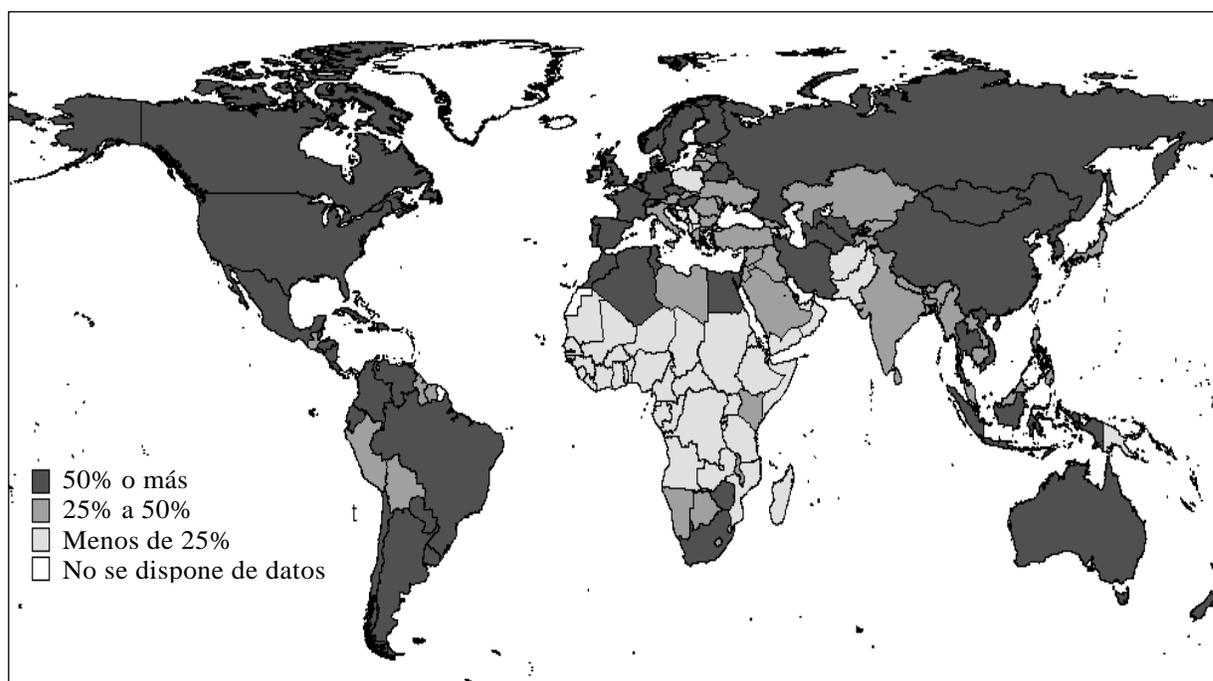
^a Solamente los países de África Oriental, África Central y África Occidental.

45. A nivel mundial, los tipos de anticonceptivos más utilizados son los métodos anticonceptivos modernos³⁸. En 2003, el 56% de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o que vivían en pareja usaba métodos anticonceptivos modernos, lo que suponía un aumento respecto del 50% registrado en 1993. La tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos superaba el 50% en la mayoría de los países de América, Asia y Europa (véase el gráfico IV) pero sólo alcanzaba el 15% en África Subsahariana y el 21% en las regiones en desarrollo de Oceanía. El uso de métodos anticonceptivos tradicionales³⁹, que suelen ser menos eficaces en la prevención del embarazo, es relativamente elevado en los países de Europa Oriental, África Central y África Occidental. La elevada prevalencia del uso de métodos tradicionales es consecuencia de las limitaciones en el acceso a métodos modernos, por lo que sigue siendo necesaria la adopción de medidas para mejorar la accesibilidad y asequibilidad de los métodos modernos y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

³⁸ Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización (femenina o masculina); las píldoras, las inyecciones y los implantes de hormonas; los dispositivos intrauterinos (DIU); los preservativos; y los métodos vaginales de barrera.

³⁹ Los métodos tradicionales incluyen el método del ritmo, el coitus interruptus, la lactancia, las duchas vaginales y otros métodos populares.

Gráfico IV
**Porcentaje de mujeres de 15 y 49 años, casadas o que viven en pareja,
 que usan métodos anticonceptivos modernos, 2005**



Fuente: *World Contraceptive Use 2007* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.08.XIII.6).

46. Pese a la elevada tasa de uso de anticonceptivos que se ha alcanzado, sigue habiendo alrededor de 106 millones de mujeres de países en desarrollo cuyas necesidades de servicios de planificación familiar no están atendidas⁴⁰: 66 millones en Asia, 30 millones en África y 10 millones en América Latina y el Caribe. Tan sólo en la India, hay 27 millones de mujeres casadas cuyas necesidades de anticonceptivos no están atendidas. Otros países en los que hay un gran número de mujeres casadas con necesidades no atendidas son el Pakistán, con más de 8 millones, y Bangladesh, Etiopía, Indonesia y Nigeria, con más de 3 millones cada uno. En términos relativos, los niveles más altos de necesidades no atendidas se registran en África Subsahariana (cuadro 7) y en los países menos adelantados. En casi una cuarta parte de los países de África sobre los que se dispone de datos, el nivel de necesidades no atendidas supera el 30%, y en aproximadamente la mitad de ellos el nivel oscila entre el 20% y el 30%. Por el contrario, en Asia, Europa y América Latina y el Caribe, la mayoría de los países sobre los que se dispone de datos tiene un nivel de necesidades no atendidas inferior al 20%. Las únicas

⁴⁰ Se considera que no están atendidas las necesidades de aquellas mujeres que se encuentran en edad fecunda, mantienen relaciones sexuales y no utilizan ningún método anticonceptivo y que expresan su deseo de no tener más hijos o de retrasar el siguiente embarazo. El nivel de necesidades no atendidas es un buen indicador de la demanda adicional de servicios anticonceptivos, ya que refleja la disparidad entre las intenciones de procreación y el comportamiento en cuanto al uso de anticonceptivos.

excepciones son los países menos adelantados de esas zonas, como Camboya, Haití, Nepal, la República Democrática Popular Lao y el Yemen, todos los cuales tienen un nivel de necesidades no atendidas superior al 25%, y Azerbaiyán, Belice, Bolivia, Bulgaria, Guatemala y el Pakistán, cuyo nivel de necesidades no atendidas oscila entre el 20% y el 30%.

Cuadro 7

Tendencias en relación con las necesidades no atendidas en materia de planificación familiar en las regiones en desarrollo, 1995 y 2005

	<i>Necesidades no atendidas (porcentaje)</i>		<i>Reducción anual (puntos porcentuales)</i>
	<i>1995</i>	<i>2005</i>	
África Septentrional	16,3	10,4	0,59
África Subsahariana	25,7	24,1	0,16
Asia Sudoriental	12,8	11,1	0,17
Asia Meridional	19,1	14,8	0,43
Asia Occidental	16,4	12,2	0,42
América Latina y el Caribe	12,4	10,5	0,19

Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008 (Nueva York, Naciones Unidas, 2008).

Nota: Esa clasificación por regiones coincide con la que se utiliza en el informe sobre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

47. Por lo general, las necesidades no atendidas en materia de planificación familiar han disminuido desde el decenio de 1990, en parte gracias a los esfuerzos concertados de los gobiernos y de la comunidad internacional para ampliar el acceso a métodos anticonceptivos modernos. En los países de África Septentrional, Asia Meridional y Asia Occidental se lograron reducciones significativas (véase el cuadro 7). La tasa promedio de reducción anual fue menor en los países de Asia Sudoriental y de América Latina y el Caribe, en parte debido a que, para 1995, el nivel de necesidades no atendidas ya se había reducido considerablemente en ambas regiones. La tasa de reducción más baja se registró en África Subsahariana, donde el nivel de necesidades no atendidas sigue siendo elevado. Es más, en cuatro países de África Subsahariana (Benin, Chad, Malí y Uganda) el nivel de necesidades no atendidas aumentó.

48. Aunque por lo general el nivel de necesidades no atendidas ha disminuido, en la mayoría de los países ha aumentado la demanda total de servicios de planificación familiar, definida como la suma de las necesidades no atendidas y la tasa actual de uso de anticonceptivos. El ritmo de aumento ha sido particularmente rápido en los países de Asia Oriental y Asia Centromeridional, donde el aumento promedio anual ha sido de 1 punto porcentual. En comparación, el aumento en África Subsahariana ha sido moderado, con 0,6 puntos porcentuales por año, aunque se han registrado rápidas subidas de la demanda en determinados países de la región, como Mozambique, Namibia, Uganda y Zambia donde la demanda aumentó más de 1,5 puntos porcentuales por año. No obstante, la demanda total de servicios de planificación familiar en África Subsahariana, que es inferior al 50%, sigue siendo baja, especialmente en comparación con la registrada en África Septentrional (65%),

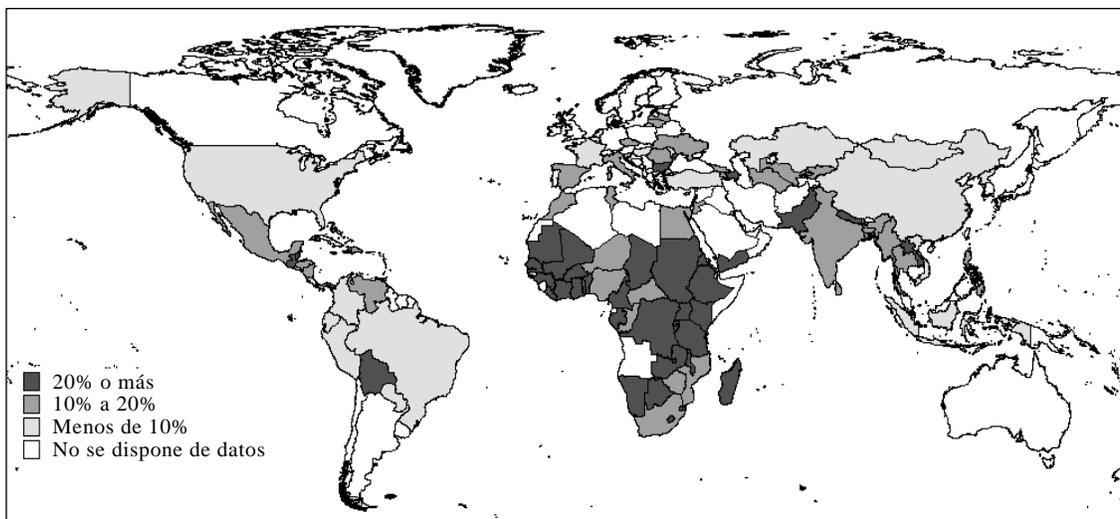
Asia (75%), y América Latina y el Caribe (80%). Por otro lado, en el 79% de los 36 países de África Subsahariana sobre los que se dispone de datos, el 59% o más de las necesidades no atendidas en materia de planificación familiar estaba relacionado con el deseo de la mujer de retrasar el siguiente embarazo y no con su deseo de no tener más hijos. Por el contrario, la mayoría de las necesidades no atendidas en los otros 44 países en desarrollo estaba relacionada con el deseo de la mujer de no tener más hijos. Tan sólo en cuatro países fuera de África Subsahariana (Albania, Guatemala, República Dominicana y Timor-Leste) el 55% o más de las necesidades no atendidas estaba relacionado con el deseo de la mujer de retrasar el siguiente embarazo.

49. Durante la transición de una tasa de fecundidad elevada a una tasa baja, las necesidades no atendidas de servicios de planificación familiar son pocas al principio, cuando las familias numerosas son la norma, pero aumentan a medida que la tasa de fecundidad va disminuyendo y vuelven a caer una vez que se alcanza una tasa de fecundidad baja. Teniendo en cuenta que la tasa de fecundidad ha comenzado a disminuir en la mayoría de los países que van rezagados en la transición, es probable que los países con una tasa de fecundidad elevada tengan un alto nivel de necesidades no atendidas. Los datos disponibles corroboran esa hipótesis: entre los 28 países sobre los que se dispone de información correspondiente a 2000 o después acerca de las necesidades no atendidas y en los que la tasa de fecundidad era de al menos 4 hijos por mujer, el 82% tenía un nivel de necesidades no atendidas superior al 20%. Si se atendieran las necesidades de servicios de planificación familiar en esos países se aceleraría la transición hacia una tasa de fecundidad menor.

50. Las mujeres se enfrentan a diversos obstáculos para poder satisfacer las necesidades no atendidas de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, en Benin, Burkina Faso, Etiopía, Malí, Mozambique, Nepal, el Perú y Uganda, entre el 10% y el 19% de las mujeres con necesidades no atendidas mencionó que la principal razón para no utilizar anticonceptivos era la falta de servicios o las dificultades para acceder a ellos. Entre el 10% y el 15% de las mujeres con necesidades no atendidas de siete países africanos y de Bolivia declaró que la falta de conocimientos y de información sobre los métodos de planificación familiar era otra causa habitual por la que no los usaban. Un porcentaje menor de mujeres (el 12% en Burkina Faso fue el nivel más alto) mencionó como motivo el elevado costo de los anticonceptivos.

51. La labor de los gobiernos para asegurar el acceso a servicios de planificación familiar y a métodos anticonceptivos modernos ha sido un factor determinante del comportamiento reproductivo. Ese apoyo ha ido en constante aumento en los países en desarrollo. En 2007, el 86% de los países en desarrollo proporcionaba apoyo directo para la planificación familiar, comparado con el 82% en 1996¹³. El apoyo directo consiste en la prestación de servicios en establecimientos gubernamentales, como hospitales, clínicas y centros de salud, o por empleados gubernamentales sobre el terreno. En los países desarrollados, donde suele ser común la preocupación por la baja tasa de fecundidad, el apoyo directo para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos modernos ha disminuido. En 2007, el 39% de los gobiernos de los países desarrollados proporcionaba ese tipo de apoyo, comparado con el 58% en 1996.

Gráfico V
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que están casadas o viven en pareja y que tienen necesidades no atendidas de servicios de planificación familiar



Fuente: *World Contraceptive Use 2007* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.08.XIII.6).

V. Promoción de la igualdad entre los géneros y del empoderamiento de la mujer

52. Tanto en el Programa de Acción como en la Declaración del Milenio se hace un llamamiento en favor de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, reconociendo que ambos son esenciales para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y lograr el desarrollo sostenible. En el Programa de Acción se propone la adopción de una serie de medidas amplias para mejorar la situación de la mujer, haciendo hincapié en la importancia de la participación igual y la representación equitativa de la mujer en todos los niveles del proceso político; aumentar la capacidad de la mujer para obtener ingresos en distintas ocupaciones a fin de lograr su autonomía económica; asegurar la igualdad de acceso de la mujer al mercado de trabajo y a los sistemas de seguridad social; y asegurar la igualdad de derechos de la mujer para adquirir, poseer y vender bienes y tierras, obtener créditos y negociar contratos en nombre propio, y ejercer sus derechos jurídicos de herencia (párrs. 4.4 y 4.6).

53. En el Programa de Acción también se señala que la educación es uno de los medios más importantes para habilitar a la mujer con los conocimientos y las aptitudes que necesita para participar plenamente en el proceso de desarrollo (párr. 4.2) y se insta a los gobiernos a que garanticen el acceso universal y lo más pronto posible de las niñas y las adolescentes a la enseñanza secundaria y superior y a la formación profesional y técnica, con miras a eliminar para el año 2005 la disparidad entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria (párr. 11.8), en consonancia con la meta fijada en el contexto del tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio de eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria

para el año 2015. Se ha avanzado considerablemente en la eliminación de esas desigualdades. Entre 2000 y 2006, la tasa de matriculación de las niñas en la enseñanza primaria aumentó más que la de los niños en todas las regiones en desarrollo, y en dos tercios de los países en desarrollo se alcanzó la igualdad entre los géneros en la enseñanza primaria. Sin embargo, las niñas siguen representando el 55% de los niños no escolarizados en los países en desarrollo, y en África Septentrional, África Subsahariana, Oceanía y Asia Occidental la tasa de matriculación de las niñas en la enseñanza primaria todavía es muy inferior a la de los niños⁴¹. Esas diferencias son aún mayores en el caso de la enseñanza secundaria: en esas cuatro regiones, la tasa de matriculación de las niñas en la enseñanza secundaria en comparación con la de los niños oscila entre el 80% y el 88%, muy por debajo de la meta fijada del 100%.

54. El retraso del matrimonio y de la maternidad es importante para asegurar que las niñas y adolescentes sigan en la escuela el mayor tiempo posible y adquieran las aptitudes que necesitan para mejorar sus perspectivas en el mercado de trabajo. A ese respecto, en un estudio realizado en América Latina y el Caribe se comprobó que se podía aumentar considerablemente la matrícula de muchachas adolescentes en la enseñanza secundaria si se evitaba el abandono de los estudios como consecuencia de los embarazos⁴². La reducción de la tasa de fecundidad entre las adolescentes es uno de los principales objetivos de los gobiernos: de los 185 que se pronunciaron al respecto, el 91% manifestó su preocupación por la elevada tasa de fecundidad entre las adolescentes, entre ellos, prácticamente todos los gobiernos de los países de América Latina y el Caribe y la mayoría de los países de África. Además, el 80% ya tenía políticas o programas para afrontar la cuestión de la fecundidad entre las adolescentes. Pese a ese compromiso, los países en desarrollo no han podido mantener después de 2000 el ritmo de reducción de la tasa de fecundidad entre las adolescentes que consiguieron entre 1990 y 2000, que sigue siendo elevada en muchas regiones en desarrollo, especialmente en África Subsahariana (119 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años), América Latina y el Caribe (73), Oceanía (63), Asia Meridional (54) y Asia Occidental (50). De hecho, incluso en las regiones en que la tasa de fecundidad general es baja, la tasa de fecundidad entre las adolescentes no se ha reducido en la misma medida, en parte debido al matrimonio precoz y a las barreras a que se enfrentan las jóvenes para tener acceso a los servicios de planificación familiar.

55. En el Programa de Acción se reconoce que es esencial que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud reproductiva asequibles, aceptables y convenientes para que puedan asumir el control de su vida reproductiva y programar sus embarazos en función de sus planes familiares, educacionales y laborales. La realización de los derechos reproductivos de la mujer es esencial por lo tanto para su empoderamiento. De ahí que en el Programa de Acción se haga hincapié en que se debe “velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación” (párr. 7.36 b)). También se hace hincapié en la parte de responsabilidad del hombre y se promueve la participación activa de los hombres en la paternidad responsable; el comportamiento sexual y reproductivo; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de los

⁴¹ *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008* (Nueva York, Naciones Unidas, 2008).

⁴² Parfait Eloundou-Enyegue y C. Shannon Stokes, “Teen pregnancy and gender inequality in education: A contextual hypothesis”, *Demographic Research*, vol. 11, 2004.

embarazos no deseados y de alto riesgo; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la participación y la contribución al ingreso familiar, la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor (párr. 4.27). Por consiguiente, para aplicar plenamente el Programa de Acción es necesario asegurar, por un lado, el empoderamiento de la mujer en todas las esferas de la vida y, por otro, una mayor participación del hombre en el ejercicio de los derechos y las responsabilidades relacionados con la procreación.

56. Un aspecto relacionado con esos objetivos es que se debe aplicar una política de tolerancia cero de la violencia basada en el género, que pone en peligro la salud y la vida de la mujer. Los costos sociales y económicos de la violencia contra la mujer son enormes. La violencia de género es más común en las sociedades en que existen normas de género que limitan la autonomía de la mujer y en que las mujeres están sometidas a leyes restrictivas en materia de divorcio y posesión y herencia de propiedades. La violencia contra la mujer va asociada a una mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y de tener embarazos no previstos y problemas relacionados con el embarazo, como el aborto o el alumbramiento de niños muertos o con bajo peso. Las mujeres víctimas de maltrato pierden confianza en sí mismas y sus oportunidades educativas y laborales se reducen. Por ello, al eliminar la violencia basada en el género no sólo se evitan las consecuencias negativas para la salud de las mujeres y los niños sino que también se mejoran sus posibilidades educativas y de participación en la fuerza laboral.

VI. Protección de la sostenibilidad ambiental

57. En el siglo XX, la población mundial se cuadruplicó y la población urbana se multiplicó por 13. Ese rápido crecimiento demográfico y su redistribución coincidieron con la multiplicación por 14 de la producción total, la duplicación de las tierras de cultivo, la quintuplicación de la superficie irrigada, la multiplicación por nueve del consumo de agua y la multiplicación por 13 del consumo de energía⁴³, un conjunto de factores que está teniendo efectos sin precedentes en el medio ambiente, como el cambio climático, la degradación de la tierra y la pérdida de biodiversidad⁴⁴. Aunque el crecimiento demográfico es sólo uno de los factores causantes de los cambios que se están experimentando, la ralentización del crecimiento demográfico permitiría ganar tiempo para adaptarse a esos cambios y, sobre todo en los países de bajos ingresos, reduciría la necesidad de adoptar medidas para mitigar sus efectos negativos. La reducción del crecimiento demográfico también es un medio de asegurar que, tal como se pide en el Programa de Acción, se puedan satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (párrs. 3.3 y 3.4 a)).

⁴³ Peter Marcotullio, "Socio-ecological systems and urban environmental transitions in the Asia-Pacific region", documento presentado en la Reunión del Grupo de Expertos de las Naciones Unidas sobre distribución de la población, urbanización, migración interna y desarrollo, celebrada en Nueva York del 21 al 23 de enero de 2008.

⁴⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, *Perspectivas del Medio Ambiente Mundial: medio ambiente para el desarrollo* (GEO-4), 2007.

58. La utilización de los recursos naturales y el acceso a la energía son factores esenciales para el desarrollo, pero sus productos secundarios son dañinos para el medio ambiente. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) ha llegado a la conclusión de que el aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero, y en particular las de dióxido de carbono (CO₂), es la causa del cambio climático. Hasta hace poco, los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) generaban la mayor parte de las emisiones de CO₂, pero alrededor de 2005 las emisiones de los países no pertenecientes a la OCDE superaron las de los países de la OCDE y se espera que siga siendo así debido al rápido crecimiento económico de las economías emergentes y al más rápido crecimiento demográfico en los países no pertenecientes a la OCDE⁴⁵. No obstante, la relación entre el crecimiento demográfico y el aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero es compleja y las hipótesis sobre el nivel de emisiones en el futuro no permiten medir los efectos de la dinámica de la población con independencia de los cambios económicos y tecnológicos. Además, el cambio de las estructuras de edad de la población, el aumento de la urbanización y los cambios en el tamaño de las familias también tienen efectos sobre las emisiones⁴⁶.

59. El mantenimiento de un acceso adecuado a servicios de abastecimiento de agua para una población en aumento es motivo de gran preocupación. Hoy en día, 2.800 millones de personas viven en cuencas fluviales que sufren algún tipo de escasez de agua⁴¹ y en todos los continentes hay regiones donde escasea el agua. Otros 1.600 millones de personas viven en zonas donde la falta de capital humano, institucional o financiero limita el acceso al agua, sobre todo en gran parte de Asia Meridional y África Subsahariana. Aunque 1.600 millones de personas han conseguido acceso al abastecimiento de agua potable desde 1990, en África Subsahariana sólo el 58% de la población tiene acceso y el lento progreso realizado hasta la fecha indica que esa región no alcanzará la meta de reducir a la mitad para el año 2015 la proporción de personas sin acceso a agua potable (séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio). En Asia Oriental, otros 400 millones de personas han obtenido acceso a mejores fuentes de agua potable desde 1990 y todas las regiones de Asia van camino de alcanzar esa meta del séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio. No obstante, durante el período de 1955 a 1990, la disponibilidad de agua potable per cápita en la región de Asia disminuyó entre un 40% y un 60%, y es muy probable que la mayoría de los países asiáticos sufra escasez de agua para 2025⁴⁷. Teniendo en cuenta que el crecimiento demográfico aumenta la demanda de agua en todos los sectores de la economía, incluida la agricultura, si se controla ese crecimiento será más fácil conservar agua y realizar las inversiones necesarias para asegurar el acceso a ella, y además se ganará tiempo para la adaptación a las condiciones futuras.

60. En 2008 el número de habitantes de las zonas urbanas superó el de las zonas rurales y se prevé que, en el futuro, el crecimiento demográfico estará concentrado principalmente en las zonas urbanas de los países en desarrollo. En la mayoría de

⁴⁵ Banco Mundial, "Development and Climate Change: A Strategic Framework for the World Bank Group", proyecto de documento de consulta, 2008.

⁴⁶ Brian C. O'Neill, "The role of demographics in emissions scenarios", informe de la reunión de expertos en hipótesis relativas a las emisiones del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, 12 a 14 de enero de 2005, Washington, D.C.

⁴⁷ Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, Documento técnico VI, 2008.

los países en desarrollo, los habitantes de las ciudades tienen mejor acceso a los servicios que los habitantes de las zonas rurales, por lo que la migración desde el campo a la ciudad es un medio de obtener el acceso a esos servicios. No obstante, el rápido crecimiento de los asentamientos urbanos en algunos países ha puesto a prueba la capacidad de los gobiernos para prestar servicios adecuados a todos los habitantes de los núcleos urbanos y el número de residentes en barrios marginales sigue siendo elevado, unos 840 millones de personas, lo que equivale al 37% de la población urbana de los países en desarrollo⁴⁸. Nueve de cada diez habitantes de los barrios marginales carecen de servicios de saneamiento adecuados o viven en condiciones de hacinamiento. El mejoramiento del acceso a los servicios de saneamiento es una intervención de bajo costo que puede mejorar la calidad de vida y la salud de millones de personas. Desde 1990, otros 1.100 millones de personas han obtenido acceso a mejores instalaciones sanitarias en los países en desarrollo, pero esa cobertura debe ampliarse a otros 1.600 millones para el año 2015 si se quiere alcanzar la meta de reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a servicios de saneamiento (séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio)⁴¹. En las zonas urbanas, el mejoramiento de los servicios de saneamiento no ha avanzado al mismo ritmo que el crecimiento de la población, en particular en África Subsahariana. Con todo, a nivel mundial, el 70% de las personas que carecen de acceso a servicios de saneamiento mejorados vive en zonas rurales. Por consiguiente, tal como se recomienda en el Programa de Acción, “si bien en muchos países en desarrollo es esencial mejorar de manera muy considerable las estrategias relacionadas con la infraestructura y el medio ambiente en las zonas urbanas para proporcionar un medio ambiente saludable a los habitantes de esas zonas, también habría que llevar a cabo actividades similares en las zonas rurales” (párr. 9.4).

VII. Alianza mundial para el desarrollo

61. En el Programa de Acción se prevé la necesidad de movilizar recursos financieros adicionales, tanto de fuentes nacionales como de los donantes, para poder ejecutar programas relacionados con la población que respondan a las recomendaciones básicas. En particular, se necesitaría financiación para los cuatro componentes de los programas de población que figuran a continuación: a) los servicios de planificación familiar; b) los servicios básicos de salud reproductiva para mejorar la salud materna; c) la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; y d) la investigación básica y la reunión de datos sobre población y desarrollo, incluido el fomento de la capacidad (párr. 13.14). Se facilitaron estimaciones del costo que supondría la ejecución de programas centrados en esos cuatro componentes en los países en desarrollo y con economías en transición (párr. 13.15) y se calculó que dos terceras partes del costo serían sufragadas por los propios países y una tercera parte con cargo a fuentes externas.

62. El gasto de los países en actividades de población ha aumentado recientemente en todas las regiones, y en 2006 se situó en 23.000 millones de dólares. Alrededor del 30% del gasto total de los países se dedica a la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA⁴⁹, aunque en África Subsahariana el 88% del gasto de los países se dedica a los programas relacionados

⁴⁸ Véase E/CN.9/2008/3, párr. 54.

⁴⁹ Véase E/CN.9/2008/5, párr. 22.

con el VIH/SIDA. La asistencia de los donantes para actividades de población aumentó considerablemente después de 2001, tras un período de crecimiento nulo que había comenzado en 1995. No obstante, el aumento de la financiación de los donantes se debe principalmente al aumento de las consignaciones para el tratamiento del SIDA, mientras que el apoyo de los donantes a los servicios de planificación familiar ha disminuido. Entre 1996 y 2005, el nivel de asistencia per cápita de los donantes para programas de planificación familiar disminuyó un 80% en África Subsahariana, un 70% en América Latina y el Caribe, casi un 65% en África Septentrional y Asia Occidental, y un 47% en Asia y el Pacífico (véase el gráfico VI).

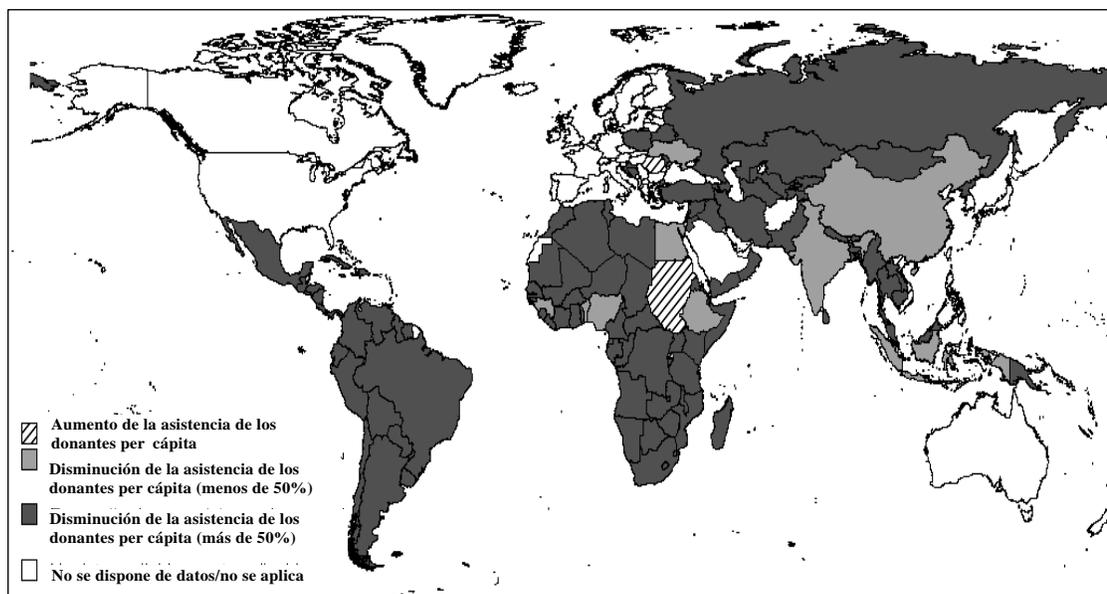
63. Las inversiones en programas de planificación familiar que permitan a la mujer controlar el número de hijos que desea tener y espaciar su nacimiento contribuyen a la reducción de la tasa de fecundidad y son eficaces en función de los costos. La prestación de un conjunto de servicios mínimos de atención de la salud cuesta 45 dólares por persona y año, una cifra que supera con mucho el gasto actual en servicios de salud de la mayoría de los países de bajos ingresos⁵⁰. Si se redujera la fecundidad para 2015 a los niveles previstos en la variante baja de las proyecciones de las Naciones Unidas, la población de los países menos adelantados en 2015 sería de 21 millones menos que si se utiliza la variante media⁵¹, lo que significaría un ahorro de casi 1.000 millones de dólares por año para 2015.

64. Aunque recientemente se han recibido nuevas promesas de financiación para servicios de planificación familiar, el nivel de financiación no ha crecido al mismo ritmo que la demanda, especialmente en los países de bajos ingresos, lo que pone en peligro no sólo el acceso universal a la salud reproductiva sino también el logro de todos los demás objetivos relacionados con la salud, el género y la educación que dependen de la consecución de esa meta.

⁵⁰ Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, "Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health", *The Lancet*, vol. 371, 2008.

⁵¹ La única diferencia entre las variantes media y baja es la tasa de fecundidad prevista. Las proyecciones de la tasa de fecundidad para los países menos adelantados en 2015 son de 3,69 en la variante baja y de 4,15 en la variante media, lo que supone una diferencia de 0,46 hijos por mujer.

Gráfico VI
Variación porcentual en la asistencia aportada por los donantes a los programas de planificación familiar para mujeres de 15 a 49 años, 1996 a 2006



VIII. Conclusiones y recomendaciones

65. La plena aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo puede contribuir significativamente al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente. Quince años después de su aprobación, las lagunas en su aplicación son particularmente abundantes en los países menos adelantados y en la mayoría de los países de África Subsahariana y han impedido el progreso hacia el logro de objetivos de desarrollo cruciales, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desde el decenio de 1970, las políticas de los gobiernos respaldadas por el apoyo de los donantes han logrado evitar una “explosión demográfica”, aunque la tasa de crecimiento demográfico sigue siendo elevada en muchos países de bajos ingresos. Esa elevada tasa de crecimiento demográfico, resultante de una tasa de fecundidad elevada sostenida, impone demandas cada vez mayores sobre los recursos existentes y reduce la capacidad de los gobiernos para responder a nuevos retos.

66. La reducción de la tasa de fecundidad hace que disminuya la proporción de personas a cargo en la población, creando una situación en que el cambio demográfico puede estimular el crecimiento económico si va acompañado de medidas para mejorar el capital humano, generar puestos de trabajo, aumentar el ahorro y mejorar la distribución de los ingresos. La reducción de la fecundidad también contribuye a la reducción de la pobreza y el hambre, tanto a nivel nacional como en las propias familias. Las familias que tienen menos hijos pueden invertir más recursos en la salud, la nutrición y la educación de cada uno de ellos. La información disponible sobre la transferencia intergeneracional pone de manifiesto que los países con menor fecundidad gastan considerablemente más en la salud y educación de los niños que los

países con mayores tasas de fecundidad. La reducción del número de hijos facilita el logro del objetivo de la educación primaria universal.

67. La elevada fecundidad está asociada con la persistencia de la pobreza en los países, ya que los grupos de bajos ingresos tienen en general un mayor crecimiento natural que los grupos de altos ingresos. En consecuencia, la reducción de la fecundidad entre los hogares pobres puede contribuir a reducir la pobreza, tanto directa como indirectamente. Una elevada fecundidad entre los pobres puede contribuir a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

68. Las políticas para hacer frente a los efectos de las variaciones bruscas en el precio de los alimentos, deberían dar prioridad a la protección inmediata de los más vulnerables, en especial las mujeres y los niños. Las respuestas a más largo plazo deben tener en cuenta políticas de población como parte de una respuesta coordinada para promover medios de vida sostenibles para todos al ayudar a las familias a evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza.

69. Pese a los progresos realizados en la facilitación del acceso a métodos anticonceptivos modernos para las personas que los necesitan, se calcula que en los países en desarrollo 106 millones de mujeres casadas siguen teniendo necesidades no atendidas de servicios de planificación familiar. La atención de esas necesidades puede contribuir a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, combatir el VIH/SIDA, y reducir la pobreza. Sin embargo, la financiación de los servicios de planificación familiar no ha crecido al mismo ritmo que la demanda. Entre 1996 y 2005, la asistencia per cápita aportada por los donantes para programas de planificación familiar disminuyó en la mayoría de las regiones. En África Subsahariana, la elevada prevalencia del VIH/SIDA ha hecho que la mayor parte del gasto de los países en programas de planificación familiar se haya dedicado al tratamiento del SIDA. Hay que aumentar considerablemente la financiación, tanto externa como de los propios países, destinada a las actividades de planificación familiar con el fin de poder alcanzar el objetivo del acceso universal a la salud reproductiva para 2015.

70. Los partos y embarazos demasiado seguidos en adolescentes y mujeres de edad avanzada aumentan el riesgo de mortalidad infantil. Con el fin de acelerar la reducción de la mortalidad infantil, en particular en los países de ingresos bajos con tasas de fecundidad elevadas, es imprescindible ampliar el acceso a servicios de planificación familiar y redoblar los esfuerzos para aumentar las intervenciones encaminadas a mejorar la salud de los niños con el fin de asegurar el cumplimiento del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

71. La reducción de la mortalidad materna depende del acceso de la mujer a atención prenatal durante el embarazo, a comadronas capacitadas durante el parto y a atención obstétrica de emergencia en caso de que surjan complicaciones. La facilitación del acceso a servicios de planificación familiar que permitan a la mujer evitar embarazos imprevistos e indeseados reduce el riesgo de mortalidad materna. Además, al reducir el número de embarazos se reduce también el costo total de la prestación de servicios a las madres para asegurar una maternidad sin riesgos.

72. Los servicios de atención prenatal y planificación familiar deben incluir información y asesoramiento sobre VIH/SIDA y la realización de pruebas

voluntarias para identificar a las mujeres que necesitan tratamiento y evitar la transmisión del VIH de la madre al hijo. Los servicios de planificación familiar permiten a las madres seropositivas evitar los embarazos no deseados, por lo que contribuyen a la reducción de la prevalencia del VIH entre los niños.

73. En los países en que la malaria es endémica, la atención prenatal debe incluir la aplicación intermitente de tratamiento contra la malaria a las embarazadas y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas. A mediano plazo, el mejoramiento del acceso a servicios de planificación familiar puede reducir el costo del control de la malaria al reducir el número de personas en situación de riesgo.

74. El logro de la igualdad entre los géneros, la equidad y el empoderamiento de la mujer es importante para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y asegurar un desarrollo sostenible. La educación es un medio crucial para habilitar a la mujer con los conocimientos, las aptitudes y la confianza en sí misma que necesita para participar plenamente en el proceso de desarrollo. El retraso del matrimonio y la maternidad contribuye a que las niñas y las mujeres jóvenes sigan en la escuela y adquieran las aptitudes que necesitan para mejorar sus perspectivas en el mercado de trabajo. La tasa de matriculación de las muchachas adolescentes en los centros de enseñanza secundaria aumentaría si se evitara su abandono de los estudios como consecuencia del embarazo.

75. Aunque la relación entre el crecimiento demográfico y el aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero es compleja y todavía no es posible medir los efectos de la dinámica de la población independientemente de otros cambios económicos y tecnológicos, la reducción del crecimiento demográfico permitiría ganar tiempo para adaptarse a esos cambios y, sobre todo en los países de bajos ingresos, reduciría la necesidad de adoptar medidas para mitigar sus efectos negativos.

76. El mantenimiento de un acceso adecuado a servicios de abastecimiento de agua para una población mundial en aumento es un reto importante. Teniendo en cuenta que el crecimiento demográfico aumenta la demanda de agua en todos los sectores de la economía, incluida la agricultura, si se controla ese crecimiento será más fácil conservar agua, realizar las inversiones necesarias para ampliar el acceso al agua y aumentar la cobertura del saneamiento a fin de cumplir las metas establecidas en el séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio.

77. La población actual de Asia es sólo ligeramente superior a los 4.000 millones de personas, en vez de superar la cifra de 6.000 millones que se hubiera alcanzado si la tasa de fecundidad se hubiera mantenido constante en los niveles del decenio de 1970, debido a que el 68% de las mujeres asiáticas de 15 a 49 años y que están casadas o viven en pareja utilizan algún método anticonceptivo. Por el contrario, en África Subsahariana la prevalencia del uso de anticonceptivos es sólo del 22% y ni siquiera se ha alcanzado la modesta meta del 31% prevista en 1994, que se utilizó como base para calcular el nivel de financiación necesario para poder alcanzar las metas y los objetivos establecidos en el Programa de Acción. Esas disparidades en la aplicación dificultan el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Apenas faltan seis años para que se cumpla el plazo fijado para su cumplimiento, por lo que se debería dar prioridad a la reducción de esas lagunas en la aplicación.