



Asamblea General

Distr. general
12 de febrero de 2014
Español
Original: inglés

Sexagésimo noveno período de sesiones

Tema 13 b) de la lista preliminar**

Aplicación y seguimiento integrados y coordinados de los resultados de las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en las esferas económica y social y esferas conexas: seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha preparado en cumplimiento de la resolución 65/234 de la Asamblea General, en la que la Asamblea, para hacer frente a los retos nuevos pertinentes para la población y el desarrollo y al cambiante entorno en el ámbito del desarrollo y reforzar la integración del quehacer relativo a la población y el desarrollo en los procesos mundiales relacionados con el desarrollo, solicitó que se realizara un examen operacional de la ejecución del Programa de Acción sobre la base de datos de la máxima calidad y de un análisis del estado de la población y el desarrollo, teniendo en cuenta la necesidad de aplicar un enfoque sistemático, amplio e integrado a las cuestiones relativas a la población y el desarrollo.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, aprobado en 1994, fue el fruto del extraordinario consenso de 179 gobiernos de que los derechos humanos y la dignidad de las personas, incluidos la igualdad de derechos de las mujeres y las niñas y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, son un requisito indispensable para el desarrollo sostenible, y estableció objetivos y medidas para acelerar el progreso en ese sentido de cara a 2015. Los avances logrados en los 20 años transcurridos desde entonces

* Publicado nuevamente por razones técnicas el 28 de julio de 2014.

** A/69/50.



han sido formidables: incluyen avances en la igualdad de la mujer, la salud y la esperanza de vida de la población, el nivel educativo y los sistemas de protección de los derechos humanos, y se estima que en estos años se ha reducido en 1.000 millones el número de personas que viven en la pobreza extrema. Los temores en cuanto al crecimiento demográfico, que ya estaban aplacándose en 1994, han seguido calmándose, y el aumento de la capacidad humana y de las oportunidades, especialmente con respecto a las mujeres, que ha propiciado el desarrollo económico, ha venido acompañado de un descenso continuo de la tasa de crecimiento demográfico, que ha pasado del 1,52% anual en el quinquenio de 1990 a 1995 al 1,15% en el quinquenio de 2010 a 2015. Hoy en día, las trayectorias demográficas nacionales son más dispares que en 1994: mientras que los países ricos de Europa, Asia y América ven cómo su población envejece rápidamente, África y algunos países de Asia se preparan para la mayor cohorte de jóvenes jamás registrada en el mundo; y los 49 países más pobres, sobre todo en el África Subsahariana, siguen presentando tasas de fecundidad y de mortalidad prematura elevadas.

Nuestro mayor reto común radica en que nuestros logros, evidenciados en unos niveles sin precedentes de consumo humano y de extracción de los recursos del planeta, están distribuidos de una forma cada vez menos equitativa, lo que hace peligrar el desarrollo inclusivo, el medio ambiente y nuestro futuro común.

Los datos de que disponemos en 2014 corroboran rotundamente el consenso de la Conferencia Internacional de que el respeto, la protección, la promoción y el ejercicio efectivo de los derechos humanos son requisitos indispensables para mejorar la dignidad y el bienestar de las mujeres y las adolescentes y para empoderarlas para que ejerzan sus derechos reproductivos, y de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el conocimiento de las implicaciones de la dinámica demográfica son fundamentales para el desarrollo sostenible. Salvaguardar los derechos de los jóvenes e invertir para que reciban una educación de calidad, tengan oportunidades de empleo dignas, desarrollen verdaderas aptitudes para la subsistencia y tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a una educación sexual integral contribuirá a aumentar la resiliencia de los jóvenes y a crear las condiciones para que puedan desarrollar su pleno potencial.

El camino hacia la sostenibilidad, perfilado en el presente marco, exige un mejor liderazgo y una mayor innovación para dar respuesta a diversas necesidades críticas: hacer extensivos los derechos humanos a todas las personas y protegerlas de la discriminación y la violencia para que todas las personas puedan contribuir al desarrollo y beneficiarse de él; invertir en el potencial y la creatividad de los jóvenes del mundo a fin de asegurar el crecimiento y la innovación futuros; reforzar los sistemas de salud para proporcionar acceso universal a la salud sexual y reproductiva, de manera que todas las mujeres puedan prosperar y todos los niños puedan crecer en un entorno propicio; crear ciudades sostenibles que enriquezcan la vida tanto urbana como rural; y transformar la economía mundial en una economía capaz de sustentar el futuro del planeta y asegurar un futuro común de dignidad y bienestar para todas las personas.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción: un nuevo marco de población y desarrollo después de 2014	8
A. Realización de los derechos humanos	18
B. Metodología, fuentes de datos y estructura del informe	21
II. Dignidad y derechos humanos	25
A. Las múltiples dimensiones de la pobreza	26
B. Empoderamiento de las mujeres e igualdad entre los géneros	32
C. Adolescentes y jóvenes	56
D. Las personas de edad	78
E. Personas con discapacidad	90
F. Pueblos indígenas	94
G. La no discriminación se aplica a todas las personas	98
H. El coste social de la discriminación	106
I. Dignidad y derechos humanos: principales esferas de acción	110
III. Salud	112
A. Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos	113
B. Supervivencia infantil	114
C. Salud y derechos sexuales y reproductivos	116
D. Salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y atención de su salud durante toda la vida	122
E. Enfermedades no transmisibles	179
F. Cambio de patrones en la esperanza de vida	182
G. Programa inconcluso de fortalecimiento de los sistemas de salud	184
H. Salud: principales esferas de acción	202
IV. Lugar y movilidad	206
A. Cambios en la estructura de los hogares	207
B. Migración interna y urbanización	216
C. Migración internacional	229
D. Inseguridad del lugar	237
E. Lugar y movilidad: principales esferas de acción	248

V.	Gobernanza y rendición de cuentas	249
A.	Establecimiento de instituciones de gobierno relacionadas con el Programa de Acción	252
B.	Refuerzo del sector del conocimiento relacionado con el Programa de Acción	257
C.	Creación de entornos jurídicos y normativos que propicien la participación y la rendición de cuentas	269
D.	Colaboración, asociación y coherencia	276
E.	Corrientes de recursos financieros	284
F.	Marco de supervisión después de 2014	288
G.	Gobernanza y responsabilidad: principales ámbitos de acción	289
VI.	Sostenibilidad	291
A.	Heterogeneidad de las dinámicas demográficas	291
B.	Concausas y peligros del cambio climático	294
C.	Costo de la desigualdad para el logro del desarrollo sostenible	298
D.	Vías de sostenibilidad: la población y el desarrollo después de 2014	300
E.	Después de 2014	307

Lista de cuadros

1.	Indicadores del aborto legal en lugares donde se dispone de información relativamente completa, 2001-2006	150
2.	Déficits críticos estimados de médicos, enfermeras y parteras por región en 2006 ...	186
3.	Tendencias y proyecciones de la población urbana-rural por grupo de desarrollo, 1950 a 2050	218
4.	Evaluaciones de la situación realizadas, por tema, región y cobertura	266
5.	Porcentaje de gobiernos que se ocupan de la participación en la actividad normativa, por grupos de población	273
6.	Estimaciones del gasto interno a nivel mundial correspondiente a los cuatro componentes del Plan de Acción, 2011	287

Lista de gráficos

1.	Pilares temáticos de la población y el desarrollo	15
2.	Pirámide de la riqueza mundial	29
3.	Distribución de los incrementos absolutos a nivel mundial por ventiles de ingresos de la población, 1988-2008	30
4.	Proporción de personas que trabajaban por cuenta propia y personas que trabajaban en negocios familiares en relación con el empleo total de la región, 1991-2012	35
5.	Apoyo a la igualdad entre los géneros en lo que respecta a la enseñanza universitaria, los ejecutivos de empresas y los dirigentes políticos y la igualdad de derechos de las mujeres al empleo por regiones, 2004-2009	40

6.	Tendencias en las actitudes de los hombres hacia el “maltrato de la esposa”	46
7.	Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a mutilación/ablación genital femenina, por país	52
8.	Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años), en todo el mundo y por región, 1950-2050.	57
9.	Tasa de fecundidad de las adolescentes y tasa neta de matriculación de las mujeres en la enseñanza secundaria, por región, 2005-2010.	65
10.	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, por región, 1999-2009	68
11.	Tasas de finalización de la enseñanza primaria, por región y género, 1999-2009.	70
12.	Tasa de empleo de los jóvenes, por región, 1991-2011	75
13.	Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad (mayores de 60 años), en todo el mundo y por región, 1950-2050.	79
14.	Participación en la fuerza laboral de las personas de edad como proporción del total de la población mayor de 65 años, por región, 1980-2009	86
15.	Participación en la fuerza de trabajo mundial de las personas mayores de 65 años por sexo, 1980-2020	87
16.	Intolerancia pública a determinados grupos de población por regiones, 2004-2009.	105
17.	Porcentaje de gobiernos que abordan la discriminación contra los migrantes, las personas con discapacidad, las personas de edad y las niñas embarazadas	109
18.	Tasas mundiales de mortalidad de niños menores de 5 años, lactantes y recién nacidos, 1990-2010.	115
19.	Total de años de vida ajustados en función de la discapacidad asociados a trastornos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres (de todas las edades), a nivel mundial y por región, 1990-2010	117
20.	Mortalidad en los jóvenes (por cada 100.000) por causas relacionadas con la maternidad, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones	124
21.	Tendencias en el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que nunca se han casado y usaron un preservativo en su última relación sexual	127
22.	Tendencias en el porcentaje de hombres de 15 a 24 años que nunca se han casado y usaron un preservativo en su última relación sexual	128
23.	Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en África del Norte y África Occidental, por quintil de riqueza de los hogares.	137
24.	Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en África Oriental, Central y Meridional, por quintil de riqueza de los hogares	138
25.	Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en América, por quintil de riqueza de los hogares	139
26.	Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en Asia, por quintil de riqueza de los hogares	140

27. Distribución (porcentaje) de mujeres de 15 a 49 años de edad, por tipo de método anticonceptivo utilizado, destacando el predominio de un solo método en algunos países	143
28. Tasas de interrupción voluntaria del embarazo y uso de anticonceptivos orales entre mujeres en edad reproductiva, Italia, 1978-2002	147
29. Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años, estimaciones regionales ponderadas, 1995, 2003 y 2008	149
30. Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años en varios países de Europa donde existe el acceso legal al aborto, 1996 y 2003	149
31. Razón de mortalidad materna, por país, 2010	157
32. Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en América, por quintil de riqueza de los hogares	162
33. Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en Asia, por quintil de riqueza de los hogares	163
34. Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en África del Norte y África Occidental, por quintil de riqueza de los hogares	164
35. Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en África Oriental, Central y Meridional, por quintil de riqueza de los hogares	165
36. Asociación entre la cantidad de centros que ofrecen atención obstétrica de emergencia por cada 20.000 nacimientos y la mortalidad materna	167
37. Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de África, 2005	169
38. Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de Asia, 2005	169
39. Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de América Latina y el Caribe, 2005	170
40. Porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal y son sometidas a una prueba de detección de la sífilis en la primera visita, últimos datos disponibles desde 2005	173
41. Prevalencia de la obesidad en adultos de ambos sexos de 20 o más años, normalizada según la edad, 2008	180
42. Comparación de la densidad de médicos, enfermeras y parteras entre zonas urbanas y rurales en determinados países en 2005	188
43. Porcentaje de partos con asistencia de profesionales en zonas escogidas, 2000 y 2005, con proyecciones para 2015	190
44. Tendencias en la proporción de hogares unipersonales por región	209
45. Tendencias en la proporción de hogares unipersonales por grupo de edad	210
46. Edad media de la población soltera al casarse por sexo, 1970-2005	212
47. Tendencias en el porcentaje de niños (de 0 a 14 años de edad) que viven en hogares monoparentales, por región	215

48.	Distribución de la población urbana mundial por categoría de ciudades según tamaño, 1970-2025	219
49.	Migrantes internacionales por zona principal de origen y de destino, 2013	231
50.	Desplazados internos a causa de conflictos armados, violencia o violaciones de los derechos humanos, 1989-2011	245
51.	Establecimiento de instituciones competentes en materia de población, crecimiento económico continuado y desarrollo sostenido, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento	253
52.	Establecimiento de instituciones competentes en materia de adolescentes y juventud, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento	254
53.	Establecimiento de instituciones competentes en materia de igualdad de género y empoderamiento de la mujer, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento	255
54.	Establecimiento de instituciones competentes en materia de educación, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento	256
55.	Gasto de los donantes en cuatro componentes del Programa de Acción, 1997 a 2011	285

Anexo

	Marco de seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014	309
--	--	-----

I. Introducción: un nuevo marco de población y desarrollo después de 2014

1. El desarrollo es la expansión de las oportunidades y la libertad del ser humano. Esta definición es inherente al compromiso asumido por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas con respecto a los derechos humanos universales y la dignidad de todas las personas. Representa la aspiración común de gobiernos y ciudadanos de asegurar que toda persona tenga una vida libre de la miseria y del temor y disponga de oportunidades y medios sociales para desarrollar su potencial personal, participar plenamente en la sociedad y disfrutar del bienestar¹.

2. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo² fue el fruto del extraordinario consenso entre distintos países de que una mayor igualdad social, económica y política, con una definición más amplia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos³ que reforzara los derechos humanos de las mujeres y las niñas, era y sigue siendo la base para el bienestar de las personas, un menor crecimiento demográfico, el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible.

3. Los datos reunidos en el examen operacional solicitado por la Asamblea General en la resolución 65/234 corroboran rotundamente la validez de ese consenso. Entre 1990 y 2010, el porcentaje de la población total que vivía en la pobreza extrema en los países en desarrollo se redujo a la mitad (del 47% en 1990 al 22% en 2010), es decir, en unos 700 millones de personas⁴. Las mujeres lograron la paridad en la educación primaria en la mayoría de los países⁵, la mortalidad materna descendió un 47%⁶ y la

¹ A. Sen, *Development as Freedom* (Nueva York, Knopf, 1999).

² *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, núm. de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.

³ En el párrafo 7.2 del 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 disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos ...”. En el párrafo 7.4 se afirma que la ejecución del Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de la salud reproductiva, que incluye la salud sexual. Conforme a esto y al párrafo 7.3, en el que se afirma que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos y en otros documentos aprobados por consenso, la salud y los derechos sexuales y reproductivos dimanar de derechos contemplados en la definición de la salud reproductiva.

⁴ *Informe de 2013 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.13.I.9).

⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación* (París, 2012); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Marrying too Young: End Child Marriage* (Nueva York, 2012); Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011), *World Fertility Policies 2011*.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS) y cols., *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates* (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2012).

tasa de fecundidad mundial bajó un 23%⁷. No obstante, el examen pone de manifiesto también que los progresos han sido desiguales y fragmentados y que han surgido nuevos retos, realidades y oportunidades.

Avances desiguales

4. De las investigaciones se desprende que hay una correlación importante entre la educación de las niñas, un mejor estado de salud de las familias y un crecimiento más marcado del producto interno bruto (PIB)⁸. La incorporación de la mujer al sector de las manufacturas de exportación en Asia Oriental y Meridional, entre otros factores, ha sido uno de los motores clave del crecimiento económico y ha contribuido a desplazar la concentración de la riqueza mundial de Occidente a Oriente⁹. Los progresos en el nivel educativo de las niñas también contribuyen al éxito de la economía basada en el conocimiento en Asia y América Latina¹⁰.

5. Sin embargo, la adhesión y el compromiso con la igualdad entre los géneros distan de ser universales¹¹ y la mayoría de las sociedades sigue viéndose gravemente aquejada por la discriminación y la violencia por razón de género¹². Además de la discriminación que padecen las mujeres y las niñas, también continúan siendo víctimas de desigualdades las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las minorías raciales y étnicas y las personas con distinta orientación sexual o identidad de género, entre otros. A pesar de que uno de los mensajes fundamentales de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo era precisamente el derecho de todas las personas al desarrollo, el crecimiento de la clase media mundial¹³ se ha visto ensombrecido por la persistencia de las desigualdades tanto dentro de los países como entre países. Aunque se han hecho grandes progresos en cuanto a la salud y la longevidad, no benefician a todos de manera equitativa ni están al alcance de muchos.

⁷ El descenso de la tasa de fecundidad total se calculó a partir de las estimaciones puntuales correspondientes a los años 1990 y 2010 de la publicación *World Population Prospects: The 2012 Revision* (ST/ESA/SER.A/336).

⁸ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Equipo de Tareas sobre la Educación y la Igualdad entre Hombres y Mujeres, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women* (Londres, Earthscan, 2005).

⁹ Estados Unidos de América, Oficina del Director de Inteligencia Nacional, *Global Trends 2025: A Transformed World* (Washington D.C., Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos, 2008).

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.10.XVII.11). Los datos analizados se obtuvieron de la Encuesta Mundial sobre Valores (www.worldvaluessurvey.org).

¹² C. García-Moreno y cols., *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005); C. García-Moreno y cols., *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

¹³ H. Kharas, "The emerging middle class in developing countries", documento de trabajo núm. 285 del Centro de Desarrollo de la OCDE (París, OCDE Publishing, 2010); F. H. G. Ferreira y cols., *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class* (Washington D.C., Banco Mundial, 2013).

6. Pese a los considerables avances en la salud maternoinfantil y la planificación familiar de los últimos dos decenios, en 2010 murieron cada día 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto¹⁴ y se estima que en 2008 en los países en desarrollo unos 8,7 millones de mujeres de entre 15 y 24 años se sometieron a abortos en condiciones de riesgo¹⁵. Aunque la aparición de los medicamentos antirretrovirales ha evitado 6,6 millones de muertes por el VIH y el SIDA (5,5 millones de ellas en países de bajos y medianos ingresos), son demasiados los países en que los casos de nuevas infecciones siguen aumentando o han dejado de descender¹⁶. En general, cabe esperar que cada vez se produzcan menos avances como fruto de innovaciones técnicas milagrosas si no se mejoran de manera sustancial los sistemas de salud de los países pobres¹⁷, se combate la pobreza estructural y se pone coto a las violaciones de los derechos humanos.

7. Gran parte de los 1.000 millones de personas que viven en los 50 o 60 países que han caído en las “trampas del desarrollo” —la mala gobernanza, el despilfarro de la riqueza en recursos naturales, la falta de socios comerciales y los conflictos, entre otras— apenas han visto mejorar su salud y bienestar desde 1994, y algunos parecen abocados a ser cada vez más pobres mientras al resto de la población mundial parece aguardarle una vida mejor¹⁸. Precisamente en estos países, y entre la población más pobre de los países ricos¹⁹, se han registrado escasos progresos desde 1994 en lo referente a la condición de la mujer, la mortalidad materna, el matrimonio infantil y muchas otras esferas de preocupación de la Conferencia Internacional y la esperanza de vida sigue siendo inaceptablemente baja²⁰. Los riesgos que se ciernen sobre la supervivencia de las mujeres son especialmente graves en condiciones de pobreza estructural debido a la falta de acceso a los servicios de salud, en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, y la carga física extrema que suponen la producción de alimentos, el abastecimiento de agua y el trabajo no remunerado, que recae de manera desproporcionada en las mujeres pobres.

Nuevos retos, realidades y oportunidades

8. El pronunciado descenso de la fecundidad mundial desde la Conferencia Internacional ha hecho que se reduzca la tasa de crecimiento demográfico. De todos modos, debido en parte a la inercia demográfica, la población mundial superó los

¹⁴ OMS y cols., *Trends in Maternal Mortality* (véase la nota 6); Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Giving birth should not be a matter of life and death”, folleto informativo del UNFPA (diciembre de 2012), en www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-LifeandDeath.pdf.

¹⁵ I. H. Shah y E. Ahman, “Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women”, *Reproductive Health Matters*, vol. 20, núm. 39 (2012), págs. 169 a 172.

¹⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Ginebra, 2013).

¹⁷ OMS, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action* (Ginebra, 2007).

¹⁸ P. Collier, *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It* (Nueva York, Oxford University Press, 2007).

¹⁹ Paul Collier, *op. cit.*; *El estado de la población mundial 2002: población, pobreza y oportunidades* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.02.III.H.1).

²⁰ UNFPA, *Marrying too Young: End Child Marriage* (véase la nota 5); OMS y cols., *Trends in Maternal Mortality* (véase la nota 6).

7.000 millones de personas a finales de 2011 y, según las proyecciones de variante media de las Naciones Unidas en cuanto a la fecundidad, se prevé que en 2030 la población mundial será de 8.400 millones de personas²¹.

9. Actualmente, las tendencias demográficas se caracterizan por una considerable disparidad entre los diferentes países y regiones. En la mayoría de los países desarrollados y varios países en desarrollo la población está envejeciendo, con el consiguiente declive de la proporción de jóvenes y de adultos en edad de trabajar. Incluso en los países pobres el descenso de las tasas de fecundidad acabará produciendo el envejecimiento de la población y la elevada proporción de personas de edad que es ya evidente hoy en día en Europa y en los países desarrollados de Asia caracterizará a gran parte del mundo en 2050²².

10. En el extremo opuesto, únicamente se dan tasas globales de fecundidad altas (de más de 3,5 hijos por mujer) en 49 países pobres, casi todos ellos en África y Asia Meridional, que representan menos del 13% de la población mundial. Estos y otros países en desarrollo se siguen caracterizando por una proporción cada vez mayor de jóvenes y de personas en edad de trabajar, situación que en las circunstancias adecuadas —entre ellas, un descenso de la fecundidad— puede llegar a constituir una “ventaja demográfica” temporal, aunque, al mismo tiempo, va a suponer un reto para los gobiernos, que han de asegurar el acceso adecuado a la educación y el empleo²³.

11. El descenso de las tasas de fecundidad brinda a los países de bajos y medianos ingresos la oportunidad de experimentar un crecimiento económico inusualmente rápido, ya que la proporción de la población en edad de trabajar nunca antes había sido tan alta en relación con el número de niños y de personas de edad que trabajan. Si gozan de oportunidades educativas y de empleo, los jóvenes pueden contribuir a acelerar el crecimiento económico y el desarrollo. En el África Subsahariana, el grupo de población de entre 25 y 29 años de edad aumentará de forma particularmente rápida en el próximo decenio²⁴.

12. El acceso a la telefonía móvil y a Internet ha elevado las aspiraciones de los jóvenes de hoy a llevar una vida que antes ni habrían podido imaginar y ha permitido a muchos de ellos informarse sobre sus derechos humanos y sobre las desigualdades que padecen²⁵. Para sacar partido a esas aspiraciones habrá que hacer cuantiosas inversiones en educación y salud reproductiva, de manera que los jóvenes puedan postergar el momento de tener hijos y recibir la formación necesaria para tener una vida productiva larga en una nueva economía. Como además acabarán formando parte de sociedades que envejecen, les será indispensable disponer de oportunidades de adquisición permanente de conocimientos y de participación social, económica y política durante toda la vida. También tendrán que poseer las dotes necesarias para gestionar de manera responsable el planeta y el legado ambiental que heredarán.

²¹ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 7).

²² *Ibid.*

²³ *World Population Prospects: The 2012 Revision - Highlights and Advance Tables* (ESA/P/WP.228).

²⁴ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 7).

²⁵ N. Halewood y C. Kenny, “Young people and ICTs in developing countries” (Washington D.C., Banco Mundial, 2008). En www.cto.int/wp-content/themes/solid/_layout/dc/k-r/youngsub.pdf.

13. Vivimos en tiempos de una relativa paz mundial. Aunque las guerras entre naciones se han ido reduciendo drásticamente desde que terminó la guerra fría²⁶, en los dos decenios transcurridos desde 1994 las diferencias profundamente arraigadas basadas en valores religiosos y políticos se han ido haciendo cada vez más evidentes; los derechos humanos y la autonomía de las mujeres y las niñas suelen ser una piedra de toque de las diferencias ideológicas²⁷. No hay un solo país en el que las mujeres gocen de plena igualdad con el hombre en términos de capacidad política o económica y, aunque en la mayor parte de los Estados se está avanzando, por despacio que sea, hacia la igualdad entre los géneros²⁸, hay Estados en los que se están restringiendo los derechos y la autonomía de las mujeres²⁹.

14. La migración interna, respuesta habitual a la desigualdad estructural y parte integral del proceso de desarrollo, era mucho menor en 1994. En cualquier caso, más de la mitad de la población del mundo era ya urbana en 2008³⁰ y las ciudades y otros núcleos de población urbanos crecen actualmente a un ritmo estimado de 1,3 millones de personas a la semana³¹ como consecuencia del crecimiento natural y de la migración. La mayor movilidad, tanto interna como entre países, hace que vivamos en un mundo cada vez más interconectado e interdependiente. El rápido crecimiento de la población urbana es una de las transformaciones demográficas más importantes del siglo y, en este sentido, será absolutamente imprescindible que haya un liderazgo internacional, nacional y subnacional si queremos que las ciudades sean lugares de innovación, crecimiento económico y bienestar para todos sus habitantes. Si bien la creciente migración interna de jóvenes a las zonas urbanas³² conlleva avances en cuanto a la capacidad de acción, la libertad y las oportunidades, lo cierto es que los migrantes afrontan numerosas vulnerabilidades, viéndose obligados a menudo a vivir en condiciones pésimas, sin una vivienda segura, apoyo social o acceso a la justicia. La migración también conlleva oportunidades y riesgos que afectan especialmente a las mujeres jóvenes, al brindarles la posibilidad de acceder a la educación superior y al mercado de trabajo, por un lado, con la contrapartida de que la inseguridad residencial puede acarrear un mayor riesgo de ser víctimas de la violencia sexual o padecer problemas de salud reproductiva³³.

²⁶ L. Themnér y P. Wallensteen, "Armed conflicts, 1946-2012", *Journal of Peace Research*, vol. 50, núm. 4 (2013), págs. 509 a 521.

²⁷ "Religion, politics and gender equality", UNRISD Research and Policy Brief núm. 11 (Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 2011). En www.unrisd.org.

²⁸ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (véase la nota 11).

²⁹ Human Rights Watch, *World Report 2013: Events of 2012* (Nueva York, Seven Stories Press, 2013).

³⁰ *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322).

³¹ Crecimiento semanal medio estimado de la población urbana total entre 2005 y 2010; datos obtenidos de la publicación *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*.

³² M. Bell y S. Muhidin, *Cross-National Comparison of Internal Migration*, Informes sobre Desarrollo Humano, documento de investigación 2009/30 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, julio de 2009).

³³ M. Temin y cols., *Girls on the Move: Adolescent Girls and Migration in the Developing World - A Girls Count Report on Adolescent Girls* (Nueva York, Consejo de Población, 2013); A. M. Gaetano y T. Jacka, eds., *On the Move: Women and Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (Nueva York: Columbia University Press, 2004).

15. La migración internacional es uno de los aspectos esenciales de la globalización en el siglo XXI. Atraídos por mejores condiciones de vida y de trabajo y motivados por las disparidades económicas, sociales y demográficas, los conflictos y la violencia, unos 230 millones de personas —es decir, el 3% de la población mundial— viven actualmente fuera de su país de origen. Los migrantes cuyos derechos son respetados pueden vivir con dignidad y en condiciones de seguridad, lo que, a su vez, hace que puedan contribuir al bien económico y social de la sociedad que los acoge y de su país de origen en mayor medida que los migrantes explotados y marginados.

16. Por último, el crecimiento económico mundial ha traído consigo un enorme aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero. En 2013, la concentración de CO₂ en la atmósfera superó la temida cota de 400 partes por millón por primera vez en 3 millones de años³⁴, lo que lleva a pensar que las posibilidades de que podamos limitar el calentamiento global del planeta a menos de 2 grados centígrados por encima de los niveles de la época preindustrial se están desvaneciendo rápidamente³⁵. La necesidad de liderazgo mundial en el ámbito de la sostenibilidad ambiental es cada día más acuciante.

Aplicación fragmentada del Programa de Acción

17. Uno de los rasgos distintivos de la Conferencia Internacional fue su inclusividad, que hizo posible un nivel de participación sin precedentes de la sociedad civil, tanto en el proceso preparatorio como en los foros de organizaciones no gubernamentales (ONG) y en la propia Conferencia, y amplió la gama de asuntos tratados en el documento final. El Programa de Acción constaba de 16 capítulos en los que se definían objetivos y medidas relativos a más de 44 dimensiones de la población y el desarrollo, incluidos los intereses de grupos de población específicos, llamamientos a invertir en desarrollar la capacidad de las mujeres jóvenes, inquietudes por las consecuencias de fenómenos demográficos y medidas recomendadas.

18. El conjunto de asuntos tratados en el Programa de Acción podía haber constituido un programa completo e integrado; sin embargo, en la práctica, los gobiernos y los organismos de desarrollo acometieron su aplicación de forma selectiva y sectorial. Así, los programas para promover los derechos reproductivos, por ejemplo, dejaron de lado la calidad de la asistencia y las desigualdades en el acceso a los servicios. De igual manera, las inversiones en las ciudades no tuvieron en cuenta ni asumieron de manera efectiva el crecimiento de la población urbana, lo que dejó a muchos de los pobres de las zonas urbanas y otros grupos marginados sin tierras, sin seguridad de tenencia de una vivienda y sin acceso a servicios fundamentales. Además, pese a decenios de atención a la migración internacional, gran cantidad de migrantes, tanto documentados como en situación irregular, siguen quedando excluidos de la plena participación en sus sociedades de destino. En no pocos ejemplos de múltiples sectores las iniciativas de desarrollo siguen sin

³⁴ Estados Unidos, Departamento de Comercio y Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, Laboratorio de Investigación del Sistema Tierra, División de Vigilancia Global, promedio semanal actualizado de CO₂ en Mauna Loa. En www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html el 8 de diciembre de 2013.

³⁵ Instituto de Investigaciones Climáticas de Potsdam para el Banco Mundial, *Turn Down the Heat: Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided* (Washington D.C., Banco Mundial, noviembre de 2012).

asegurar el respeto universal de los derechos humanos o la inversión sistemática en la capacidad y la dignidad de los desfavorecidos a lo largo de toda su vida.

Base para la labor de población y desarrollo después de 2014

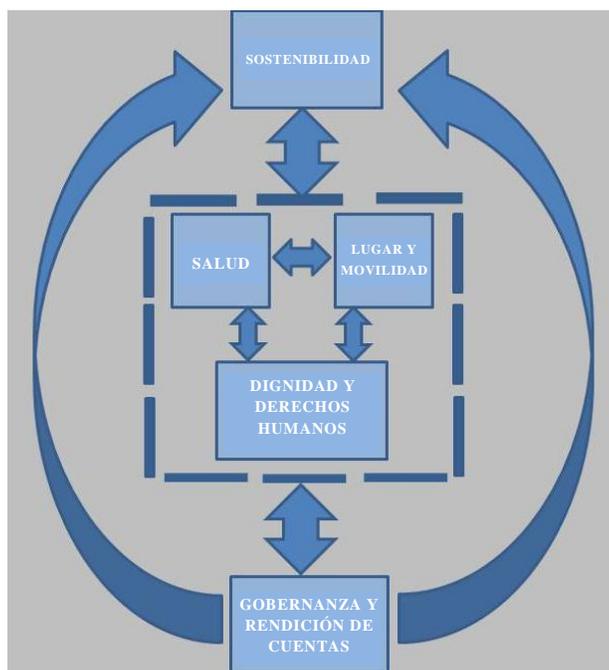
19. En su resolución 65/234, relativa al examen de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014, la Asamblea General subrayó la necesidad de aplicar un enfoque sistemático, amplio e integrado a las cuestiones relativas a la población y el desarrollo que hiciera frente a los retos nuevos pertinentes para la población y el desarrollo y al cambiante entorno en el ámbito del desarrollo y reforzara la integración del quehacer relativo a la población y el desarrollo en los procesos mundiales relacionados con el desarrollo. Las constataciones y conclusiones del examen operacional proponen un nuevo marco para la labor de población y desarrollo después de 2014, fundado en cinco pilares temáticos: dignidad y derechos humanos; salud; lugar y movilidad; gobernanza y rendición de cuentas; y sostenibilidad.

20. El nuevo marco reconoce que las motivaciones para el desarrollo nacen de las aspiraciones humanas a la dignidad y los derechos humanos, a gozar de buena salud, a vivir en un lugar seguro y a la movilidad. Aunque están interrelacionadas y se reafirman mutuamente, estas aspiraciones constituyen pilares temáticos diferenciados que permiten estructurar el examen de los numerosos principios, objetivos y medidas recogidos en todos los capítulos del Programa de Acción. Si bien es cierto que los objetivos de la Conferencia Internacional se refieren a muchas dimensiones distintas del bienestar a lo largo de la vida y múltiples ámbitos de la población y el desarrollo, en lo esencial, todos contribuyen al disfrute de la dignidad y los derechos humanos, la buena salud, un lugar seguro para vivir y la movilidad. En tanto en cuanto el respeto, la protección, la promoción y el ejercicio efectivo de los derechos humanos son requisitos indispensables para alcanzar todos los objetivos que no se han cumplido del Programa de Acción, la definición y el ejercicio efectivo de los derechos es un parámetro crítico para determinar si se han hecho realidad esas aspiraciones, para quiénes y hasta qué punto.

21. Además, el marco reconoce que los gobiernos, como garantes y agentes vitales, deben rendir cuentas del cumplimiento de todos los objetivos de desarrollo y de las aspiraciones del Programa de Acción.

22. Por último, en consonancia con los objetivos enunciados en el Programa de Acción y con el llamamiento de la resolución 65/234 de la Asamblea General a hacer frente a los retos nuevos pertinentes para la población y el desarrollo, el marco pone de relieve las inquietudes especiales que han suscitado las crisis ambientales de hoy en día y el peligro que revisten los modelos actuales de producción, de consumo y de emisiones para el desarrollo equitativo y la sostenibilidad. El gráfico 1 ilustra y reafirma el mensaje fundamental del Programa de Acción de que el camino hacia el desarrollo sostenible pasa por lograr de manera equitativa la dignidad y los derechos humanos, la buena salud, un lugar seguro y la movilidad y los avances derivados de la buena gobernanza y la rendición de cuentas, y de que las responsabilidades de gobernanza engloban la promoción a nivel nacional y mundial de la sostenibilidad social, económica y ambiental integrada para que las generaciones futuras puedan también disfrutar de oportunidades y bienestar.

Gráfico 1
Pilares temáticos de la población y el desarrollo



23. *Dignidad y derechos humanos.* La atención primordial a la dignidad y los derechos humanos viene motivada por la afirmación de que para lograr las metas aún por cumplir de la Conferencia Internacional será imprescindible un firme compromiso común con los derechos humanos, la no discriminación y la creación de más oportunidades para todos. Toda agenda para el desarrollo que aspire a lograr el bienestar individual y colectivo ha de garantizar la dignidad y los derechos humanos de todas las personas. El principio 1 del Programa de Acción afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y tienen los derechos humanos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna. Lo mismo se afirma y se explica en mayor detalle en los tratados internacionales, los instrumentos regionales de derechos humanos y las constituciones y leyes nacionales. Dado que esos derechos han de garantizarse sin distinción alguna, el compromiso en cuanto al principio de no discriminación e igualdad en dignidad es un elemento fundamental de todos los tratados de derechos humanos. Este principio se reafirmó en los resultados de los exámenes regionales y en las reuniones temáticas mundiales sobre el Programa de Acción después de 2014. El examen operacional también brindó la oportunidad de prestar especial atención a la cuestión recurrente de si los logros alcanzados desde 1994 han ampliado las oportunidades y los derechos en todos los segmentos de la sociedad y en diversos lugares. Habida cuenta de que la pobreza es a la vez causa y consecuencia de la exclusión social y de que una educación de calidad es un medio para dotar a las personas de capacidad de acción, los avances logrados desde la Conferencia Internacional en cuanto a la desigualdad de ingresos y a la educación se tratan en la sección dedicada a la dignidad y los derechos humanos.

24. *Salud.* El derecho al más alto nivel posible de salud, la trascendencia de gozar de buena salud para el disfrute de la dignidad y los derechos humanos y la importancia de una población sana para el desarrollo sostenible son innegables. La Conferencia Internacional reconoció la importancia capital de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para la salud y el desarrollo. La salud y los derechos sexuales y reproductivos revisten importancia para mujeres y hombres a lo largo de toda su vida, ya que proporcionan a la persona y a la pareja el derecho a asumir el control y decidir con libertad y de forma responsable en asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva, sin sufrir violencia o coacción. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para que todas las personas, y en particular las mujeres y las niñas, puedan vivir con dignidad y contribuir al enriquecimiento y la evolución de la sociedad, a la innovación y al desarrollo sostenible. Entre 1990 y 2010 la carga mundial de morbilidad dio un giro hacia las lesiones y las enfermedades no transmisibles, entre otras las relacionadas con el envejecimiento. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo, especialmente del África Subsahariana y de Asia Oriental, persisten trastornos y enfermedades transmisibles, maternos, nutricionales y neonatales, muchos de ellos prevenibles. A pesar de que, en términos globales, los indicadores relativos a la salud sexual y reproductiva han mejorado, sigue habiendo grandes disparidades entre países y dentro de los propios países que ponen de relieve las incesantes desigualdades inherentes a un modelo de desarrollo que continúa dejando relegados a muchos. El acceso universal a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos solo se logrará si se refuerzan de manera integral los sistemas de salud para que tengan un mayor alcance y sean más completos.

25. *Lugar y movilidad.* El lugar y la movilidad engloban el entorno social y espacial en que vivimos y nos movemos. Su importancia como pilar temático reside en que asocia las tendencias y dinámicas demográficas a gran escala —en cuanto a la formación y la composición de los hogares, la movilidad interna y la urbanización, la migración internacional y las tierras y los desplazamientos— con el logro de la dignidad personal, el bienestar y el desarrollo sostenible. En la sección IV del presente informe se analizan los cambios en cuanto a la distribución social y espacial de la población humana desde 1994 y se proponen medios para integrar estos cambios en las políticas públicas de manera que contribuyan a satisfacer las necesidades humanas de vivir en un lugar seguro y de movilidad. También se subraya la necesidad de garantizar la dignidad y los derechos humanos de aquellas personas cuyo derecho a la seguridad de tenencia y cuya libertad de circulación están en peligro.

26. *Gobernanza y rendición de cuentas.* La gobernanza y la rendición de cuentas son el principal medio para lograr estos objetivos. Desde 1994 se han producido importantes cambios en cuanto a la difusión de la autoridad y el liderazgo en el mundo, y la multiplicidad de agentes nacionales, municipales, de la sociedad civil y del sector privado y otros agentes no estatales es cada vez mayor. En el plano nacional, la Conferencia Internacional impulsó la creación de instituciones y su renovación en atención a las dinámicas demográficas, el desarrollo sostenible, la salud sexual y reproductiva, las necesidades de los adolescentes y los jóvenes y la igualdad entre los géneros. En los últimos 20 años se ha producido también un aumento mensurable de la participación oficial de los propios beneficiarios en la planificación y la evaluación de las inversiones relacionadas con la población y el desarrollo y en la elaboración de indicadores comunes para medir el desarrollo. En

este momento en que el mundo se replantea los objetivos para el futuro, una de las claves residirá en el aumento de la participación, así como en la generación y el uso de los conocimientos, una cooperación y recursos adecuados y la necesidad crítica e incesante de un liderazgo mundial que lleve adelante la labor relacionada con la población y el desarrollo después de 2014. Los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos han adquirido mayor autoridad, jurisdicción y capacidad de supervisión, y la participación oficial de la sociedad civil como fuerza política ha aumentado notablemente desde 1994, lo que ha conllevado importantes cambios en las inversiones basadas en los derechos. Por otra parte, nunca antes el poder político de las grandes fortunas privadas había sido tan prometedor ni tan amenazante para el desarrollo mundial, lo que hace imprescindible un mayor liderazgo mundial del sector público, que sea más representativo y se caracterice por la rendición de cuentas.

27. *Sostenibilidad.* Por último, la sostenibilidad reafirma la interrelación intrínseca de los objetivos expuestos en los párrafos anteriores con respecto a la dignidad y los derechos humanos, la salud, el lugar y la movilidad y la gobernanza, y pone de relieve que se debe dar máxima prioridad a la lucha contra la discriminación y la desigualdad en la labor programada para después de 2014 y después de 2015 en aras del bienestar de la población humana y de nuestro hogar común, el planeta. Si bien es cierto que el modelo de desarrollo actual ha mejorado el nivel de vida de muchos y ha aumentado las oportunidades a su alcance, las mejoras económicas y sociales se han distribuido de forma desigual y han entrañado un costo ambiental enorme. Las consecuencias ambientales, entre ellas el cambio climático, afectan a la vida de todas las personas, pero en particular a los pobres y los marginados, que disponen de escasos recursos para adaptarse cuando son los que menos han contribuido al cambio ambiental causado por el hombre. En esta sección se expone la creciente interrelación de las dinámicas demográficas, que son cada vez más diversas, el medio ambiente y la desigualdad y, partiendo de los cuatro pilares temáticos, se propone una serie de vías hacia la sostenibilidad que pueden contribuir a hacer efectivos la dignidad y los derechos humanos para todos después de 2014. El enfoque integrado e integral de la población y el desarrollo que se expone en el presente informe es esencial para lograr el desarrollo sostenible al que aspiran los Estados Miembros y el Secretario General, plasmado en la agenda para el desarrollo después de 2015.

Programa de Acción después de 2014: fomento de la sostenibilidad mundial partiendo de la dignidad personal y los derechos humanos

28. Como evidenciaron los debates y las políticas de población anteriores a la Conferencia Internacional, los grandes temores mundiales se anteponen con demasiada frecuencia a los derechos humanos y las libertades de las personas y las comunidades, y, en el peor de los casos, se han utilizado para justificar restricciones a los derechos humanos. Los debates con respecto a la sostenibilidad ambiental y a la estimulación del crecimiento económico tras la crisis de 2008 podrían conllevar las mismas consecuencias. El objetivo primordial de la agenda para el desarrollo después de 2015 consiste en propiciar la sostenibilidad social, económica y ambiental, conjugándolos con una serie de aspiraciones mundiales. En las constataciones y conclusiones del examen operacional se aboga por integrar estos objetivos, a menudo acometidos de forma independiente.

29. La importancia capital del cambio de paradigma de la Conferencia Internacional —refrendada por los avances cosechados en los dos decenios siguientes— radicó precisamente en demostrar que prestar una atención prioritaria a la dignidad personal y los derechos humanos redundaba en beneficio de las aspiraciones individuales y colectivas en materia de desarrollo. Al actualizar estos principios y fomentar su aplicación, los gobiernos pueden cumplir los objetivos definidos en 1994 y, al mismo tiempo, progresar más rápidamente en el logro de una sociedad resiliente y un futuro sostenible para todos. En este sentido, es esencial contar con leyes y políticas que aseguren el respeto y la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, que son indispensables para el bienestar personal y la sostenibilidad.

30. Como se explica más adelante en las constataciones del examen operacional, la mayoría de los Estados Miembros comparte el ideal de ampliar de manera equitativa los derechos humanos y las capacidades, especialmente de los jóvenes, y la mayor parte de los gobiernos asegura haber emprendido iniciativas para reducir la pobreza, mejorar la condición de la mujer, ampliar la educación, erradicar la discriminación, mejorar la salud sexual y reproductiva y el bienestar y fomentar la sostenibilidad. Sin embargo, los progresos han sido dispares y es evidente que persisten las desigualdades en todos los ámbitos. Queda mucho por hacer en los próximos decenios.

31. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han sido el marco mundial armonizador en el ámbito del desarrollo durante casi 15 años. Ahora que las Naciones Unidas están definiendo la agenda para el desarrollo después de 2015, los objetivos y principios del Programa de Acción y las constataciones del examen operacional aportan elementos importantes para hacer efectivos los derechos humanos, la igualdad y el desarrollo sostenible.

A. Realización de los derechos humanos

32. Al analizar la situación con respecto al bienestar personal al que aspiraba el Programa de Acción, dos de las cuestiones de fondo han sido determinar en qué medida los progresos han sido equitativos en los distintos segmentos de la sociedad y en qué medida se han hecho efectivos los derechos humanos afirmados en el Programa de Acción. En consonancia con el compromiso fundamental del Programa de Acción de crear un mundo más equitativo en el que todas las personas compartan la seguridad, la educación, la riqueza y el bienestar, en el examen operacional se han analizado de forma explícita las desigualdades sociales y espaciales cuando ha sido posible.

33. La concepción común del desarrollo, los derechos humanos y un orden mundial basado en la paz y la seguridad ha sido la base de las Naciones Unidas desde su fundación. En el Artículo 1, párrafo 3, de la Carta de las Naciones Unidas (1945) se establece que uno de los principales propósitos de la Organización es “realizar la cooperación internacional en [...] el desarrollo y el estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”. En la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los dos pactos internacionales de carácter vinculante sobre los derechos humanos (1966), se enuncia una larga lista de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que los Estados

Miembros están obligados a respetar, proteger y hacer efectivos. El sistema de protección de los derechos humanos ha evolucionado sustancialmente desde 1948 con la incorporación de numerosas convenciones internacionales y de resoluciones, declaraciones, decisiones y principios. Como complemento a las iniciativas internacionales, han surgido sistemas regionales de protección de los derechos humanos que han ido cobrando cada vez mayor envergadura y brindan protección con respecto a los derechos adaptada al contexto de cada región.

34. Aunque todos los derechos humanos son indivisibles y están interconectados, hay diversos tratados y directrices normativas que profundizan en esferas de derechos específicas. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) aclaran derechos y obligaciones específicos, enuncian los derechos de la mujer y del niño de manera más exhaustiva y proporcionan pautas sobre cómo se han de respetar, proteger y hacer efectivos esos derechos.

35. En la línea de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), celebrada un año antes, que afirmó que todos los derechos humanos son universales e indivisibles, están interrelacionados entre sí y son interdependientes y dedicó una sección especial de la Declaración y Programa de Acción de Viena a la igualdad de condición de la mujer, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo conjugó el desarrollo y los derechos humanos de forma irrefutable y funcional. Como se afirmó en la Declaración de Beijing de forma inequívoca: “Los derechos de la mujer son derechos humanos” (párr. 14).

36. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirmó que los compromisos internacionales ampliamente reconocidos en materia de derechos humanos debían aplicarse a todos los aspectos de los programas y las políticas de población y desarrollo. Tomando como base la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, uno de los grandes avances de la Conferencia Internacional fue el reconocimiento explícito de la conexión entre los derechos humanos, la población y el desarrollo. En el Programa de Acción se afirmó que “el derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales, y la persona humana es el sujeto central del desarrollo”. Previendo los retos y las obligaciones relacionados con la sostenibilidad, el Programa de Acción reconoció que “el derecho al desarrollo debe ejercerse de manera que se satisfagan equitativamente las necesidades ambientales, de desarrollo y demográficas de las generaciones presentes y futuras” (principio 3).

37. En el Programa de Acción se afirmó también que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y tienen todos los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (principio 1).

38. Además de afirmar que los derechos humanos revisten una importancia fundamental para las iniciativas de población, en el Programa de Acción se señaló que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos” y que esos derechos se basan en el reconocimiento del “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más

elevado de salud sexual y reproductiva”, así como el “derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (párr. 7.3).

39. En el Programa de Acción también se reafirmaron los derechos civiles directamente relacionados con la migración, la movilidad y la seguridad humana. Se instó a todos los países a “garantizar a todos los migrantes todos los derechos humanos básicos incluidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos” (principio 12) y el “derecho a buscar asilo, y disfrutar de él, en cualquier país” en caso de persecución (principio 13). También se brindaron garantías en cuanto a la movilidad al indicar que “al formular políticas de distribución de la población los gobiernos deberían velar por que los objetivos y metas de esas políticas sean compatibles [...] con los derechos humanos fundamentales” (párr. 9.3). En lo que respecta a la seguridad humana, el Programa de Acción reafirmó que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados” (principio 2).

40. En los 19 años transcurridos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se han ampliado los sistemas internacional y regionales de protección de los derechos humanos y se han hecho avances específicos con respecto a muchos de los objetivos de población y desarrollo fijados en el Programa de Acción. En particular, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1994, constituyó un hito importante para el empoderamiento de la mujer, la igualdad entre los géneros y los derechos humanos en todo el mundo. En la Plataforma de Acción aprobada por la Conferencia de Beijing se establecieron objetivos y medidas fundamentales con respecto a la igualdad entre los géneros en los ámbitos de la erradicación de la pobreza, la educación y la formación, la salud, la violencia contra la mujer, la participación económica de la mujer y los derechos humanos de la mujer.

41. La eliminación de la violencia contra la mujer también ha sido objeto de una atención considerable en los compromisos regionales adoptados desde 1994, hasta el punto de que los sistemas de derechos humanos africano, interamericano y europeo han elaborado, todos ellos, instrumentos para combatir la violencia contra la mujer.

42. El derecho de los derechos humanos relacionado con la movilidad, en particular los derechos de las poblaciones migrantes, también ha adquirido notoriedad desde la Conferencia Internacional. En el Programa de Acción se invitó a los Estados a que ratificaran la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias de 1990 (párr. 10.6), que entró en vigor en 2003, menos de un decenio después de la Conferencia Internacional.

43. También se ha avanzado de manera notable en la extensión del derecho humano a la dignidad y la no discriminación a todas las personas y en la protección de los derechos de grupos de población que siguen siendo víctimas de estigmas, de la discriminación y de la marginación. Por ejemplo, en el Programa de Acción se afirmaron los derechos de las personas con discapacidad y en 2006 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la que se reconocieron oficialmente esos derechos. En 2007 la Asamblea General aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en la que se reconocieron el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas y el principio del consentimiento libre, previo e informado en todos los asuntos que

afectan a sus derechos. En las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos de 1997 se presentó un marco para promover los derechos de las personas que viven con el VIH y el SIDA.

44. Pese a estos avances, lamentablemente los principios de derechos humanos relacionados con la igualdad y la no discriminación siguen sin ser realidad para muchos grupos, entre los que destacan las mujeres y las niñas y las personas de distinta orientación sexual o identidad de género. Hay países en que siguen estando prohibidas por ley ciertas conductas y relaciones sexuales entre adultos con consentimiento mutuo, incluidas las relaciones extramatrimoniales.

45. El sistema regional africano de derechos humanos se ha desarrollado considerablemente desde 1994, sobre todo a raíz de la aprobación del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Relativo a los Derechos de la Mujer en África (2003) y la Carta Africana de los Jóvenes (2006). El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Relativo a los Derechos de la Mujer en África supuso avances importantes en la protección y la promoción de los derechos de la mujer y de la igualdad entre los géneros y estableció compromisos internacionales en el marco de los contextos culturales y políticos específicos de la región. Además de afirmar el derecho al desarrollo, a la educación, al empleo y al bienestar socioeconómico, el Protocolo pone de relieve las repercusiones específicas que tienen muchas cuestiones para las mujeres en África, como los derechos a la tierra y la herencia, las prácticas nocivas, el VIH/SIDA, la salud reproductiva y el matrimonio, el divorcio y la viudez. A nivel internacional, la Carta Africana de los Jóvenes y la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005) constituyen, hasta la fecha, los únicos instrumentos regionales vinculantes consagrados a la juventud cuya finalidad explícita es el respeto y el cumplimiento de los derechos de los jóvenes. Estos amplios documentos promueven el empoderamiento, el desarrollo y la participación de los jóvenes y protegen y promueven su derecho a la no discriminación, a la libertad de expresión, a la salud, al trabajo y a la formación profesional.

46. Pese a los numerosos avances en materia de derechos humanos de los dos últimos decenios, que se describen en el presente informe, sigue habiendo lagunas importantes en la aplicación equitativa de esos derechos a todas las personas y en el establecimiento de sistemas de rendición de cuentas³⁶. A lo largo de todo el informe se exponen las perspectivas y la necesidad de sistemas de rendición de cuentas, que se analizan con más detenimiento en la sección dedicada a la “Gobernanza”, donde además se formulan recomendaciones específicas.

B. Metodología, fuentes de datos y estructura del informe

47. La metodología y las actividades del examen operacional se definieron de manera conjunta tras la celebración de consultas y con la conformidad de los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y otros asociados pertinentes establecidos en la resolución 65/234 de la Asamblea General, incluidas la sociedad civil y otras instituciones. El examen operacional se basó en datos de la máxima calidad generados por los Estados Miembros, incluida la encuesta mundial sobre el

³⁶ Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, celebrada en los Países Bajos del 7 a 10 de julio de 2012, discurso de clausura de la Presidencia.

Programa de Acción después de 2014 (2012) y los perfiles nacionales de aplicación diseñados en consulta con todos los asociados, principalmente los gobiernos. Además, se celebraron reuniones y conferencias temáticas a nivel mundial sobre diversas cuestiones que, además de tratarse en la encuesta mundial, requerían un análisis en mayor profundidad o deliberaciones en las que participaran múltiples interesados, como los jóvenes, la salud de la mujer, los derechos humanos y el marco de seguimiento del Programa de Acción después de 2014.

48. Los resultados de estas actividades, de los exámenes regionales de las comisiones regionales y de los exámenes regionales a nivel ministerial del Programa de Acción después de 2014 y el material que se enumera a continuación constituyen la base de los análisis y las recomendaciones expuestos en el presente informe:

- Perfiles nacionales de aplicación
- Encuesta mundial sobre la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- Documento final del Foro Mundial de la Juventud y documentación técnica preparada en el contexto del encuentro
- Informe de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 y documentación técnica preparada en el contexto del encuentro
- Recomendaciones de la consulta de expertos sobre la salud de la mujer: derechos, empoderamiento y determinantes sociales y documentación técnica preparada en el contexto del encuentro
- Recomendaciones de la reunión internacional sobre el seguimiento y la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014
- Informes preparados por las comisiones regionales sobre la base de los análisis regionales de los datos de la encuesta mundial y los resultados de las conferencias regionales
- Datos y análisis de fuentes examinadas por otros expertos y procesos interinstitucionales conexos, como consultas especiales *ad hoc* organizadas por los grupos temáticos y la secretaría de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 sobre la ejecución del Programa de Acción
- Datos, análisis e informes sobre el flujo de recursos financieros relacionado con la ejecución del Programa de Acción, incluidas las estimaciones disponibles de los gastos correspondientes a su ejecución hasta 2015
- Documentación publicada en relación con el 10º y el 15º aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- Documentación relativa a la agenda para el desarrollo después de 2015 de interés para el examen operacional, en particular, los resultados de la Consulta Mundial sobre la Dinámica Demográfica y la Agenda para el Desarrollo Después de 2015 y la declaración aprobada en la Reunión de Dirigentes Mundiales sobre la Dinámica Demográfica en el Marco de la Agenda para el Desarrollo Después de 2015, celebrada en Dhaka en marzo de 2013; el

documento sobre la dinámica geográfica del Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas; y la documentación y los documentos finales de las consultas mundiales temáticas sobre la salud, la educación, las desigualdades y la gobernanza.

49. La encuesta mundial, completada por 176 Estados Miembros y 7 territorios y zonas de todas las regiones, aporta nuevos datos sobre el establecimiento de instituciones gubernamentales consagradas a cuestiones fundamentales relacionadas con el Programa de Acción, sobre la medida en que los gobiernos han solventado determinados problemas en los cinco años anteriores y sobre las prioridades gubernamentales en ámbitos conexos para los 5 o 10 años siguientes.

50. Los datos sobre los resultados en materia de salud, la evolución demográfica, el género, la situación socioeconómica y la educación se basan en los datos aportados por los países, obtenidos por medio de censos; las encuestas de hogares (como las encuestas de demografía y salud y las encuestas de indicadores múltiples); las tendencias y proyecciones generadas por la División de Población de las Naciones Unidas; los sistemas de seguimiento de entidades de las Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); y otras encuestas, incluida la Encuesta Mundial sobre Valores, que son fruto de colaboraciones académicas realizadas con la aprobación de los Estados Miembros; los datos se complementaron con análisis obtenidos de informes técnicos encargados como parte del examen operacional. En el anexo se explican en detalle los métodos de análisis.

51. A efectos analíticos, los datos expuestos en el presente informe se han agregado o agrupado por regiones y subregiones geográficas, por grupos de ingresos y por regiones más desarrolladas y menos desarrolladas. Las regiones y subregiones geográficas utilizadas se basan en la clasificación de las Naciones Unidas de los códigos uniformes de país o de zona y las regiones geográficas para uso estadístico (M49)³⁷, pero puede variar ligeramente a lo largo del informe, dependiendo de las designaciones concretas utilizadas por las organizaciones internacionales de las que se hayan obtenido los datos o de la agrupación estadística de países en función de determinadas características. La clasificación de países por grupo de ingresos es la determinada por el Banco Mundial conforme al ingreso nacional bruto (INB) *per capita*³⁸. La designación “países más desarrollados” incluye todos los países europeos, Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América, el Japón y Nueva Zelandia. Los países y zonas de África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido el Japón) y Oceanía (excluidas Australia y Nueva Zelandia) se agrupan bajo la designación “regiones menos desarrolladas”.

52. Al principio de cada sección se enuncian los principios, objetivos y medidas principales establecidos en el Programa de Acción que son representativos del pilar temático al que está dedicada la sección.

³⁷ Para la composición de las regiones macrogeográficas (continentales) y las subregiones geográficas, véase <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>.

³⁸ Al 1 de julio de 2012. Para más información, véase <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.

53. El análisis de la situación de los derechos humanos que se hace en el presente informe se basa en un examen de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los otros siete tratados internacionales de derechos humanos fundamentales adicionales; los principales instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos; las observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos; los informes de los relatores especiales; determinadas resoluciones de la Asamblea General; y los documentos finales de procesos intergubernamentales que reafirman los compromisos en materia de derechos humanos.

54. A lo largo del informe se indican en recuadros los avances en cuanto a los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos que se han aprobado desde 1994 que revisten importancia para los distintos grandes temas, organizados con arreglo a tres grados de obligatoriedad³⁹:

a) **Tratados, pactos y convenciones** jurídicamente vinculantes para los Estados que las han ratificado, que han entrado en vigor tras haber recibido las suficientes ratificaciones;

b) **Documentos negociados y de consenso de órganos intergubernamentales de derechos humanos**, tales como resoluciones y declaraciones sobre compromisos en materia de derechos humanos relacionados con temas específicos. Se han seleccionado **otros documentos negociados a nivel intergubernamental** por su importancia para el examen operacional, incluidos documentos finales de conferencias y documentos de consenso que, aunque no son instrumentos de derechos humanos, contienen normas de derechos humanos;

c) **Otras normas de derecho no vinculantes**, tales como las observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, que ofrecen interpretaciones del contenido de las disposiciones de derechos humanos de los tratados internacionales fundamentales.

55. Los principales instrumentos de derechos humanos indicados en los recuadros definen los derechos fundamentales que sustentan los principios, los objetivos y las medidas del Programa de Acción y los mecanismos que han hecho posible su evolución en los últimos 20 años.

56. El texto en negrita del informe corresponde a recomendaciones para hacer frente a problemas específicos planteados en el marco de cada pilar temático. Al final de cada sección, en el apartado correspondiente a las principales esferas de acción, se sintetizan las principales conclusiones y recomendaciones relativas al pilar temático. La última sección concluye con la exposición de siete “vías de sostenibilidad” que definen las contribuciones del nuevo marco del Programa de Acción después de 2014 al logro del desarrollo sostenible.

³⁹ La lista de los documentos de derechos humanos examinados en el presente informe no es exhaustiva. El informe se centra en los instrumentos internacionales de derechos humanos que revisten interés para el examen operacional y no incluye los convenios de la Organización Internacional del Trabajo ni los instrumentos de derecho internacional humanitario. La lista de “Otros documentos negociados a nivel intergubernamental” es selectiva y abreviada; solo incluye unos pocos documentos de capital importancia para el examen.

II. Dignidad y derechos humanos

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y la seguridad personal.”

(Programa de Acción, principio 1)

“Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.”

(Programa de Acción, principio 4)

57. El principio 1 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirma que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, y tienen los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna. Esos principios ponen de relieve la necesidad urgente de eliminar todas las formas de discriminación y afirman que el principal propósito de las políticas y los objetivos relativos a la población es mejorar la calidad de vida de todas las personas. En los principios del Programa de Acción se establece un vínculo entre la dignidad y los derechos humanos y el bienestar de la persona.

58. La dignidad está intrínsecamente vinculada a los derechos humanos y las libertades fundamentales. Como se señala en el Programa de Acción, la dignidad abarca mucho más que la satisfacción de las necesidades básicas, ya que incluye el derecho a la educación; a la participación plena en la vida social, económica y política; a la libertad de información; a no ser objeto de discriminación y violencia; a la seguridad de la residencia, así como la libertad de movilidad humana; y exige que se dé a las personas acceso a oportunidades para fortalecer y renovar sus capacidades a lo largo de todo el ciclo de vida. La dignidad incluye el derecho humano fundamental a la salud sexual y reproductiva, y la libertad de elegir a quién se ama, decidir si se tienen hijos y el momento de tenerlos, y la garantía de poder mantener relaciones sexuales y procrear sin temor a contraer una enfermedad o a que ello entrañe un riesgo para la salud, y de que ello sea más bien una fuente de la felicidad. Estos derechos y libertades son una condición necesaria para crear una sociedad inclusiva y floreciente, integrada por personas resilientes que puedan innovar y adaptarse, y para garantizar un futuro compartido y prometedor para todas las personas.

59. En la presente sección del informe se examinan los progresos logrados desde 1994 en materia de igualdad y no discriminación, especialmente entre los grupos de población que corren un alto riesgo de ser objeto de discriminación. También se

señalan las deficiencias y las dificultades en la aplicación del Programa de Acción en lo que se refiere a la dignidad y los derechos humanos, se formulan recomendaciones concretas y se destacan las principales esferas de acción.

A. Las múltiples dimensiones de la pobreza

60. La pobreza es la privación de la capacidad de la persona para vivir como un ser humano libre y digno con posibilidades plenas para alcanzar sus objetivos deseados en la vida⁴⁰. La pobreza tiene numerosas y distintas manifestaciones. Es la falta de ingresos y recursos productivos suficientes para garantizar medios de vida sostenibles, pero también incluye muchos otros tipos de privaciones, como la inseguridad alimentaria; la falta de atención de la salud, educación y otros servicios básicos; la falta de vivienda o la vivienda precaria; la falta de seguridad o de medios de reparación; y la falta de influencia o de acceso a la información o la participación política⁴¹. La experiencia de la pobreza es dinámica. Algunos quedan atrapados en ella mientras que otros entran y salen, y muchos viven en el umbral.

61. Entre 1990 y 2010, el número de personas a nivel mundial que vivían en la pobreza extrema se redujo en un 50% como proporción de la población total de los países en desarrollo (del 47% al 22%), lo que representa una reducción de 700 millones de personas⁴². Sin embargo, a pesar de la apreciable reducción del número de personas que viven en la pobreza, se estima que 1.200 millones de pobres han quedado a la zaga, sumidos en la pobreza extrema. Utilizando una definición multidimensional de la pobreza, que incluye, por ejemplo, una medida de la privación humana en las esferas de la salud, la educación y las condiciones de vida, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estima que en los 104 países analizados, aproximadamente 1.570 millones de personas, o sea más del 30% de la población mundial, viven en la pobreza. De hecho, el número de personas que viven en una pobreza multidimensional supera al de las personas que viven en la pobreza económica en muchos de los países de rápido crecimiento del Sur⁴³.

62. La pobreza existe en todos los países, y las mujeres soportan una carga desproporcionada de sus consecuencias, al igual que los hijos a su cuidado. Ya que la pobreza se ha medido tradicionalmente a nivel del hogar, sin parámetros que midan la desigualdad en el seno de la familia, las diferencias entre el hombre y la mujer en relación con la pobreza no se aprecian claramente. Sin embargo, al comparar los hogares encabezados por un solo adulto (con o sin hijos), resulta irrefutable que la pobreza es mayor entre las mujeres que entre los hombres⁴⁴. Por motivos similares,

⁴⁰ *Situación Social en el Mundo 2010: Reconsiderando la Pobreza* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.09.IV.10).

⁴¹ Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, párr. 19, véase *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.8), cap. I, resolución 1, anexo II; *Situación Social en el Mundo 2010: Reconsiderando la Pobreza*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Millennium Development Goals: 2006 Report - A Look at Gender Equality and Empowerment of Women in Latin America and the Caribbean* (Santiago, 2007).

⁴² Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2013 (véase la nota 4).

⁴³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2013, Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: progreso humano en un mundo diverso (Nueva York, 2013).

⁴⁴ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (véase la nota 11).

resulta igualmente difícil medir la pobreza entre grupos de población específicos, como las personas con discapacidad y las personas mayores. La erradicación de la pobreza extrema es un objetivo universalmente alcanzable y es fundamental para lograr que todos vivan con dignidad y hagan valer sus derechos humanos.

63. Además de ser el fundamento de los demás pilares temáticos, la salud es vital para todos los conceptos de la pobreza. La salud es necesaria para lograr el bienestar y la longevidad. La pobreza socava la salud al exponer a las personas a condiciones de vida precarias, en las que el saneamiento, la vivienda y el agua potable son deficientes, y al crear obstáculos para el acceso a los servicios sanitarios, sociales y jurídicos en sociedades en las que el acceso a los servicios está limitado a aquellos que cuentan con recursos suficientes⁴⁵.

64. Cada uno de estos factores está a su vez conformado por el lugar de residencia y la movilidad. La inseguridad del lugar de residencia, ya sea en la forma de falta de vivienda o de carencia de derechos a la propiedad o la tenencia de tierras, viviendas deficientes o una mayor exposición a los desastres naturales o provocados por el hombre, a la guerra o los conflictos, pone en peligro los medios de vida de los pobres y hace que muchas personas se vean arrastradas a la pobreza o queden atrapadas en ella. Esa inseguridad, junto con la falta de libertad y de recursos para mudarse, es en sí misma un factor que contribuye de forma decisiva a la vulnerabilidad extrema.

65. La falta de participación en la gobernanza y la rendición de cuentas es un componente fundamental de la pobreza multidimensional. Los beneficios de la sociedad están destinados a aquellos que pueden participar en su creación. La pobreza socava la participación y acalla la voz de los pobres, especialmente donde hay un alto grado de desigualdad. La pobreza es al mismo tiempo causa y consecuencia de múltiples privaciones de los derechos humanos, de las que a menudo nadie rinde cuentas. La participación supone garantizar que los encargados rindan cuentas y que las leyes se hagan cumplir.

66. Por último, la pobreza está fundamentalmente relacionada con la sostenibilidad. El crecimiento económico es un impulsor necesario de la reducción de la pobreza, sin embargo, el aumento mundial de la desigualdad en los ingresos y la riqueza, junto con las consecuencias ambientales del crecimiento económico, ponen de relieve que el crecimiento económico por sí solo no es suficiente para asegurar el desarrollo inclusivo. El crecimiento económico y los recursos naturales de carácter finito están beneficiando de manera desproporcionada a los ricos y socavando la reducción de la pobreza. Por otra parte, los desechos y derivados de una industria y un desarrollo perjudiciales para el medio ambiente repercuten considerablemente en los pobres y agravan la pobreza.

67. En las respuestas a la encuesta mundial del Programa de Acción después de 2014, no solo una gran mayoría de los gobiernos (93%) indicaron que estaban abordando⁴⁶ “la erradicación de la pobreza, prestando especial atención a las estrategias de generación de ingresos y empleo”, sino que también asignaban

⁴⁵ B. G. Link y J. Phelan, “Social conditions as fundamental causes of disease”. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35 (1995), págs. 80 a 94.

⁴⁶ Nota: La definición de “abordado” (sí/no) está basada en los países que presentan 3 respuestas a una determinada cuestión: [la existencia de políticas pertinentes] + [la asignación de recursos presupuestarios] + [la ejecución de los programas] en los cinco años precedentes. Las tres condiciones deben cumplirse para que se considere que un Gobierno ha “abordado” la cuestión.

prioridad a “la inclusión social y la protección de los pobres” en las diversas secciones de la encuesta. Por ejemplo, cuando se les pidió que señalaran las prioridades en materia de políticas públicas para mantener el bienestar de la familia en los próximos cinco a diez años, los gobiernos tendieron a incluir la “protección social de la familia” (77%), que abarcaba todas las prioridades relacionadas con la prestación de servicios sociales y las inversiones destinadas a la atención de las necesidades básicas.

68. Los Estados deben elaborar, fortalecer y poner en práctica estrategias nacionales integradas, coordinadas y coherentes para erradicar la pobreza y romper los ciclos de la exclusión y la desigualdad como condición para lograr el desarrollo, dirigiendo las acciones también a las personas pertenecientes a grupos desfavorecidos o marginados, tanto en zonas urbanas como rurales, garantizando a todo el mundo la oportunidad de vivir una vida sin pobreza y de disfrutar de la protección y el ejercicio de sus derechos humanos.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 1

Pobreza

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. La Asamblea General de las Naciones Unidas ha aprobado una serie de resoluciones sobre la relación entre los derechos humanos y la extrema pobreza, incluida la resolución 65/214, titulada “Los derechos humanos y la extrema pobreza” (2012) en la que “reafirma que la extrema pobreza y la exclusión social vulneran la dignidad humana” y que, “en consecuencia, hay que adoptar medidas urgentes en los planos nacional e internacional para eliminarlas”.

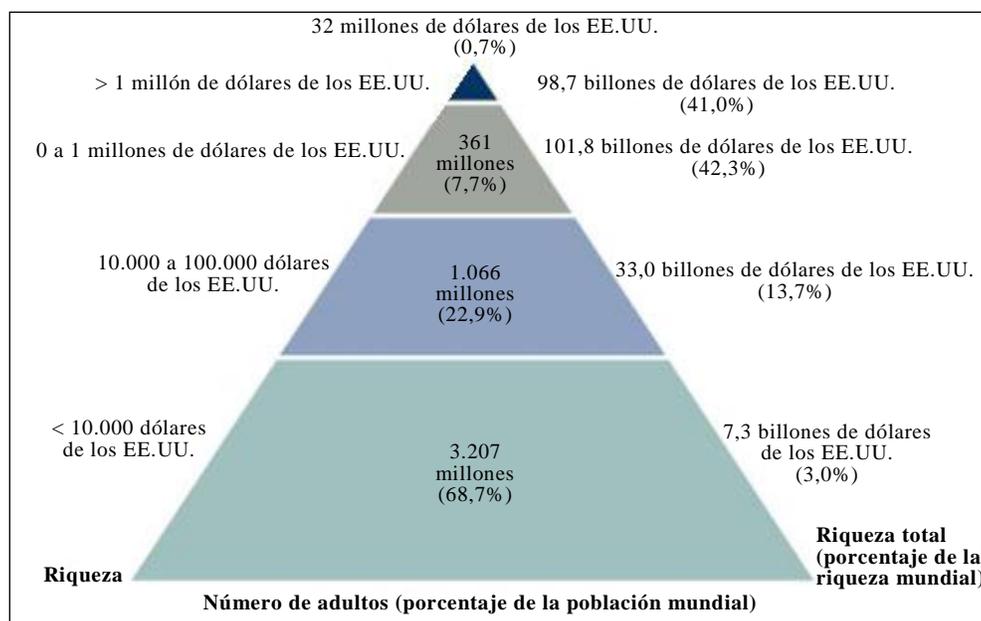
Otras normas de derecho no vinculantes. Los Principios Rectores sobre los Derechos Humanos y la Extrema Pobreza (2012) ofrecen directrices generales de política internacional para abordar los derechos humanos de las personas que viven en la pobreza, ateniéndose a las normas internacionales de derechos humanos.

El costo económico y social de la desigualdad en los ingresos y la riqueza

69. El logro de la igualdad de oportunidades y resultados equitativos es la base del bienestar económico y social sostenido. Aumentando la capacidad de las diversas personas mediante la mejora de la salud, la educación y las oportunidades se amplía la base colectiva de energía creativa, ideas y contribuciones en una sociedad determinada. Las innovaciones tecnológicas, económicas y sociales prosperan en condiciones en que muchas personas tienen la oportunidad de participar plenamente y de lograr el éxito en la sociedad. Ocurre también lo contrario: las profundas desigualdades en el acceso a la salud, la seguridad y la educación de calidad pueden impedir que amplios sectores de la población salgan de la pobreza y logren la movilidad social, y esas condiciones reducen cada vez más la selección de personas e ideas que contribuyen a la sociedad.

70. La actual distribución de la riqueza (véase el gráfico 2) representa una grave amenaza para el crecimiento económico y social, la inclusión y la sostenibilidad social y ambiental. Según el Credit Suisse Global Wealth Report, se calcula que la riqueza mundial ascendía a 223 billones de dólares a mediados de 2012. Por consiguiente, se estima que a cada uno de los 4,6 mil millones de adultos del mundo correspondería unos 48.500 dólares. Sin embargo, este promedio oculta enormes desigualdades. Aproximadamente el 69% de los adultos se encuentran en la categoría más baja de riqueza, a la que corresponde solo el 3% de la riqueza mundial. En la siguiente categoría (de 10.000 a 100.000 dólares) se encuentran 1.066 millones de adultos que poseen el 13,7% de la riqueza mundial. En la categoría de 100.000 a un millón de dólares se encuentran 361 millones de adultos, o sea el 7,7% del total de adultos, que poseen el 42,3% de la riqueza mundial. Por último, la categoría de las personas que tienen una riqueza mayor a un millón de dólares incluye a 32 millones de adultos, que representan solo el 0,7% de la población mundial de adultos y que poseen el 41% de la riqueza mundial. En suma, el 8,4% de la población mundial de adultos tiene el 83,3% de la riqueza mundial, mientras que casi el 70% posee solo el 3% de la riqueza.

Gráfico 2
Pirámide de la riqueza mundial



Fuente: James Davies, Rodrigo Lluberas y Anthony Shorrocks, Credit Suisse Global Wealth Databook, 2013, en Credit Suisse Global Wealth Report, 2013, pág. 22. En <https://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/?fileID=BCDB1364-A105-0560-1332EC9100FF5C83>.

71. Debido a la convergencia de los ingresos medios de las economías de los países desarrollados y los países en desarrollo, la desigualdad de ingresos a nivel mundial ha venido disminuyendo en los últimos años, aunque solo ligeramente, y desde un nivel muy elevado. La reciente estabilización y la ligera reducción de la desigualdad de los ingresos a nivel mundial reflejan en gran medida el crecimiento

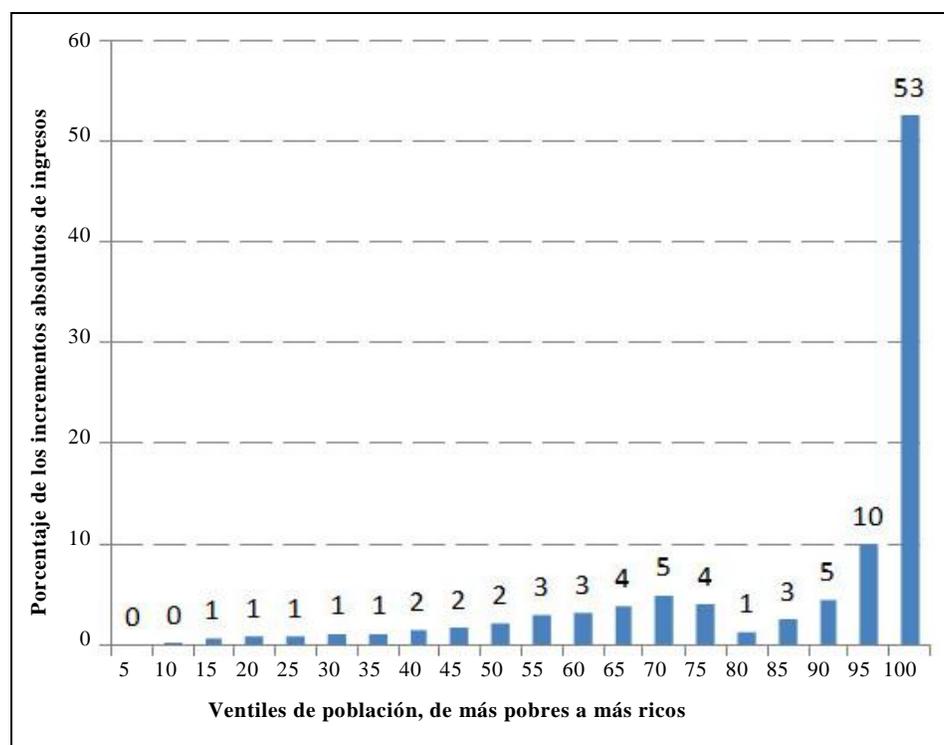
económico alcanzado por China desde el decenio de 1990 y el crecimiento de la India, y el crecimiento de otras economías emergentes y economías en desarrollo desde 2000⁴⁷. No obstante, la desigualdad de ingresos ha seguido aumentando en muchos países y entre ellos⁴⁸.

72. El gráfico 3 muestra la distribución desigual de los incrementos de los ingresos mundiales de 1988 a 2008. El 5% más rico obtuvo más de la mitad de los incrementos, mientras que a cada ventile del 90% inferior de la población correspondió el 5% o menos de los ingresos mundiales.

Gráfico 3

Distribución de los incrementos absolutos a nivel mundial por ventiles de ingresos de la población, 1988-2008

(Calculado en dólares internacionales de 2005 por paridad del poder adquisitivo)



Fuente: Branko Milanovic, "Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview", World Bank Policy Research Working Paper No. 6259, noviembre de 2012, págs. 12 a 16, citado en *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.13.II.C.1).

⁴⁷ Branko Milanovic, "Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview", World Bank Policy Research Working Paper No. 6259 (Washington D.C., Banco Mundial, noviembre de 2012), citado en *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.II.C.1).

⁴⁸ *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.II.C.1).

73. La creciente desigualdad económica entorpece y socava en gran medida el desarrollo sostenible. Desde una perspectiva social, la desigualdad mina la confianza y la cohesión social, amenaza la salud pública y margina a los pobres y a la clase media y les resta influencia en las decisiones políticas. La sostenibilidad social, que puede entenderse como la capacidad de una sociedad determinada para promover, de forma respetuosa de los derechos humanos, la innovación y la adaptabilidad a la evolución de las condiciones económicas, sociales y ambientales, se ve directamente amenazada por el hecho de que un sector de la población importante y posiblemente cada vez mayor se encuentra atrapado en las “trampas del desarrollo” y vive día a día sin perspectivas reales de un futuro mejor.

74. La creciente desigualdad reduce también las perspectivas de hacer frente a las nuevas crisis ambientales y de equilibrar nuestro crecimiento económico de forma responsable hacia el planeta. Se estima que el 11% de la población mundial es responsable de la mitad del total de emisiones; sin embargo, los sectores más pobres de la población son los que se ven desproporcionadamente afectados por los desastres naturales causados por el cambio climático⁴⁹.

75. Debido a los enormes costos ambientales del crecimiento económico en el paradigma actual del desarrollo, el mundo simplemente no puede permitir que las tendencias actuales de la concentración de la riqueza sigan su curso y mantener al mismo tiempo los esfuerzos por reducir la pobreza. Las iniciativas de reducción del impacto ambiental, necesarias para lograr la sostenibilidad del medio ambiente, no hacen más que aumentar esta contradicción.

76. Por último, las consecuencias sociales y sanitarias de la desigualdad y la exclusión no solo dificultan el desarrollo basado en los derechos humanos que promueve la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, sino que también podrían desestabilizar las sociedades. En el actual mundo globalizado, en que la información se propaga en todos los países y el mundo en un instante, el aumento de la concentración de la riqueza y sus vínculos con el desempleo, la injusticia social y la indefensión de millones de personas, ya se han convertido en la piedra de toque de las protestas políticas, los conflictos y la inestabilidad.

77. Los Estados deberían dar la máxima prioridad a la erradicación de la pobreza, velando por que todas las personas gocen de igualdad de oportunidades para compartir los frutos del desarrollo económico y social, obtener un empleo productivo y vivir en paz y con dignidad, sin sufrir discriminación, injusticia, temor, miseria y enfermedades.

78. Como se señaló al comienzo de esta sección, las desigualdades económicas son tanto la causa como la consecuencia de otras desigualdades sociales, incluidas las desigualdades por motivos de género, raza, discapacidad, edad y otros aspectos de la identidad y las circunstancias. Habida cuenta del principal mensaje de la Conferencia Internacional, a saber, que las inversiones en la capacidad, la dignidad y la libertad de las personas son el fundamento del bienestar humano común y el desarrollo sostenible, las siguientes partes de esta sección estarán dedicadas a analizar más detalladamente en qué medida se han promovido la dignidad, los derechos humanos y el bienestar de las mujeres y las niñas, y de los numerosos

⁴⁹ The Worldwatch Institute, 2013, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?* (Washington D.C., Island Press, 2013).

grupos de población identificados en el Programa de Acción como grupos que desde hace mucho tiempo son vulnerables a la estigmatización y la discriminación.

B. Empoderamiento de las mujeres e igualdad entre los géneros

79. La discriminación contra determinados grupos de población es común en muchos países, pero la discriminación contra la mujer es universal. Muchas jóvenes no son empoderadas durante la infancia. Por el contrario, se les enseña a aceptar su subordinación a los hombres, a adoptar valores de género según los cuales el ideal de feminidad es incompatible con la independencia, el poder o el liderazgo. En algunas regiones, la libertad de acción de las mujeres se ve comprometida además por el matrimonio precoz o forzado, los embarazos no deseados y la procreación prematura (en particular sin un apoyo adecuado del sistema de salud), la falta de educación, salarios inferiores a los de los hombres y la violencia basada en el género. Por lo tanto, el compromiso distintivo de la Conferencia Internacional con el empoderamiento de la mujer no es solo una expresión de la aspiración a la dignidad, sino un factor fundamental para crear las condiciones propicias para que la mitad de la población del mundo tenga la posibilidad de definir la dirección de su vida, desarrollar sus capacidades y hacer las contribuciones que deseen aportar a la sociedad.

80. El Programa de Acción es histórico porque señaló por primera vez a la atención la relación íntima que existe entre la libertad relativa de la mujer en lo que respecta al matrimonio, la sexualidad y la reproducción, su posición en la sociedad determinada por el género, y su salud y bienestar a lo largo de la vida. En los años transcurridos desde 1994, el mundo ha presenciado una impresionante proliferación de instituciones nacionales encargadas de promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros. Esas instituciones abarcan países de todos los niveles de ingresos y de todas las regiones (véase VI.A).

81. Como han indicado los gobiernos en la encuesta mundial, más del 97% de los países de todo el mundo tienen programas, políticas o estrategias para abordar “la igualdad entre los géneros, la equidad y el empoderamiento de la mujer”. Al menos 9 de cada 10 países de todas las regiones contaban con esos marcos: el 100% de los países de África; el 100% de los países de Asia, el 94% de los países de Europa; el 94% de los países de América; y el 93% de los de Oceanía).

82. Sin embargo, solo tres cuartas partes de los países participantes en la encuesta se comprometieron a “mejorar la situación de las mujeres de las zonas rurales y atender a sus necesidades” (76%) y a “mejorar el bienestar de las niñas, especialmente en lo que respecta a su salud, nutrición y educación” (80%).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 2

Empoderamiento de las mujeres e igualdad entre los géneros

Documentos vinculantes. En 1999, la Asamblea General aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1999; en vigor desde 2000), que faculta al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer para examinar comunicaciones presentadas por particulares y grupos que aleguen que sus derechos protegidos por la Convención han sido vulnerados, y para crear un procedimiento de investigación que permita al Comité investigar casos de violaciones de los derechos de la mujer en un Estado parte en la Convención. A nivel regional, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres en África reconoce la importancia de la participación política, económica y social de la mujer y exhorta a eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. En la resolución 15/23 del Consejo de Derechos Humanos, relativa a la eliminación de la discriminación contra la mujer (2010), el Consejo de Derechos Humanos expresó su preocupación por el hecho de que, a pesar de la promesa formulada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y en el examen a que procedió la Asamblea General en su vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de enmendar o derogar las leyes aún vigentes que discriminaban a las mujeres y niñas, muchas de esas leyes seguían en vigor y seguían aplicándose, lo que impedía a las mujeres y las niñas realizar plenamente sus derechos humanos.

Otros documentos negociados a nivel intergubernamental. En la Declaración de Beijing (1995) se reafirmó el compromiso de “asegurar la plena realización de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integrante e indivisible de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

1. Cambios en las tendencias relativas a las funciones productivas y reproductivas

a) Cambios en las tendencias relativas al empleo

83. Las diferencias entre los géneros en lo que respecta a la participación en la fuerza de trabajo se han reducido ligeramente desde 1990; sin embargo, las mujeres siguen recibiendo menor remuneración que los hombres y trabajando con más frecuencia en el sector no estructurado y en trabajos temporarios, inseguros y de menor autoridad. La tasa global de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo se mantuvo en general estable a nivel mundial; sin embargo, en los últimos años, las tasas de participación correspondientes tanto a los hombres como a las mujeres disminuyeron ligeramente. A nivel regional, la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo ha sido variable. Aumentó en mayor medida en América Latina y el Caribe, y disminuyó ligeramente en Europa Oriental y en la mayor parte

de Asia, salvo en el Asia Meridional, donde aumentó ligeramente⁵⁰. La participación en la fuerza de trabajo de las mujeres de 25 y 54 años de edad⁵¹ aumentó en todas las regiones desde 1990, con la excepción de Europa Oriental. Ello se debe a la disminución de la fecundidad y una disminución de los efectos de la fecundidad sobre la participación en la fuerza de trabajo⁵².

84. La proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola y en las ocupaciones en las que tradicionalmente predominan los varones ha aumentado, aunque seguía siendo baja en los trabajos asociados con el prestigio, el poder y la autoridad. En todas las regiones, las mujeres siguen estando muy insuficientemente representadas entre los ejecutivos y administradores empresariales⁵³.

85. La brecha de salarios por motivos de género se está reduciendo lentamente y solo en algunos países⁵⁰ la remuneración de las mujeres sigue siendo menor que la de los hombres por un trabajo de igual valor. Además, las mujeres suelen tener empleos menos seguros con menos prestaciones que los hombres, y empleos vulnerables (véase el gráfico 4), que incluyen a las personas que trabajan en negocios familiares y las que trabajan por cuenta propia, en oposición a los trabajadores asalariados⁵⁴. Si bien, en general, la proporción del empleo total que corresponde al empleo vulnerable ha disminuido en los últimos 20 años, esta sigue siendo elevada en muchas regiones fuera de los países desarrollados, en particular en el África Subsahariana, Oceanía, Asia Meridional y Asia Sudoriental (véase el gráfico 4). Las mujeres siguen concentradas en los empleos vulnerables en mayor medida que los hombres en todos los países, con la excepción de los más ricos. Esta brecha por motivos de género es mayor en el África Septentrional, el África Subsahariana y Asia Occidental; y disminuyó en Asia y aumentó en el África Subsahariana.

⁵⁰ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (véase la nota 11), Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Global Employment Trends for Women 2012* (Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2012).

⁵¹ Este es un indicador más sólido que atenúa las tasas de participación en la fuerza laboral que se ven afectadas por los cambios en las estructuras de edad, aunque no se dispone de este indicador para la totalidad de países.

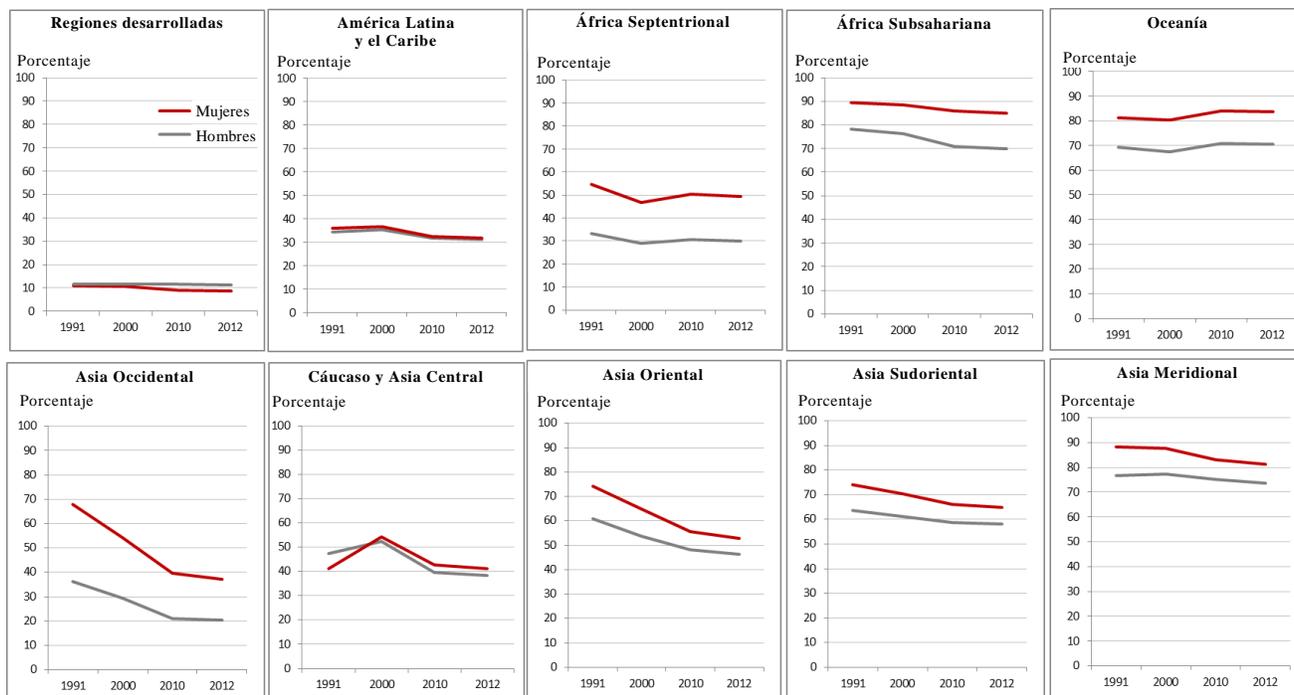
⁵² *The World's Women 2010: Trends and Statistics*.

⁵³ *The World's Women 2010: Trends and Statistics*; véase también Objetivos de Desarrollo del Milenio, metas e indicadores, 2013: cuadros estadísticos. En <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>

⁵⁴ *The Millennium Development Goals Report 2013*; *The World's Women 2010: Trends and Statistics*; OIT, *Global Employment Trends for Women 2012*.

Gráfico 4

Proporción de personas que trabajaban por cuenta propia y personas que trabajaban en negocios familiares en relación con el empleo total de la región, 1991-2012



Fuente: Naciones Unidas, 2013. Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013, anexo: Objetivos de Desarrollo del Milenio, metas e indicadores, 2013: cuadros estadísticos.

86. Desde 1995, la participación de las mujeres en el empleo remunerado ha aumentado apreciablemente, lo que plantea la cuestión de la manera en que el empleo remunerado ha afectado a la carga de trabajo en general de las mujeres. Los estudios realizados en África indican que puede haber una interrelación entre la falta de tiempo y la falta de dinero y que las mujeres especialmente se ven afectadas por ambas. En un país, por ejemplo, mientras que los hombres trabajaban en promedio 38,8 horas por semana, las mujeres trabajaban 49,3, y por lo menos una cuarta parte de las mujeres informaron de que trabajaban 70 horas por semana, una clara muestra de que la falta de tiempo es un problema⁵⁵; se han observado patrones similares en América Latina⁵⁶.

87. En el Programa de Acción se instaba a los gobiernos a adoptar medidas para eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer mediante:

- La adopción de medidas adecuadas con miras a mejorar la capacidad de la mujer para obtener ingresos en ocupaciones distintas de las tradicionales, lograr la independencia económica y garantizar la igualdad de acceso de las mujeres al mercado de trabajo y los sistemas de seguridad social.

⁵⁵ E. Bardasi y Q. Wodon, "Working long hours and having no choice: time poverty in Guinea", *Feminist Economics*, vol. 16, núm. 3 (2010), págs. 45 a 78.

⁵⁶ S. Gammage, "Time pressed and time poor: unpaid household work in Guatemala", *Feminist Economics*, vol. 16, núm. 3 (2010), págs. 79 a 112.

- La eliminación de las prácticas discriminatorias de los empleadores contra la mujer.

88. Los Estados Miembros que participaron en las conferencias regionales de examen de las operaciones han reconocido que aumentar el acceso de las mujeres al trabajo remunerado tiene muchas ventajas, tanto para las propias mujeres como para el desarrollo económico en general. Al incluir a las mujeres en el trabajo remunerado, además de aumentar los ingresos nacionales, las sociedades pueden aprovechar más ampliamente los numerosos talentos y conocimientos que ofrecen las mujeres. Además, el aumento de la participación de las mujeres en la economía monetaria crea un ciclo de retroalimentación positiva en la creación de empleo.

89. **Los Estados deberían promulgar o revisar, fortalecer y hacer cumplir las leyes sobre la discriminación contra la mujer en el lugar de trabajo a fin de garantizar a las mujeres el mismo acceso al empleo seguro en el sector estructurado y la misma de remuneración por trabajo de igual valor que a los hombres.** Garantizar la igualdad de oportunidades de empleo a mujeres y hombres promueve la igualdad y fomenta el crecimiento económico. La igualdad entre los géneros en la educación, el desarrollo de las aptitudes y la igualdad de acceso a todos los sectores de empleo pueden redundar en un aumento considerable de la productividad y la rentabilidad, en una mejora del bienestar de las mujeres y sus familias, y en instituciones y opciones de política más inclusivas⁵⁷.

90. Las empresas que invierten en el empleo de las mujeres a menudo ven que esa inversión también mejora sus resultados netos al promover la retención del personal, la innovación y el acceso a talentos y mercados nuevos⁵⁸. En un reciente informe del Fondo Monetario Internacional (FMI) se estima que la eliminación de las desigualdades por razón de género en el mercado de trabajo aumentaría el PIB de los Estados Unidos de América en un 5%, en los Emiratos Árabes Unidos en un 12%, y en Egipto en un 34%⁵⁹, y que los beneficios económicos del empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros son especialmente importantes en las sociedades que están envejeciendo rápidamente, en las que la participación de las mujeres en la fuerza laboral podría ayudar a contrarrestar los efectos de la reducción de la fuerza de trabajo.

91. En lo que respecta a la mejora de la capacidad de generación de ingresos de las mujeres, el 85% de todos los países informan de que cuentan con políticas presupuestarias y programas para abordar la cuestión de “aumentar la participación de la mujer en los sectores estructurado y no estructurado de la economía”; en este aspecto la proporción no varía según la riqueza de los países. El 85% de los países informaron también de que contaban con una ley en vigor (con una disposición de aplicación) que prohibía la discriminación por motivos de género en el trabajo en la contratación, los salarios y las prestaciones.

⁵⁷ OIT, *Global Employment Trends for Women 2012*; Banco Mundial, 2011, *World Development Report 2012. Gender Equality and Development* (Washington D.C., 2011); Corporación Financiera Internacional (CFI), *Investing in Women's Employment: Good for Business, Good for Development* (Washington D.C., 2013).

⁵⁸ CFI, *Investing in Women's Employment*.

⁵⁹ K. Elborgh-Woytek y col., “Women, work, and the economy: macroeconomic gains from gender equity”, IMF Staff Discussion Note, núm. SDN/13/10 (Washington D.C., Fondo Monetario Internacional, 2013).

b) Apoyo a los padres que trabajan

92. En el Programa de Acción se alentó a los países a elaborar políticas y programas para promover el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal y para que los padres pudieran participar en la fuerza de trabajo sin comprometer el bienestar de sus hijos y hogares, haciendo posible, mediante leyes, reglamentos y otras medidas adecuadas, que las mujeres pudieran conciliar las funciones de procreación, amamantamiento y crianza de los hijos con su participación en la fuerza de trabajo.

93. El 90% de los países que participaron en la encuesta mundial señalaron que tenían una ley en vigor, con una disposición de aplicación, sobre la licencia de maternidad remunerada (de una duración determinada); sin embargo, solo el 54% tenía un instrumento de ese tipo en vigor sobre la licencia de paternidad remunerada, lo que constituye un importante obstáculo para la participación de los hombres en la crianza de los hijos. Europa es la región con la mayor proporción de países que tienen una ley que garantiza prestaciones relacionadas con la paternidad (81%), seguida de América (53%), África (52%), Asia (el 43%) y Oceanía (el 29%).

94. Menos de la mitad de los países que participaron en la Encuesta informaron de que tenían leyes que garantizaban guarderías e instalaciones en el sector público a las madres durante el período de lactancia (41%) o el sector privado (39%). Esas limitaciones pueden hacer imposible que las mujeres se reincorporen en el mercado de trabajo después del parto o amamanten a sus hijos después del parto, con consecuencias negativas tanto para la productividad de la mujer como para la salud de los niños. En efecto, solo uno de cada cuatro países de África, región en la que se producirá la mayor parte del crecimiento de la población en los próximos decenios, tiene leyes en vigor para garantizar la compatibilidad de las responsabilidades laborales con las responsabilidades de las madres (25%, tanto para el sector público como para el privado).

95. Si se crea un indicador compuesto para las cinco tareas relativas al equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar que ya se han esbozado (promulgar y aplicar leyes para combatir la discriminación contra la mujer en el lugar de trabajo; facilitar la compatibilidad entre la participación en la fuerza laboral y las responsabilidades parentales; promulgar y aplicar leyes que prevean la licencia de maternidad; promulgar y aplicar leyes que prevean la licencia de paternidad; y promulgar y aplicar leyes que faciliten la lactancia materna en el lugar de trabajo), de 113 países que proporcionaron información completa, solo 26, o sea el 19%, han abordado las cinco tareas.

96. Los Estados deberían garantizar el acceso universal a la licencia parental remunerada para las madres y los padres, incluidos los padres adoptivos; el acceso universal a servicios de cuidado de niños y guardería de calidad para los padres y las madres que trabajan, incluidos cuidados de niños después del horario escolar; y el establecimiento y la aplicación de leyes que exijan que los lugares de trabajo de los sectores público y privado se ajusten a las necesidades de las madres lactantes.

c) Responsabilidad compartida

97. Las mujeres siguen soportando la mayor parte de las responsabilidades en el hogar, el cuidado de los hijos y de otros miembros dependientes de la familia, la preparación de las comidas, las tareas de limpieza y otras tareas domésticas. Se estima que, en todas las regiones, las mujeres dedican por lo menos el doble de tiempo que los hombres a tareas domésticas no remuneradas; y cuando se combinan el trabajo remunerado y el no remunerado, las mujeres trabajan muchas más horas que los hombres. El equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar es especialmente difícil para los padres empleados con hijos pequeños y a menudo son las mujeres las que deben dejar su empleo o pasar a trabajar a media jornada, mientras que sus parejas mantienen el trabajo a tiempo completo⁶⁰.

98. En el Programa de Acción se reconoció que se requerían la plena participación y asociación entre mujeres y hombres en la vida productiva y reproductiva, incluida la responsabilidad compartida por el cuidado y la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar.

99. La igualdad entre los géneros en el hogar y en el lugar de trabajo exige cambios en la participación de los hombres y los jóvenes en las funciones reproductivas y las tareas del hogar; sin esa delegación de tareas, las mujeres deben asumir una carga doble y excesiva de responsabilidad y difícilmente podrán participar de forma plena y equitativa en la vida productiva y reproductiva y gozar de una igualdad de condiciones en la sociedad.

100. Si bien muchos países han logrado avances considerables en la participación de la mujer en la fuerza laboral desde 1994, la lucha contra las desigualdades entre los géneros en lo que respecta al equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar no ha recibido el mismo nivel de apoyo. Por ejemplo, menos de dos tercios (64%) de los países que han presentado información a la encuesta mundial han abordado la tarea de “facilitar la compatibilidad entre la participación en la fuerza laboral y las responsabilidades parentales”, haciendo más fácil para las mujeres combinar la crianza de los hijos con la participación en la fuerza laboral. Una menor proporción de países han asignado prioridad a esta tarea en América (53%) y África (55%), frente a Asia (74%) o Europa (92%). De hecho, una mayor proporción de los países más ricos y de los países que se caracterizan por un crecimiento lento de la población han abordado esas tareas, en comparación con los países más pobres y los países que se caracterizan por un rápido crecimiento de la población.

101. Dos terceras partes de los países que han proporcionado información a la encuesta mundial han “recurrido a hombres y jóvenes para promover la participación de los hombres y el reparto equitativo de responsabilidades, como el cuidado de los hijos” en los últimos cinco años (63%). Aunque no se observan variaciones regionales importantes, al agrupar los países por ingresos se observa que esta cuestión representa una mayor preocupación para los países de la OCDE con ingresos altos que son miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (81%), mientras que la proporción de países que han abordado esta cuestión en los otros cuatro grupos de ingresos se sitúa apenas por encima o por debajo del promedio mundial (países con ingresos bajos: 69%; países con ingresos medianos bajos: 58%; países con ingresos medianos: 57%; países con ingresos altos que no son miembros de la OCDE: 67%).

⁶⁰ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (véase la nota 11).

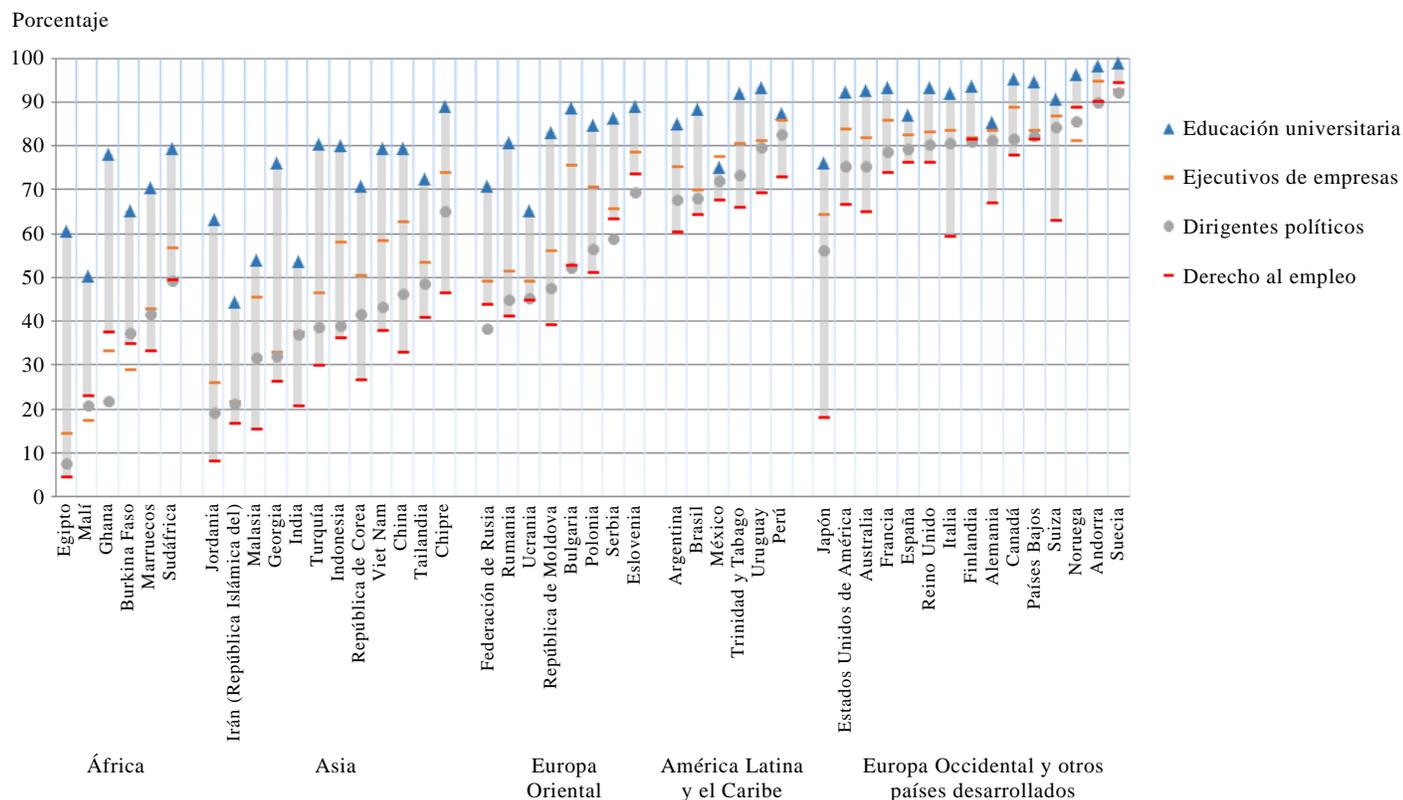
2. Progreso desigual en cuanto a las actitudes respecto de la igualdad entre los géneros

102. En la mayoría de países sobre los cuales se dispone de datos, la mayor parte del público apoya el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros, aunque el grado de apoyo depende del valor de género de que se trate. La última ronda de la Encuesta Mundial de Valores, que se llevó a cabo en 47 países, muestra que los valores del público son más equitativos en cuanto al género con respecto al acceso a la enseñanza superior, varían mucho con respecto a la igualdad de acceso de hombres y mujeres al empleo, y son invariablemente más moderados en lo que respecta a la eficacia de las mujeres (frente a la de los hombres) como dirigentes empresariales o políticas (véase el gráfico 5). En la actualidad, hay un amplio consenso con respecto a la importancia de la enseñanza superior tanto para las niñas como para los niños; en la mayoría de los países, la mayor parte de la población ya no considera que la educación universitaria pueda operar un cambio efectivo únicamente en el caso de los varones. Sin embargo, en otras esferas de la vida pública, los distintos papeles asignados por razón de género, que dan ventaja a los hombres, siguen siendo valorados en los países de África y Asia y en algunos de los países de Europa Oriental. Por ejemplo, al menos el 50% de las personas de casi la mitad de los países que participaron en la encuesta considera que los hombres son mejores dirigentes empresariales y políticos, y la percepción de la superioridad de los hombres es más pronunciada respecto del liderazgo político que del liderazgo empresarial.

103. Los datos indican que los valores de la igualdad entre los géneros vienen mostrando una tendencia ascendente en la mayoría de los países desde mediados de la década de 1990 (véase el gráfico 5), con la excepción del valor relativo a “cuando el empleo es escaso, los hombres deben tener más derecho al empleo que las mujeres”, que varía mucho entre países y en el tiempo.

Gráfico 5

Apoyo a la igualdad entre los géneros en lo que respecta a la enseñanza universitaria, los ejecutivos de empresas y los dirigentes políticos y la igualdad de derechos de las mujeres al empleo por regiones, 2004-2009



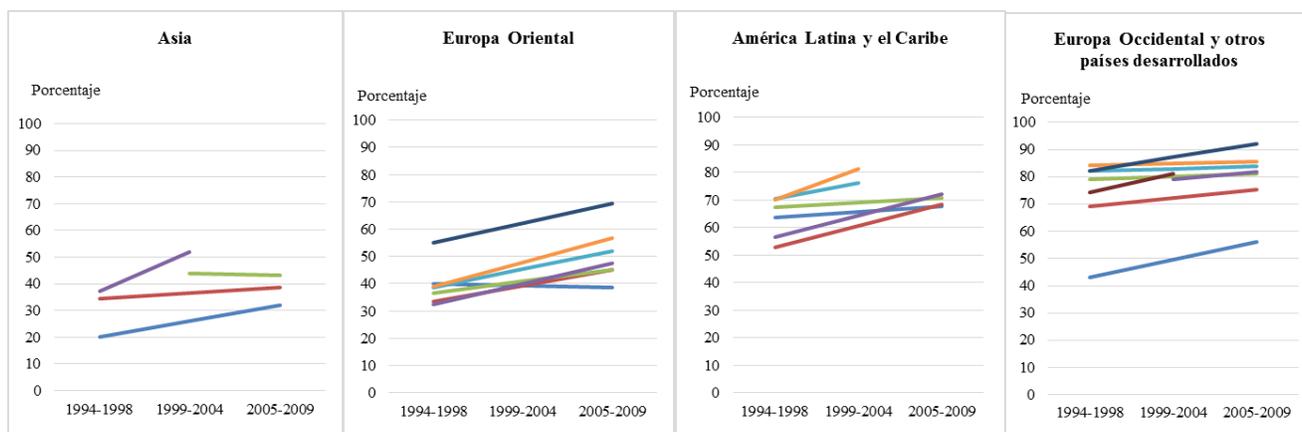
Fuente: Datos de World Values Surveys 2004-2009 (descargado y analizado el 20 de agosto de 2013).

Nota: El apoyo a la igualdad entre los géneros se mide como la proporción de encuestados que no están de acuerdo con las declaraciones siguientes: a) “la educación universitaria es más importante para los niños que para las niñas”; b) “en general, los hombres son mejores ejecutivos de empresas que las mujeres”; c) “en general, los hombres son mejores dirigentes políticos que las mujeres”; y d) “cuando el empleo es escaso, los hombres deben tener más derecho al empleo que las mujeres”.

104. Las diferencias de valores de género entre regiones y por nivel de desarrollo se ha ido reduciendo a medida que los países de Europa Occidental y los países ricos que no son miembros de la OCDE han alcanzado un alto nivel de consenso social al respecto y que los países de América Latina y el Caribe y los países de Europa Oriental se han ido acercando a ese nivel.

105. Algunos países no mostraron ningún cambio significativo en cuanto al apoyo a los valores de igualdad. Esos países se encuentran en todas las regiones y varían según la cuestión de que se trate. No se observó ningún progreso en una octava parte de los países (3 de los 25 sobre los cuales se disponía de datos) con respecto a la enseñanza superior; en una cuarta parte de los países (6 de 25) con respecto al liderazgo político, y en una tercera parte de los países (8 de 25) con respecto al acceso al mercado de trabajo.

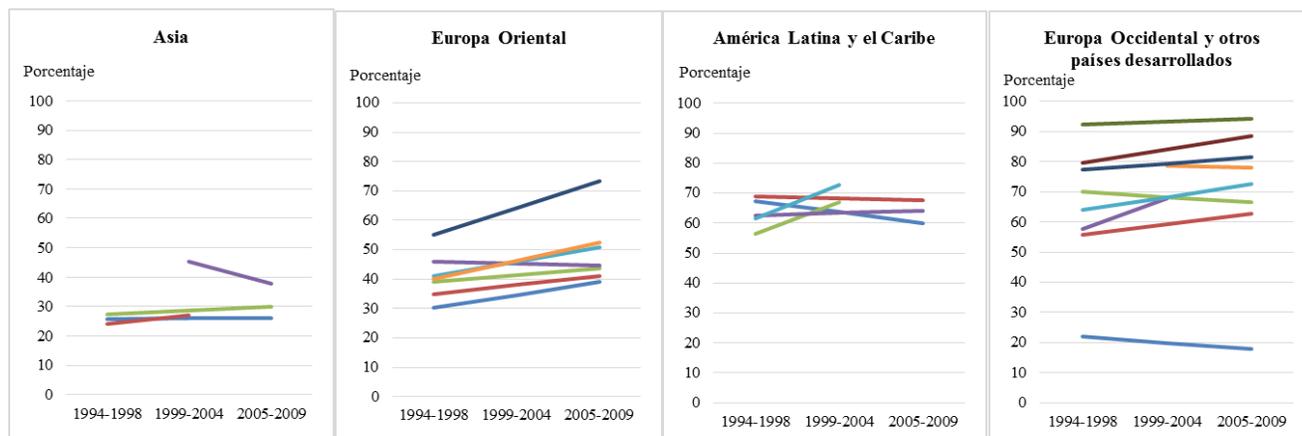
Gráfico 5.a
Apoyo a las mujeres como dirigentes políticas, por región, 2004-2009



Fuente: Datos de World Values Surveys 2004-2009.

Nota: Como proporción de los encuestados que no están de acuerdo con la declaración siguiente: a) “En general, los hombres son mejores dirigentes políticos que las mujeres”.

Gráfico 5.b
Apoyo a la igualdad entre los géneros en el acceso al empleo, por región, 2004-2009

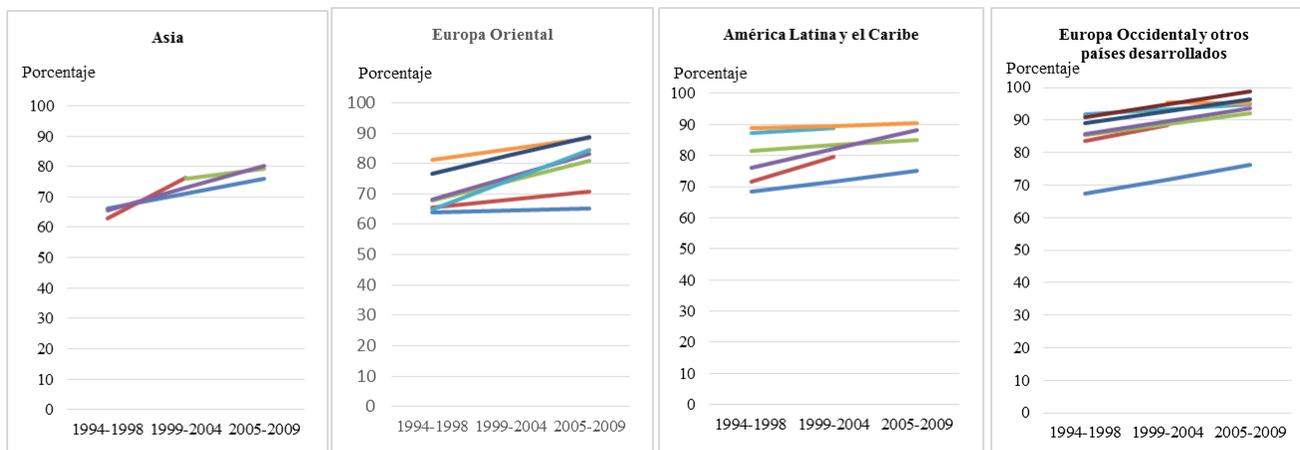


Fuente: Datos de World Values Surveys 2004-2009.

Nota: Como proporción de los encuestados que no están de acuerdo con la declaración siguiente: “Cuando el empleo es escaso, los hombres deben tener más derecho al empleo que las mujeres”.

Gráfico 5.c

Apoyo a la igualdad entre los géneros en el acceso a la enseñanza universitaria, por región, 2004-2009



Fuente: Datos de World Values Surveys 2004-2009 (descargados y analizados el 20 de agosto de 2013).

Nota: Como proporción de los encuestados que no están de acuerdo con la declaración siguiente: “La educación universitaria es más importante para los niños que para las niñas”.

106. Existe un mayor apoyo a la igualdad entre los géneros entre las mujeres que entre los hombres. Este es el caso en lo que respecta a las cuatro cuestiones examinadas y en la mayoría de los países. La diferencia entre los géneros no es marginal y es mayor en los países en los que el apoyo general a la igualdad entre los géneros es menor. En general, la diferencia entre los géneros es menor en lo que respecta a la cuestión del acceso a la enseñanza superior/universitaria y mayor en lo que respecta al mayor acceso de los hombres al empleo y al liderazgo de las mujeres en la política y las empresas. En relación con las cuatro cuestiones, la diferencia es menor en los países de Europa Occidental y otros países desarrollados, donde es igualmente probable, o solo un poco menos probable, que los hombres reconozcan la igualdad entre los géneros de la misma manera que las mujeres.

107. Si bien las mujeres son unas defensoras más firmes de la igualdad entre los géneros que los hombres, se han producido algunos cambios positivos en las actitudes y los valores de género tanto en las mujeres como en los hombres. Las diferencias generales en los valores y las actitudes de género entre mujeres y hombres han aumentado en algunos países, por ejemplo, en lo que respecta a los valores relativos a las mujeres como dirigentes políticas, en Ucrania, la República de Moldova y la Argentina, y los valores relacionados con la educación en la Federación de Rusia. En esos casos, la proporción de mujeres que apoyan la igualdad entre los géneros ha aumentado considerablemente, mientras que la proporción de hombres se mantuvo en los mismos niveles más bajos de las encuestas anteriores. Por otra parte, en algunos países, los hombres han progresado más que las mujeres en este ámbito, por ejemplo, en lo que respecta a los valores relativos a la enseñanza superior en Turquía y el Brasil. Si bien el apoyo de las mujeres sigue siendo más firme en lo que respecta a la igualdad entre los géneros, en algunos casos los hombres se están acercando más al nivel de apoyo superior de las mujeres.

108. Las generaciones más jóvenes también tienden a ser más positivas que otras cohortes respecto de la igualdad entre los géneros, aunque la brecha entre generaciones solo es significativa en unos pocos países. En aproximadamente la mitad de los países encuestados en 2005, las generaciones más jóvenes mostraron un apoyo mucho mayor a la igualdad entre los géneros en lo que respecta al liderazgo político y empresarial y la enseñanza superior. En cuanto al derecho al empleo, los jóvenes dieron un firme apoyo a la igualdad entre los géneros en tres cuartas partes de los países.

109. Los países de Europa Occidental muestran el nivel más alto de consenso entre generaciones con respecto a la política, mientras que los países de Europa Oriental y de África muestran el nivel más alto de consenso entre generaciones con respecto al derecho al empleo.

110. Los resultados indican que los cambios en las actitudes y valores en relación con las cuestiones de género se están produciendo a lo largo del tiempo en las sociedades en su conjunto y no solo entre las generaciones más jóvenes. Para algunos países para los cuales se disponía de datos sobre las tendencias, las diferencias transversales correspondientes a un período de más de 10 años eran mayores que las diferencias entre las cohortes mayores de 50 años y las cohortes de menor edad de 15 a 29 años. Este es el caso de algunos países de Europa Oriental y Europa Occidental. Por ejemplo, en relación con las actitudes hacia mujeres y hombres como dirigentes políticos, en 2005 no se registraron diferencias importantes entre las cohortes mayores y de menor edad en Bulgaria, Rumania, Ucrania, Finlandia y Suecia, mientras que el apoyo a la igualdad entre los géneros en todos esos países aumentó entre 1995 y 2005.

111. Los Estados deberían garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres puedan contribuir a la sociedad como dirigentes, administradoras y encargadas de adoptar decisiones, dándoles acceso a cargos de poder en pie de igualdad con los hombres en todos los sectores de la vida pública. Como parte de esos esfuerzos, es importante tener en cuenta los valores y las opiniones del público con respecto al sexismo y otras formas de discriminación, incluso mediante campañas creativas de comunicación y educación, y seguirlos de cerca periódicamente como indicadores del desarrollo social.

3. La violencia basada en el género

112. Se estima que una de cada tres mujeres en todo el mundo informa de que ha sufrido abuso sexual o físico, en su mayoría a manos de una pareja íntima, lo que hace de esta forma de violencia contra las mujeres y las niñas una de las formas más frecuentes de violación de los derechos humanos en todo el mundo⁶¹.

113. En el primer estudio multinacional (2005) sobre el alcance de la violencia contra la mujer se determinó que la proporción de mujeres adultas que habían sufrido violencia física a manos de una pareja de sexo masculino variaba ampliamente entre los 10 países estudiados, del 13% al 61%⁶². La proporción de mujeres que habían sido víctimas de violencia física grave a manos de una pareja de

⁶¹ OMS, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence* (Ginebra, 2013).

⁶² C. García-Moreno y col., *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* (véase la nota 12).

sexo masculino, que se define como “agresión prolongada con golpes, puñetazos, patadas, amenaza con un arma o uso de un arma”, variaba entre el 4% y el 49% en todos los países, y en la mayoría de países entre el 13% y el 26%⁶³. Las primeras estimaciones de la prevalencia a nivel mundial y regional (2013) de la violencia sexual y física dentro de la pareja y de la violencia sexual infligida por una persona que no es la pareja indicaban que a nivel mundial el 30% de las mujeres mayores de 15 años de edad que habían tenido alguna pareja habían sufrido alguna forma de violencia dentro de la pareja y que en algunas regiones hasta el 38% de las mujeres habían sufrido este tipo de violencia⁶⁴.

114. Los parámetros para medir la violencia sexual infligida por una persona que no es la pareja no están definidos tan claramente, lo que pone de relieve la falta general de datos sobre esa forma de violencia. Las actuales estimaciones a nivel mundial indican que el 7% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual a manos de una persona que no es la pareja. Las estimaciones combinadas indican que el 36% de las mujeres en todo el mundo han sufrido ya sea violencia dentro de la pareja, violencia infligida por una persona que no es la pareja o ambas formas de violencia basada en el género⁶⁵.

115. En un reciente estudio multinacional de las Naciones Unidas (2013) sobre los hombres y la violencia en Asia y el Pacífico se observó que casi la mitad de los 10.000 hombres entrevistados informaban de que habían utilizado la violencia física y/o sexual contra una pareja de sexo femenino, y la proporción variaba del 26% al 80% en los distintos lugares⁶⁶. Casi una cuarta parte de los hombres entrevistados informaron de haber violado a una mujer o una niña, y la proporción variaba del 10% al 62% en los distintos lugares. Los hombres comienzan a cometer actos de violencia desde muy jóvenes y la mitad de los que reconocieron haber cometido una violación informaron de que habían cometido su primera violación cuando eran adolescentes y, en algunos casos, incluso antes de haber cumplido los 14 años. De los hombres que reconocieron haber cometido una violación (del 72% al 97% en la mayoría de los lugares) la gran mayoría no había sufrido ninguna consecuencia jurídica, lo que confirmaba que la impunidad seguía siendo un problema grave en la región. En todos los lugares, los motivos más comunes que citaban los hombres para la violación sexual estaban relacionados con el derecho a la actividad sexual sin ninguna restricción, es decir, la convicción de que los hombres tienen derecho a mantener relaciones sexuales con las mujeres, con independencia de si ellas consienten o no en ello. Esta fue la respuesta que dio más del 80% de los hombres que reconocieron haber cometido una violación en las zonas rurales de dos países. En general, el 4% de los encuestados dijeron que habían participado en violaciones en grupo contra una mujer o una niña, y la proporción variaba del 1% al 14% en los distintos lugares. Estos son los primeros datos que se obtienen de una amplia muestra de hombres sobre la comisión de violaciones en grupo⁶⁷.

116. Las consecuencias que la violencia dentro de la pareja tiene para la salud son considerables y contribuyen de forma directa e indirecta a muchos resultados de

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ OMS, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ E. Fulu y col., *Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-Country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific* (Bangkok, PNUD, UNFPA, ONU-Mujeres y VNU, 2013).

⁶⁷ *Ibid.*

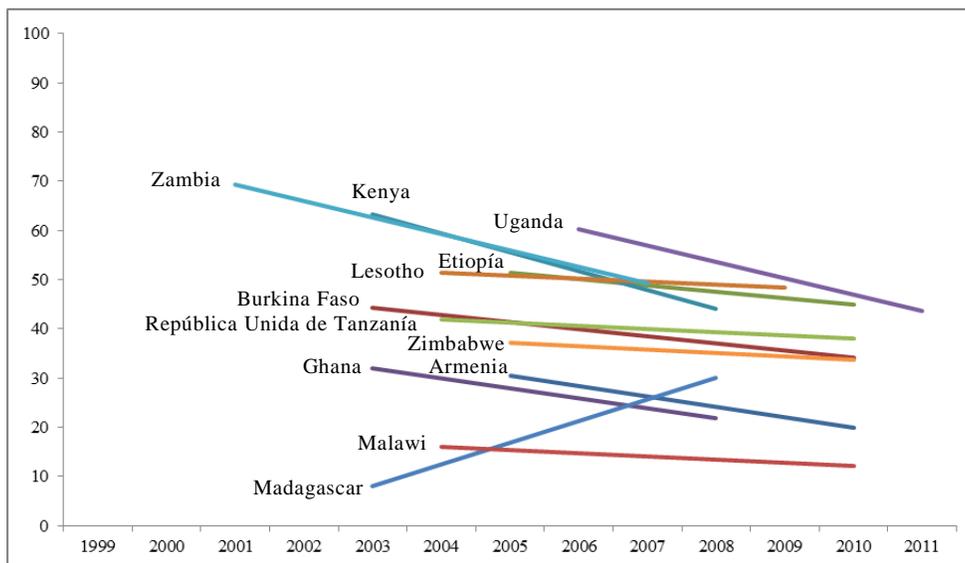
salud negativos para las mujeres y sus hijos. El 38% de todos los homicidios de mujeres en todo el mundo son cometidos por las parejas íntimas. Aparte de las lesiones mortales y no mortales, las experiencias de violencia dentro de la pareja entre las mujeres están asociadas con un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Además, las mujeres que han sufrido violencia sexual o física dentro de la pareja muestran tasas más elevadas de abortos inducidos y de nacimientos con resultados no deseables, en particular el bajo peso al nacer y el parto prematuro. La violencia basada en el género también tiene enormes costos sociales y económicos a corto y largo plazo para las sociedades, incluidos costos directos para el gasto público en salud, costos económicos indirectos relacionados con la participación en la fuerza laboral, la pérdida de días de trabajo y los ingresos a lo largo de la vida, así como costos indirectos a largo plazo para la salud y el bienestar de los niños y otras personas que viven en hogares en los que hay violencia⁶⁸.

117. El programa de encuestas demográficas y de salud reunió datos en 12 países sobre las actitudes hacia el “maltrato de la esposa” al menos en dos distintos puntos temporales para determinar el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que convenían en que se justificaba que un cónyuge o una pareja golpeará o maltratará a su esposa o pareja al menos por uno de los motivos siguientes: si dejaba que se quemara la comida, si discutía con él, si salía de la casa sin comunicárselo, si descuidaba a los hijos o si se negaba a mantener relaciones sexuales. En el gráfico 6 se observa que se ha reducido apreciablemente el porcentaje de varones que están de acuerdo con alguno de esos motivos como justificación de esta forma particular de violencia física dentro de la pareja. Si bien estas tendencias indican cambios favorables en cuanto al respeto de los hombres hacia la dignidad de la mujer, cabe señalar que en cinco países todavía más del 40% de los encuestados están de acuerdo con las justificaciones de la violencia doméstica⁶⁹.

⁶⁸ R. K. Jewkes y col., “Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9734, págs. 41 a 48; A. R. Morrison y M. B. Orlando, “The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: methodological considerations and new evidence”. Documento de trabajo núm. 36151 (Washington D.C., Banco Mundial, 2004); H. A. Weiss y col., “Spousal sexual violence and poverty are risk factors for sexually transmitted infections in women: a longitudinal study of women in Goa, India”, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 84, núm. 2 (2008), págs. 133 a 139; OMS, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*.

⁶⁹ Los 12 países sobre los cuales se dispone de datos son: Armenia, Burkina Faso, Etiopía, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe; véanse los datos de las encuestas demográficas y de salud (<http://www.measuredhs.com/>); y la base de datos de UNICEF Childinfo (<http://www.childinfo.org/attitudes.html>).

Gráfico 6
Tendencias en las actitudes de los hombres hacia el “maltrato de la esposa”



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, todos los países sobre los cuales se dispone de datos respecto de por lo menos dos puntos temporales, en www.measuredhs.com (consultado el 15 de noviembre de 2013).

118. Se observan tendencias similares en las actitudes de las mujeres y una reducción general entre los puntos temporales de la encuesta. Sin embargo, a pesar de esas tendencias positivas, hasta un 70% de las mujeres encuestadas en algunos países seguían estando de acuerdo con que el maltrato de la esposa se justificaba en determinadas circunstancias⁷⁰.

119. La rendición de cuentas por parte de los gobiernos y las políticas destinadas a promover el empoderamiento de las mujeres y la igualdad entre los géneros que cuenten con el apoyo de la comunidad son esenciales para prevenir y responder a la violencia basada en el género, así como las intervenciones sociales y económicas que cuestionen las normas sociales y promuevan los derechos económicos y el empoderamiento de las mujeres⁷¹. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en su 57º período de sesiones aprobó las conclusiones convenidas sobre la eliminación y la prevención de todas las formas de violencia contra la mujer (E/2013/27, cap. I, secc. A) en las que la Comisión instó a los gobiernos a fortalecer los marcos jurídicos y normativos, y a vigilar y asegurar la rendición de cuentas, abordando al mismo tiempo las causas estructurales de la violencia y promoviendo respuestas multisectoriales.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ G. Sen, *Sexual and reproductive health and rights in the post 2015 development framework*, documento de debate provisional preparado para la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en los Países Bajos del 7 al 10 de julio de 2013; OMS, *Global and regional estimates of violence against women* (véase la nota 61).

120. En las directrices de la OMS se insta a reforzar una respuesta múltiple de los sistemas de salud para hacer frente a la violencia dentro de la pareja y la violencia sexual, mejorar el acceso a servicios de tratamiento esenciales, como los anticonceptivos de emergencia, el aborto en casos de embarazo resultante de una violación, la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y el apoyo a la salud mental⁷².

121. En varias resoluciones, el Consejo de Seguridad ha reconocido el alcance de la violencia contra las mujeres y las niñas y se responde a ella, incluida la resolución 2122 (2013), en la que el Consejo reconoció la importancia de que la asistencia humanitaria incluyera toda la gama de servicios de salud para las mujeres afectadas por situaciones de conflicto, incluidas las que habían quedado embarazadas como consecuencia de una violación; la resolución 1325 (2000) sobre las repercusiones de los conflictos en las mujeres y la función que ellas desempeñan en la solución de los conflictos y la consolidación de la paz; la resolución 1820 (2008), en la que el Consejo señaló que la violencia sexual contra las mujeres en los conflictos podía constituir un crimen de guerra; y la resolución 1888 (2009), en la que el Consejo encomienda explícitamente a las misiones de mantenimiento de la paz la tarea de proteger a las mujeres y los niños de la violencia sexual en los conflictos.

122. La violencia contra los niños adopta muchas formas y la infligen tanto los adultos como los pares, y puede dar lugar a un mayor riesgo de suicidio, depresión y otros trastornos mentales, el uso indebido de sustancias psicotrópicas, una menor capacidad para evitar otras relaciones violentas y, en algunos casos, un mayor riesgo de que las propias víctimas cometan actos de violencia⁷³. Si bien las niñas son especialmente vulnerables a la violencia y el abuso sexuales, los nuevos datos multinacionales⁷⁴ están poniendo de relieve la experiencia de la violencia de los niños varones durante la infancia, a los que con demasiada frecuencia se les trata como algo normal para ellos pero que puede tener efectos a largo plazo y ser no menos traumáticos que para las niñas.

123. Los datos recientes de una serie de seis países⁷⁵ confirman la observación de larga data de que los hombres son más proclives a recurrir a la violencia contra las mujeres y los niños si no muestran actitudes favorables a la igualdad entre los géneros, si han presenciado actos de violencia en el hogar durante la infancia, si

⁷² OMS, *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines* (Ginebra, 2013).

⁷³ Véase, entre otros, el informe del experto independiente para el estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, 2006 (véase A/61/299); OMS y Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Desatención de los Niños, *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006).

⁷⁴ Representan las encuestas realizadas en el Brasil, Chile, Croacia, la India, México y Rwanda (Images/Promundo). Conclusiones presentadas por el Dr. Gary Barker en el diálogo sobre los hombres y los niños, la masculinidad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en Nueva York, el 23 de septiembre de 2013.

⁷⁵ G. Barker y col., *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Washington D.C., Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer; Río de Janeiro, Instituto Promundo, enero de 2011).

están sufriendo estrés económico agudo o dificultades debido al desplazamiento o a conflictos⁷⁶.

124. Los psicólogos sugieren que algunas personas pueden disipar temporalmente el temor agudo que prevalece en las guerras o conflictos cometiendo actos de agresión contra otros. Ese tipo de reacción también puede dar lugar a un aumento de la violencia entre los no combatientes. La violación y otras formas de violencia sexual son utilizadas como una táctica de guerra pero su frecuencia también aumenta entre la población no combatiente durante la inestabilidad relacionada con la guerra y el conflicto⁷⁷.

125. Datos recientes provenientes de la región oriental de la República Democrática del Congo, que ha experimentado una violencia intestina sostenida durante más de un decenio, demuestran que casi la mitad (48%) de los varones no combatientes decían que habían usado la violencia física contra mujeres, el 12% reconocían haber cometido violaciones dentro de la pareja, y el 34% dijeron que habían cometido algún tipo de violencia sexual. Además, de todos los hombres y mujeres encuestados, el 9% de los hombres adultos habían sido víctimas de violencia sexual, y el 16% de los hombres y el 26% de las mujeres habían sido obligados a presenciar actos de violencia sexual⁷⁸. Todos los datos disponibles indican que las consecuencias de esa violencia pueden ser graves y de largo plazo⁷⁹, y se vienen realizando varias actividades en pequeña escala en la región oriental de la República Democrática del Congo para tratar de ayudar a las víctimas y sus familias a superar el trauma emocional y las cicatrices físicas⁸⁰.

126. De todas las cuestiones relacionadas con el Programa de Acción que figuran en la encuesta mundial, “poner fin a la violencia basada en el género” fue una de las cuestiones abordadas por la proporción más alta de gobiernos (88%). A nivel regional, la cuestión fue abordada por el 94% de los gobiernos en África, el 87% en América, el 90% en Asia, el 82% en Europa y el 77% en Oceanía.

127. En lo que respecta a los marcos jurídicos para prevenir y combatir el abuso, el descuido y la violencia, solo 87% de los países informaron en la encuesta mundial

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Presentación de Ernesto Mujica en el diálogo sobre los hombres y los niños, la masculinidad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nueva York, el 23 de septiembre de 2013.

⁷⁸ H. Slegel y col., *Gender Relations, Sexual Violence and the Effects of Conflict on Women and Men in North Kivu, Eastern Democratic Republic of Congo: Preliminary Results of the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Ciudad del Cabo, Sonke Gender Justice Network; Washington D.C., Promundo-US, 2012).

⁷⁹ E. Kinyanda y col., “War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: A cross-sectional study”, *BMC International Health and Human Rights* 2010, vol. 10, noviembre de 2010; J. Ward y M. Marsh, “Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: realities, responses and required resources”, documento informativo preparado para el Simposio internacional sobre la violencia sexual en los conflictos y después, celebrado en Bruselas, del 21 al 23 de junio de 2006; A. O. Longombe, K. M. Claude y J. Ruminjo, “Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies”, *Reproductive Health Matters*, vol. 16, núm. 31 (2008), págs. 132 a 141; I. Joachim, “Sexualised violence in war and its consequences”, en *Violence against Women in War: Handbook for Professionals Working with Traumatized Women*, editado por Medica Mondiale (Frankfurt, Mabuse, 2005), págs. 63 a 110.

⁸⁰ Panzi Hospital, *Annual Activity Report: Panzi Hospital 2012*. En http://www.panzihospital.org/wp-content/uploads/2013/03/0823-Panzi_ENG_v9.pdf.

de que habían promulgado y aplicado leyes que tipificaban como delito la violación y otras formas de explotación sexual, y solo el 53% de los países habían promulgado y aplicado leyes que tipificaban como delito la violación en el matrimonio (África: 39%, América: 57%; Asia: 48%; Europa: 75%; Oceanía: 62%).

128. El 73% de los países habían promulgado leyes que tipificaban como delito la violencia dentro de la pareja, cuestión a la que se ha asignado prioridad en América (88%) y en Europa (84%), a diferencia de Asia (61%), África (68%) y Oceanía (71%).

129. En cuanto a la tipificación como delito de la explotación sexual de los jóvenes, especialmente de las niñas, el 83% de los países informaron de que habían promulgado y aplicado leyes, y el 77% habían promulgado y aplicado leyes que prohibían la utilización de niños en la pornografía.

130. Si se calcula un indicador compuesto para los seis aspectos jurídicos referidos, los resultados muestran que solo el 28% de los países han promulgado y aplicado leyes en todos los casos. Así lo han hecho casi la mitad de los países de Europa (48%) y de Oceanía (46%), y en una proporción menor los países de África (26%), Asia (15%) y América (14%). **Los Estados deberían adoptar y aplicar políticas, medidas y leyes para prevenir, sancionar y eliminar la violencia basada en el género dentro y fuera de la familia, así como en situaciones de conflicto y posteriores a los conflictos. Se deberían revisar las leyes que exoneran a los autores de actos de violencia contra las mujeres y las niñas, incluidas las disposiciones que les permiten eludir el castigo si contraen matrimonio con la víctima o si son la pareja o el esposo de la víctima. La violencia sexual también debería eliminarse de las disposiciones de amnistía posteriores a los conflictos dentro del marco de una legislación reforzada y su aplicación para poner fin a la impunidad.**

131. **Los Estados deberían aumentar su capacidad para reconocer y prevenir la violencia, garantizar la prestación de servicios destinados a mitigar las consecuencias de la violencia y facilitar la plena rehabilitación de las víctimas. Además, los Estados deberían reforzar la vigilancia sistemática y ampliar las investigaciones para que incluyan importantes cuestiones que aún no se han abordado, como el número de personas que viven en condiciones de constante temor; la violencia en las escuelas; las prisiones y las fuerzas armadas; las causas y las consecuencias de la violencia; y la eficacia de las intervenciones y de las leyes y sistemas para la protección y recuperación de las víctimas y sobrevivientes.**

132. **Los Estados deberían garantizar que todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia basada en el género tengan acceso inmediato a servicios esenciales, incluidas líneas telefónicas de atención las 24 horas del día; servicios de apoyo psicosocial y salud mental; tratamiento de lesiones; atención posterior a las violaciones, incluidos anticonceptivos de emergencia, profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por el VIH y acceso a servicios de aborto en condiciones seguras en todos los casos de violencia, violación e incesto; protección policial, vivienda segura y refugio; documentación de los casos, servicios forenses y asistencia jurídica; y remisión de casos y apoyo a más largo plazo.**

Prioridades de las organizaciones de la sociedad civil en relación con la violencia basada en el género

133. Según una encuesta reciente (2013) realizada entre 208 organizaciones de la sociedad civil⁸¹ de tres regiones (América, África y Europa) que trabajan en la esfera de la violencia basada en el género, en África el 23% de las organizaciones de la sociedad civil consideran que “las normas de género y la participación de los hombres” constituyen una cuestión de máxima prioridad para la política pública para los próximos 5 a 10 años. En América y Europa, el 31% y el 21% de las organizaciones de la sociedad civil, respectivamente, consideraban que “la elaboración de programas, políticas, estrategias y leyes y la creación de instituciones para erradicar la violencia basada en el género” constituyeran una prioridad. Por último, las organizaciones de la sociedad civil de todas las regiones también señalaron sistemáticamente la “eliminación de todas las formas de violencia”, inclusive la violencia sexual, la violación, la violencia doméstica y el femicidio, entre otras cosas, como cuestión de máxima prioridad para la política pública para los próximos 5 a 10 años (África: 20%; América: 22%; Europa: 26%).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 3

Violencia basada en el género

Documentos vinculantes. en los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la violencia basada en el género pasó a ser un importante problema de derechos humanos, en particular en documentos regionales vinculantes, entre ellos: la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994; en vigor desde 1995) que fue ratificada por la mayoría de los Estados Miembros de la OEA; el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África (1995; en vigor desde 2005); y el Convenio del Consejo de Europa para Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (2011; todavía no ha entrado en vigor), que entrará en vigor una vez que haya sido ratificado por 10 Estados.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos ha aprobado una serie de resoluciones sobre la intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, en particular la resolución 14/12, titulada “Acelerar los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer: garantizar la diligencia debida en la prevención (2010).

⁸¹ Solo se permitió responder a la encuesta a un representante de cada una de las organizaciones de la sociedad civil, independientemente del tamaño y el alcance de la organización. Por lo tanto, varias organizaciones de la sociedad civil que respondieron a la encuesta tienen un alcance nacional, regional o mundial con amplias poblaciones beneficiarias.

Otras normas de derecho no vinculantes. Las observaciones finales de diversos órganos creados en virtud de tratados exigen a los Estados adoptar medidas para prevenir la violencia sexual, ofrecer servicios de rehabilitación y reparación a las víctimas de la violencia sexual, y procesar a los responsables⁸².

4. La mutilación/ablación genital femenina

134. La mutilación/ablación genital femenina se refiere a todas las prácticas que incluyen la “extirpación parcial o total de los genitales externos u otras lesiones a los órganos genitales de la mujer por razones no médicas”⁸³. La práctica de la mutilación/ablación genital femenina puede causar consecuencias y riesgos a corto y largo plazo para la salud, que aumentan de acuerdo con la gravedad del procedimiento. La mutilación/ablación genital femenina no ofrece ningún beneficio conocido para la salud de las mujeres y las niñas⁸⁴.

135. Unos 125 millones de mujeres y niñas de todo el mundo viven con las consecuencias de la mutilación/ablación genital femenina, y cada año aproximadamente 3 millones de niñas, la mayoría de ellas menores de 15 años, corren el riesgo de ser sometidas a ese procedimiento. La práctica de la mutilación/ablación genital femenina está muy difundida en más de 29 países, sobre todo en las regiones occidental, oriental y nororiental de África y en algunos Estados árabes (véase el gráfico 7)⁸⁵.

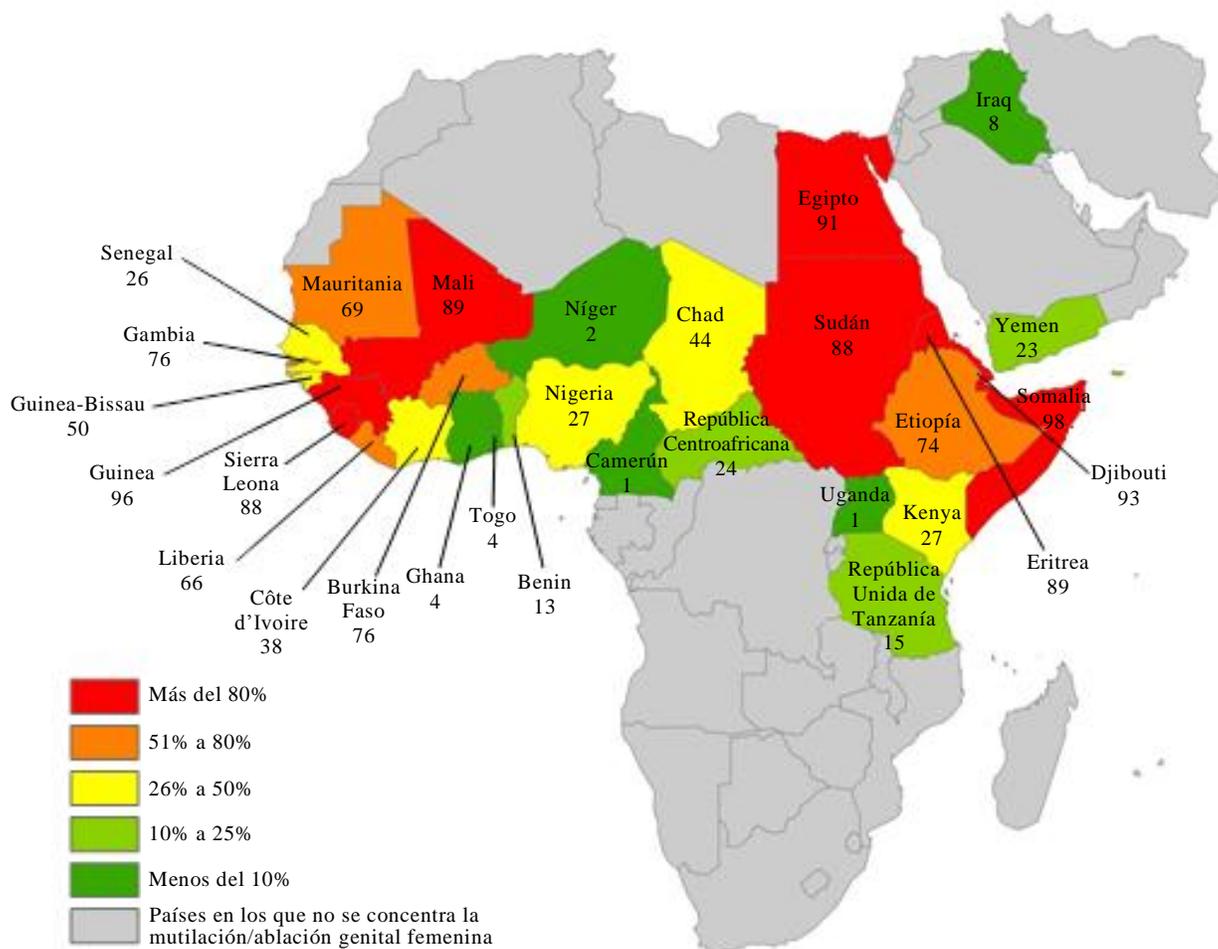
⁸² Véanse las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño, formuladas tras el examen del tercer informe periódico del Líbano (CRC/C/42/3, párr. 429 d)); las observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, formuladas tras el examen de los informes periódicos cuarto, quinto y sexto de la República Unida de Tanzania (A/63/38, parte 2, cap. IV.B, párr. 120); y las observaciones finales del Comité contra la Tortura, formuladas tras el examen del segundo informe periódico de Costa Rica (A/63/44, párr. 40 (19)).

⁸³ OMS, “Female Genital Mutilation”, Fact sheet núm. 241 (Febrero de 2014); en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>. OMS, Declaración interinstitucional conjunta sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (Ginebra, 2008); en http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf.

⁸⁴ OMS, Declaración interinstitucional conjunta sobre la eliminación de la mutilación genital femenina.

⁸⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*, (Nueva York, 2013); UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: *Accelerating Change, Annual Report 2012* (Nueva York, 2013); OMS, Declaración interinstitucional conjunta sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (2008).

Gráfico 7
Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a mutilación/ablación genital femenina, por país



Fuente: UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change* (Nueva York, 2013).

136. Los factores socioeconómicos, como el nivel de instrucción y los ingresos del hogar, influyen en la prevalencia de la mutilación/ablación genital femenina y en las actitudes con respecto a ella dentro de los países, mientras que, debido al aumento de la migración, la prevalencia de la práctica entre las mujeres y las niñas que viven fuera del país de origen también va en aumento⁸⁶.

⁸⁶ UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*; OMS, Declaración interinstitucional conjunta sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (2008); P. S. Yoder, N. Abderrahim y A. Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS

137. Desde que se emitió la declaración interinstitucional conjunta del UNICEF, el UNFPA y la OMS en 1997⁸⁷, se han hecho grandes esfuerzos para eliminar la práctica de la mutilación/ablación genital femenina y, de hecho, en los últimos decenios se ha podido observar un aumento de la atención y los recursos dedicados a nivel internacional a poner fin a esa práctica. Numerosos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos protegen los derechos de las mujeres y las niñas y exhortan a erradicar la práctica de la mutilación/ablación genital femenina. Dicha práctica constituye una violación de los derechos de las niñas, los derechos de todas las personas a alcanzar el nivel más alto posible de salud, y el derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, o tratos inhumanos o degradantes; y es una forma de desigualdad entre los géneros y discriminación contra la mujer⁸⁸. No obstante, su persistencia y escala, así como las proyecciones estadísticas que indican que para 2030, 20,7 millones de niñas nacidas entre 2010 y 2015 probablemente serán sometidas a alguna forma de mutilación/ablación genital⁸⁹, siguen poniendo de relieve la urgente necesidad de intensificar, ampliar y mejorar las actividades destinadas a acelerar la actual tasa anual de reducción y eliminar la práctica en menos de una generación. Por lo tanto, en la nueva declaración interinstitucional conjunta emitida por un grupo más amplio de organismos de las Naciones Unidas en 2008 se exhorta a aumentar las actividades de apoyo y promoción y los recursos destinados a eliminar la mutilación/ablación genital femenina a nivel comunitario, nacional e internacional⁸⁸.

138. Según la encuesta mundial, el 46% de los países han promulgado y aplicado leyes para proteger a las niñas contra las prácticas nocivas, en particular la mutilación/ablación genital femenina, incluidos el 66% de los países de África y solo el 26% de los países de Asia.

139. Es poco probable que se logren buenos resultados solo con leyes punitivas que tipifiquen como delito la mutilación/ablación genital femenina. Estas deben ir acompañadas de campañas de promoción y sensibilización pública que tengan en cuenta las diferencias culturales y que den lugar a un cambio sostenido en las actitudes culturales y comunitarias. Es esencial contar con planteamientos dirigidos por la comunidad y apoyados por los líderes nacionales y locales para lograr el cambio de comportamiento sostenido necesario para proteger los derechos de las mujeres y las niñas mediante la eliminación de esa práctica⁸⁸. De hecho, las comunidades que han utilizado un proceso de adopción de decisiones colectivo y participativo han conseguido abandonarla⁹⁰.

140. Los Estados deberían elaborar, apoyar y aplicar estrategias amplias e integradas para la erradicación de la mutilación/ablación genital femenina, inclusive mediante la capacitación de los trabajadores sociales, el personal médico, los dirigentes religiosos y comunitarios y otros profesionales pertinentes, velar por que estos ofrezcan atención y servicios de apoyo eficaces a las mujeres y

Comparative Reports núm. 7 (Calverton, Maryland, Estados Unidos de América, ORC Macro, 2004).

⁸⁷ OMS, Declaración conjunta OMS/UNICEF/UNFPA sobre la mutilación genital femenina. (Ginebra, 1997).

⁸⁸ OMS, Declaración interinstitucional conjunta sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (2008).

⁸⁹ Véase UNFPA, MDG5b+Info database (www.devinform.org/mdg5b/).

⁹⁰ UNFPA-UNICEF *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change, Annual Report 2012*.

las niñas que han sido sometidas o que corren el riesgo de ser sometidas a la mutilación/ablación genital femenina, y establecer mecanismos oficiales para denunciar a las autoridades competentes los casos en que se crea que las mujeres o las niñas están en riesgo, y asegurar que los profesionales de la salud puedan reconocer y tratar las complicaciones de salud derivadas de la práctica.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 4

Mutilación/ablación genital femenina

Documentos vinculantes. A nivel regional, en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África (1995; en vigor desde 2005) se señala que “Los Estados Partes prohibirán y condenarán todas las formas de prácticas nocivas que tengan un efecto negativo sobre los derechos humanos de la mujer ... Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas y de otra índole que sean necesarias para eliminar tales prácticas, incluida la prohibición a través de medidas legislativas respaldadas por la aplicación de sanciones, de todas las formas de mutilación genital femenina”. En el artículo 38 del Convenio del Consejo de Europa para Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (2011; aún no ha entrado en vigor) se señala que “las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otra índole necesarias para asegurar que se tipifiquen como delitos las siguientes conductas intencionales: a) la escisión, la infibulación o cualquier otro tipo de mutilación o ablación total o parcial de los labios mayores, los labios menores o el clítoris; b) la coerción de una mujer para que se someta a cualquiera de los actos enumerados en el punto a); c) la incitación, la coerción o coacción de una niña para que se someta a cualquiera de los actos enumerados en el punto a)”.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. la Asamblea General ha aprobado varias resoluciones sobre la eliminación de las prácticas nocivas, incluida la mutilación/ablación genital femenina, entre ellas la resolución histórica 67/146, relativa a la intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina (2012).

5. Prioridades de los gobiernos: la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer

Empoderamiento económico y empleo	71% de los gobiernos
Empoderamiento y participación política	59% de los gobiernos
Eliminación de todas las formas de violencia	56% de los gobiernos
Normas de género y participación de los hombres	22% de los gobiernos
Equilibrio entre la vida laboral y la vida personal	7% de los gobiernos

141. Promover y facilitar el “empoderamiento económico” de la mujer fue la prioridad mencionada con mayor frecuencia por al menos dos tercios de los países de cuatro de las cinco regiones: África (67%), Asia (78%), Europa (79%) y Oceanía (71%). En América, ocupó el segundo lugar entre las prioridades mencionadas con mayor frecuencia (59% de los gobiernos), después de la “eliminación de todas las formas de violencia”. Estas cifras están en consonancia con el reconocimiento generalizado de que la participación de las mujeres en el lugar de trabajo impulsa el crecimiento y el desarrollo económicos, fenómeno que ha contribuido al reciente crecimiento económico en muchos países de Asia.

142. “El empoderamiento político y la participación” fue un cuestión prioritaria para las dos terceras partes de los gobiernos de África (63%), Asia (66%) y Oceanía (64%); mientras que en Europa y América lo fue para el 48% y el 53% de los gobiernos, respectivamente. Es notable que “el empoderamiento político y la participación de la mujer” fue una cuestión prioritaria para solo el 45% de los gobiernos de los países de altos ingresos que no eran miembros de la OCDE y el 41% de los países de la OCDE de altos ingresos. Entre otros grupos de ingresos fue una mayor prioridad: entre los países de ingresos bajos, medianos bajos y medianos altos, el 62%, el 67% y el 62% de los gobiernos, respectivamente, le asignaron prioridad.

143. El bajo nivel de apoyo al empoderamiento político de la mujer entre los países ricos que no son miembros de la OCDE y los países ricos de la OCDE puede reflejar diferentes valores fundamentales. La mayor proporción de escaños parlamentarios ocupados por mujeres corresponde a los países de la OCDE con ingresos altos, lo cual indica que se ha avanzado bastante en lo que respecta a la participación política de la mujer, por lo que es posible que se considere innecesaria una intervención del Gobierno. En cambio, las proporciones más bajas de escaños corresponden a los países con altos ingresos que no son miembros de la OCDE, lo cual indica un apoyo relativamente menor al liderazgo político de las mujeres, lo que podría reflejar el hecho de que esos países han experimentado un desarrollo económico muy rápido que ha superado el ritmo del cambio social y político.

144. A nivel mundial, entre las prioridades que se mencionan con mayor frecuencia en lo que respecta a la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, la “eliminación de todas las formas de violencia” ocupó el tercer lugar, y fue mencionada por el 56% de los países⁹¹. Esta prioridad fue mencionada con mayor frecuencia por los países de América, a saber, por un 69% de los gobiernos, porcentaje que se sitúa muy por encima de la media mundial. De conformidad con la OMS, aunque la incidencia a lo largo de la vida de la violencia física y sexual dentro de la pareja e infligida por una persona que no es la pareja es más alta en África, una menor proporción de países de la región asignaron prioridad a esta cuestión (49%), en comparación con América (69%), Europa (69%) y Oceanía (57%).

145. Únicamente el 22% de los gobiernos de todo el mundo asignaron prioridad a “Las normas de género y la participación de los hombres” y los que las mencionaron con mayor frecuencia fueron los gobiernos de Europa (34%). Los gobiernos de la

⁹¹ Comprende todas las prioridades que abordan la eliminación de todas las formas de violencia contra todo tipo de personas, incluida la violencia basada en el género, la violencia sexual (la violación), la violencia doméstica, la trata de personas, la esclavitud, el femicidio y la esterilización forzada.

mayoría de países de bajos ingresos y de ingresos medianos bajos no asignaron prioridad a esta cuestión, y solo el 15% y el 14%, respectivamente, las mencionaron. Solo tres países (Armenia, China y la India), países en los que la proporción entre los sexos es muy asimétrica, atribuyeron prioridad a “abordar la preferencia por los hijos varones”.

146. En contraste con la prioridad mundial compartida de promover la participación económica de la mujer, solo el 7% de los países de todo el mundo, en su mayoría de Europa, consideraron que el “equilibrio entre la vida laboral y la vida personal”⁹² era una prioridad. Al parecer, en general se reconoce que la inclusión de la mujer en el lugar de trabajo representa un claro avance; sin embargo, será necesario adoptar políticas integrales que incluyan la licencia parental (de maternidad y paternidad) y guarderías de calidad para garantizar el bienestar de los niños y las familias y evitar sobrecargar a las mujeres.

147. Los Estados deberían iniciar campañas nacionales, incluso mediante la información y los planes de estudio, y mejorar la capacidad del sistema de enseñanza, tanto académica como no académica, y de los grupos comunitarios para eliminar el sexismo, incluida la violencia contra las mujeres y las niñas, y promover la participación de los hombres y los niños y el reparto equitativo de responsabilidades, incluso mediante el establecimiento de escuelas especiales para hombres y niños y otras instituciones basadas en la comunidad, a fin de facilitar la concienciación, la exposición y el cambio de comportamiento.

C. Adolescentes y jóvenes

1. La importancia demográfica de los jóvenes

148. Los cambios demográficos ocurridos en los últimos decenios han dado lugar a la generación más numerosa de jóvenes (de 10 a 24 años) en todo el mundo, compuesta por adolescentes (de 10 a 19 años) y jóvenes (de 15 a 24 años). En 2010, el 28% de la población mundial tenía entre 10 y 24 años, porcentaje ligeramente superior a la proporción correspondiente en Asia, y más del 31% de la población de África (véase el gráfico 8). Si bien esa proporción disminuirá en la mayoría de las regiones en los próximos 25 años, seguirá siendo superior al 20% en todas las regiones, con excepción de Europa hasta 2035, y superior al 30% en África hasta 2035⁹³.

⁹² Comprende todas las prioridades dirigidas a facilitar y garantizar el equilibrio de las funciones de la mujer en el hogar y el lugar de trabajo, y la preservación de la familia.

⁹³ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase nota 7).

Gráfico 8
Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años),
en todo el mundo y por región, 1950-2050

(Variante de fecundidad media)

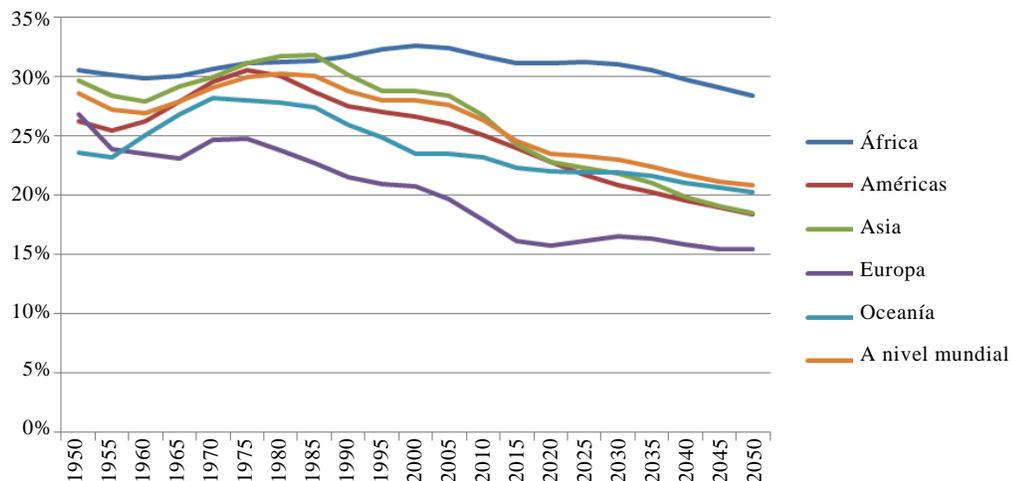


Gráfico 8.a
Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años)
en África, por subregión, 1950 a 2050

(Variante de fecundidad media)

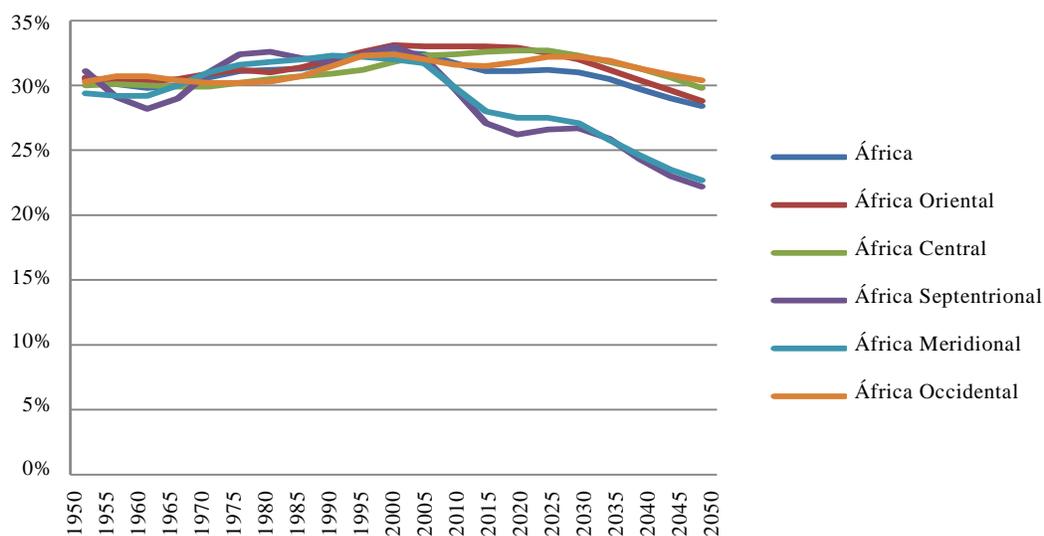


Gráfico 8.b
Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años)
en las Américas, por subregión, 1950 a 2050

(Variante de fecundidad media)

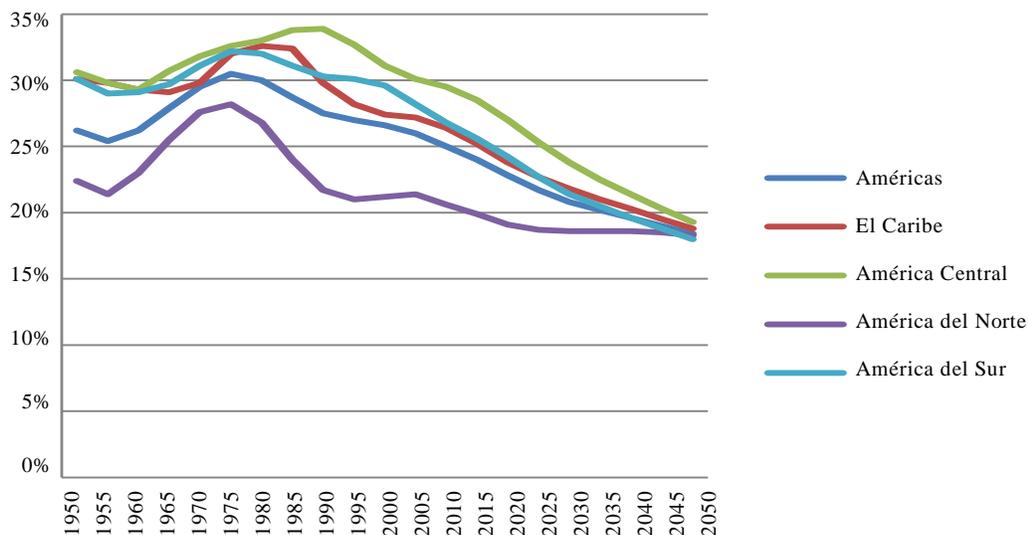


Gráfico 8.c
Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años)
en Asia, por subregión, 1950 a 2050

(Variante de fecundidad media)

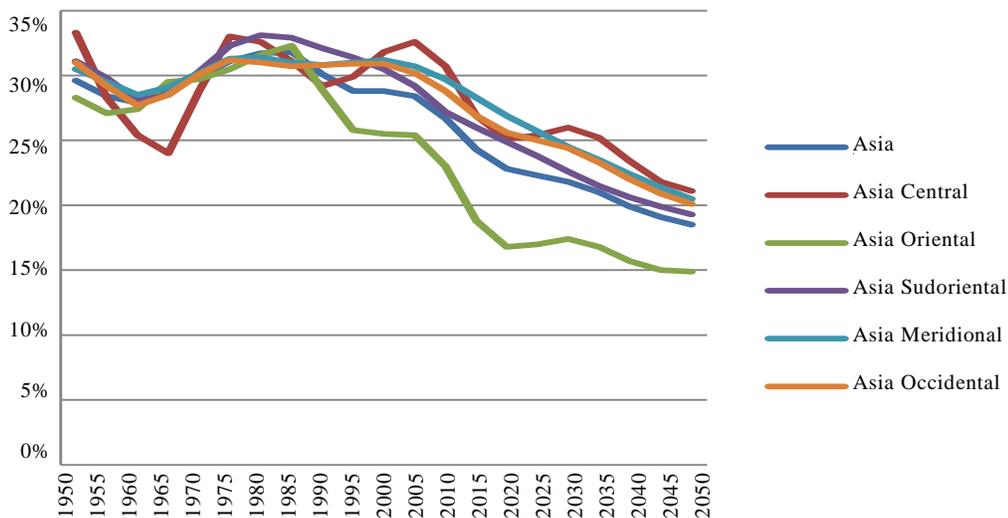


Gráfico 8.d
Tendencias y proyecciones de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) en Europa, por subregión, 1950 a 2050

(Variante de fecundidad media)

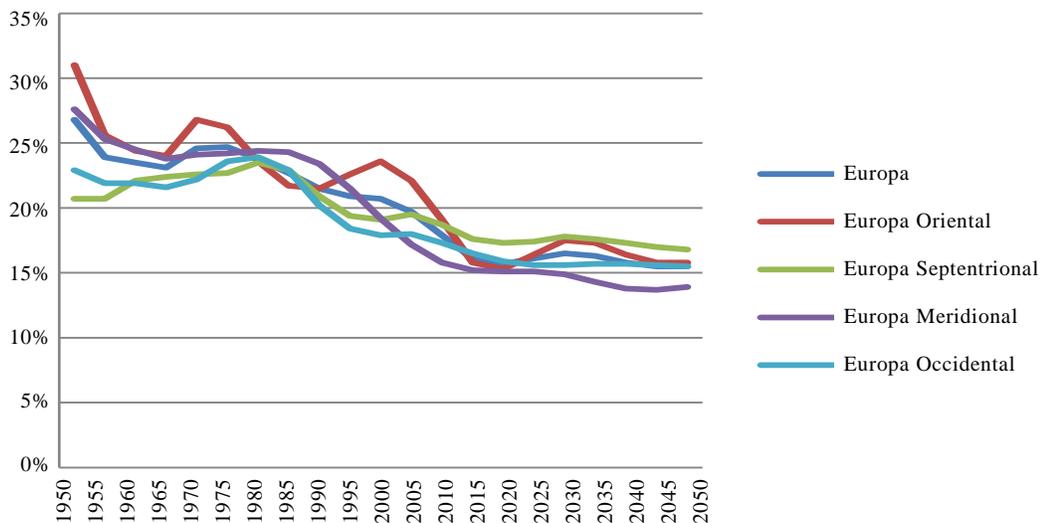
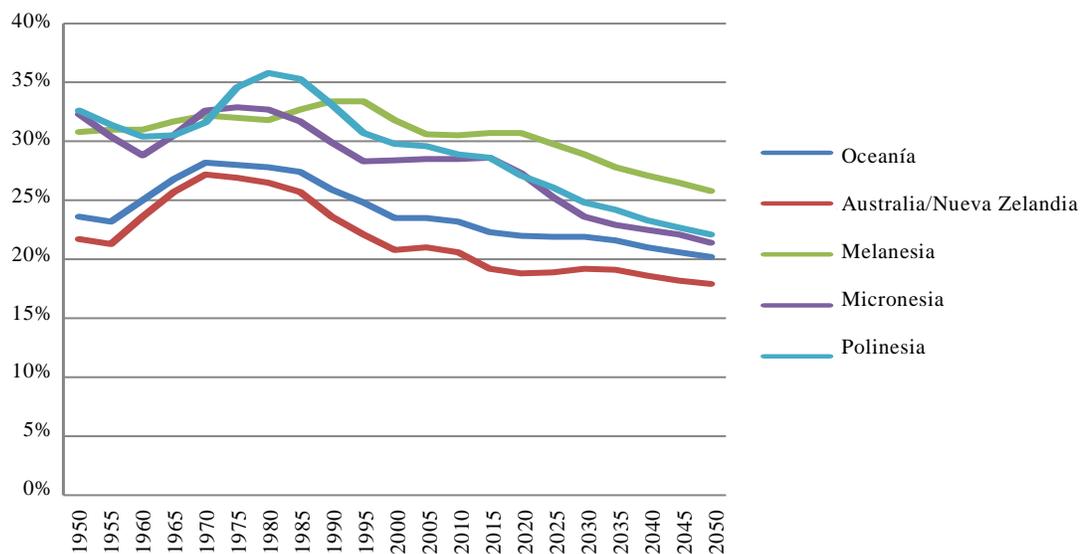


Gráfico 8.e
Tendencias de la proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) en Oceanía, por subregión, 1950 a 2050

(Variante de fecundidad media)



Fuente: *World Population Prospects: The 2012 Revision*, noviembre de 2013 (ST/ESA/SER.A/336).

149. La importancia central de los adolescentes y los jóvenes para la agenda para el desarrollo en los próximos dos decenios, sin embargo, no obedece a su número en términos absolutos⁹⁴, sino a cuatro condiciones fundamentales:

a) La disminución de la fecundidad que siguió a los nacimientos de esos adolescentes y jóvenes significa que estos deberán ser autónomos y prosperar, ya que no habrá una cohorte más numerosa y joven que los apoye cuando envejezcan, y se espera que vivan hasta una edad avanzada, teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida;

b) Será necesario además que apoyen a la población actual cada vez más numerosa de personas de edad;

c) La mayor parte de esta cohorte crece en países pobres, en que los sistemas de salud y educación son de mala calidad, no está garantizado el derecho a la elección en materia de reproducción y a la salud reproductiva, escasean los buenos empleos y se ponen trabas a la migración;

d) Tienen expectativas superiores a las de las generaciones que los precedieron en cuanto a autonomía, libertad y oportunidades. La era de la información les ha enseñado sus derechos humanos y les ha dado una visión más amplia de la vida que podrían tener.

150. La disminución de las tasas de fecundidad también presenta oportunidades a los países de ingresos bajos y medianos, ya que la proporción de la población correspondiente a los jóvenes en edad de trabajar es históricamente elevada, y esas cohortes, si se les brindan oportunidades de aprendizaje y trabajo, pueden impulsar el crecimiento económico y el desarrollo. Por consiguiente, como se reconoce en la resolución 2012/1 de la Comisión de Población y Desarrollo, relativa a los adolescentes y jóvenes, el bienestar y la participación social positiva de esa cohorte de adolescentes y jóvenes dependen del compromiso de los gobiernos de proteger sus derechos humanos, desarrollar sus capacidades, hacer valer sus derechos a la salud sexual y reproductiva, prepararlos para actividades productivas y creativas y recompensarlos por su trabajo. Las inversiones en el desarrollo humano dirigidas a los adolescentes y los jóvenes son particularmente importantes para asegurar que estos tengan la capacidad y las oportunidades para definir su futuro y estimular las innovaciones necesarias para un futuro sostenible.

151. Las tendencias subregionales subrayan la alta proporción de jóvenes en todas las subregiones de África, entre las que solo África Septentrional y África Meridional han visto disminuir esa proporción. En Asia, la disminución de la proporción de jóvenes comenzó antes y tuvo lugar con mayor rapidez en Asia Oriental que en cualquier otro lugar de la región. Del mismo modo, la proporción de jóvenes disminuyó rápidamente en el decenio de 1980 en América del Norte y actualmente otras regiones de las Américas están convergiendo con el Norte. Las subregiones de Europa poseen una baja proporción de jóvenes, y en Oceanía se observan grandes diferencias entre las subregiones, con proporciones más altas en Melanesia.

⁹⁴ Cada cohorte de una edad mayor es la más numerosa que haya existido jamás del grupo de edad de que se trate; es decir, actualmente en el mundo viven la cohorte más numerosa de personas de 40 años, de personas de 50 años, de personas de 60 años, y así sucesivamente.

152. En lo que respecta a los jóvenes en general, los gobiernos que respondieron a la encuesta mundial conceden prioridad al empoderamiento económico y el empleo (70%) y a la inclusión social y la educación (56%). Esas prioridades ponen de relieve la interrelación entre el derecho a un empleo productivo y a un trabajo digno y la educación, la capacitación, la integración social y la movilidad, teniendo en cuenta la igualdad entre los géneros, como se afirma en la resolución 2012/1 de la Comisión de Población y Desarrollo. Por otro lado, en una serie de documentos negociados a nivel intergubernamental, como el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes, la resolución 2012/1 y los documentos finales de las reuniones regionales de examen, así como la declaración de múltiples interesados aprobada en el Foro Mundial de la Juventud celebrado en Bali (Indonesia), se destaca la importancia de la participación plena y efectiva de los jóvenes, así como de la inversión en los jóvenes como agentes fundamentales del desarrollo y el cambio social.

153. Los países que tendrán una cohorte numerosa de jóvenes en los próximos dos decenios han abordado en los últimos cinco años las necesidades de su población de adolescentes y jóvenes, en particular en materia de creación de empleo y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (creación de oportunidades de empleo para los jóvenes, 94%; igualdad de derechos y de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH, 94% (véase la sección III.D del presente informe, sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y salud para los jóvenes durante toda la vida). Un porcentaje elevado también ha abordado la cuestión de la violencia, la explotación y el abuso (81%) y han instituido procedimientos y mecanismos de participación concretos (81%). La lucha contra los efectos adversos de la pobreza en los adolescentes y los jóvenes es la cuestión abordada por la proporción más pequeña de países (75%), pero esa proporción sigue siendo mayor que la observada respecto de cualquier cuestión relacionada con el envejecimiento.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 5

Adolescentes y jóvenes

Instrumentos vinculantes. Desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, las cartas regionales de la juventud, como la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005; en vigor desde 2008) y la Carta Africana de los Jóvenes (2006, en vigor desde 2009), promueven una amplia gama de derechos de los jóvenes. La Carta Africana de los Jóvenes ofrece un marco para el empoderamiento de los jóvenes y el fortalecimiento de su participación y colaboración en las actividades para el desarrollo. En varios artículos de la Carta se consagran los derechos relacionados, entre otras cosas, con la no discriminación, la libertad de circulación, expresión, pensamiento y asociación; el desarrollo y la participación; la educación y el desarrollo de aptitudes; el empleo; la salud; y la paz y la seguridad. En la Convención Iberoamericana se reconoce el derecho de todos los jóvenes de 15 a 24 años a la plena realización de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y la condición de los jóvenes como agentes fundamentales del desarrollo. También se reconocen los derechos de los jóvenes relacionados, entre otras cosas, con la paz, la no

discriminación, la igualdad entre los géneros, la familia, la vida, la integridad personal, la participación, la educación, la educación sexual, la salud, el trabajo y las condiciones de trabajo, la vivienda y un medio ambiente saludable. A nivel internacional, a través del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000; en vigor desde 2002), los Estados partes se comprometen a garantizar que, como mínimo, tales actos “queden íntegramente comprendidos en su legislación penal, tanto si se han cometido dentro como fuera de sus fronteras, o si se han perpetrado individual o colectivamente”.

2. Matrimonio infantil, precoz y forzado

154. La denegación de los derechos humanos del niño mediante la práctica del matrimonio infantil, precoz y forzado es una violación que se sigue cometiendo de manera habitual en muchos países y en la mayoría de las regiones del mundo, incluso cuando las leyes lo prohíben. La vulnerabilidad al matrimonio infantil, precoz y forzado está relacionada con la pobreza extrema, la baja condición jurídica y social de la mujer y la vulnerabilidad de la comunidad, tanto como con las normas culturales. Si se mantienen las tendencias actuales, para 2020, otros 142 millones de niñas se habrán casado antes de los 18 años⁹⁵.

155. Las niñas de las zonas rurales de los países en desarrollo tienden a contraer matrimonio o vivir en pareja a un ritmo dos veces superior al de las mujeres de las zonas urbanas (44% y 22%, respectivamente). Las niñas con instrucción primaria tienen el doble de probabilidades que las niñas con instrucción secundaria o superior de contraer matrimonio o vivir en pareja antes de los 18 años. Sin embargo, las niñas que carecen de instrucción tienen tres veces más probabilidades que las niñas con instrucción secundaria o superior de contraer matrimonio o vivir en pareja antes de los 18 años. Además, más de la mitad (54%) de las niñas del quintil más pobre son niñas casadas, en comparación con solo el 16% de las niñas del quintil más rico⁹⁵.

156. En 2010, ascendían a 158 los países en que la edad mínima para contraer matrimonio era de 18 años. No obstante, en el período 2000-2011, alrededor del 34% de las mujeres de 20 a 24 años de las regiones en desarrollo se habían casado o vivían en pareja antes de los 18 años; además, se calcula que el 12% habían estado casadas o habían vivido en pareja antes de cumplir 15 años⁹⁵.

157. Según la encuesta mundial, solo el 51% de los países han abordado el matrimonio infantil y el matrimonio forzoso durante los últimos cinco años, lo que probablemente sea un reflejo de que esa práctica no es un problema en todos los países del mundo. Cuando el análisis se confinó a los 41 “países prioritarios” en que el matrimonio antes de los 18 años afectaba a más del 30% de las niñas, el 90% de los países que presentaron informes habían abordado la cuestión. Así y todo, tres de los países más pobres con altas tasas de matrimonio precoz (en los que esa práctica afectaba del 39% al 75% de las niñas) no habían abordado la cuestión, y 11 de los 41 países prioritarios no habían respondido a esa pregunta.

⁹⁵ UNFPA, *Marrying too Young: End Child Marriage* (véase nota 5).

158. Los Estados deberían preservar la dignidad y los derechos de las mujeres y las niñas erradicando todas las prácticas nocivas, entre ellas el matrimonio infantil, precoz y forzado mediante estrategias multisectoriales integradas, incluida la aprobación y aplicación universales de leyes en que se tipifique como delito el matrimonio antes de los 18 años, y mediante campañas masivas para crear conciencia acerca de las consecuencias perjudiciales de los matrimonios precoces para la salud y la vida, y estableciendo metas e incentivos nacionales para eliminar esa práctica en el plazo de una generación.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 6

Matrimonio infantil, precoz y forzado

Instrumentos vinculantes. A nivel regional, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de las mujeres en África (1995; en vigor desde 2005) refuerza las obligaciones consagradas antes de 1994 en las normas internacionales de derechos humanos y exige a los Estados signatarios que fijen en 18 años la edad mínima de las mujeres para contraer matrimonio. El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011; no ha entrado en vigor) exige que los Estados adopten “las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito el hecho, cuando se cometa intencionadamente, de obligar a un adulto o un menor a contraer matrimonio”.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos aprobó la histórica resolución 24/23 sobre la intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado: retos, logros, mejores prácticas y deficiencias en la aplicación (2013).

Otras normas de derecho no vinculantes. Mediante sus observaciones y recomendaciones generales, los órganos encargados de la supervisión de los tratados han convenido en que la edad mínima adecuada para contraer matrimonio es 18 años y que los Estados deberían promulgar leyes que aumenten a 18 años la edad mínima para contraer matrimonio, con o sin consentimiento de los padres⁹⁶

⁹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 21 sobre la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares (véase A/49/38, cap. I, secc. A); Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (véase A/59/41, anexo X).

3. Los alumbramientos de madres adolescentes y la función de mediación de la educación de la mujer

159. A nivel mundial, más de 15 millones de niñas de 15 a 19 años dan a luz cada año⁹⁷, y alrededor del 19% de las mujeres jóvenes de los países en desarrollo quedan embarazadas antes de cumplir los 18 años⁹⁸. Una proporción considerable de los embarazos de adolescentes son resultado de relaciones sexuales no consentidas y, en la mayoría de los casos, ocurren en el contexto del matrimonio precoz⁹⁹. Los embarazos que ocurren a edades tempranas entrañan mayores riesgos para la salud de la madre y el niño, y muchas de las niñas que quedan embarazadas abandonan la escuela o son expulsadas de la escuela, lo que limita drásticamente sus oportunidades y sus ingresos en el futuro, además de su propia salud y la de sus hijos¹⁰⁰. A nivel mundial, las tasas de natalidad entre las adolescentes son más altas en los países pobres y, en todos los países, se concentran en los sectores más pobres de la sociedad, lo que agrava el riesgo de problemas derivados de la maternidad tanto para la madre como para el niño¹⁰¹.

160. Las tasas de natalidad entre las adolescentes disminuyeron desde 1990 hasta 2010 en todos los países para todos los grupos de ingresos y todas las regiones. El aumento de la tasa de matriculación en la enseñanza secundaria de las personas de 15 a 19 años está asociado con la reducción de las tasas de natalidad entre las adolescentes (véase el gráfico 9). Si bien el aumento de la tasa de alfabetización de las jóvenes está relacionado con la reducción de las tasas de natalidad en todas las regiones, esa tendencia es menos evidente en los países de las Américas, que se caracterizan por elevados niveles de fecundidad de las adolescentes a pesar de las altas tasas de escolarización. De hecho, América Latina posee la segunda tasa de fecundidad de las adolescentes más alta del mundo, después de África Subsahariana, y la tasa de matriculación en la enseñanza secundaria no tiene en América Latina los mismos efectos que se observan en otras regiones en relación con la fecundidad de las jóvenes.

⁹⁷ Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2013 (véase nota 4).

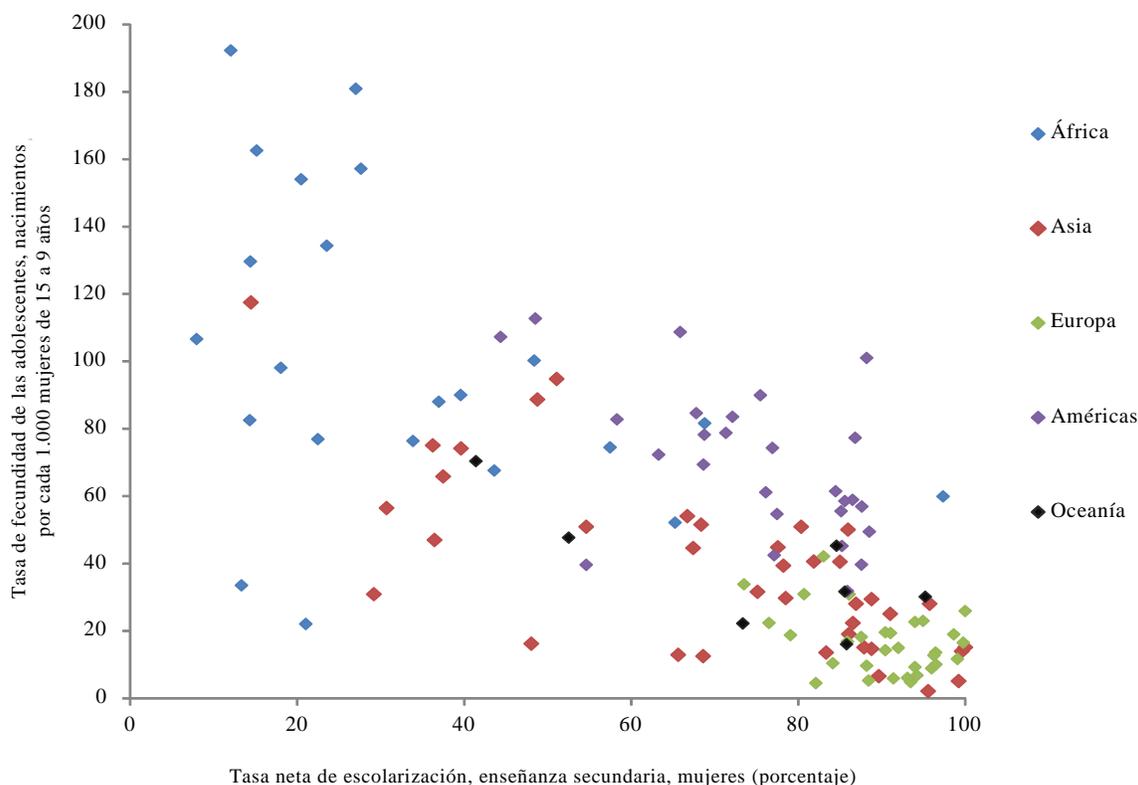
⁹⁸ *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood — Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.III.H.1). *Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente*. Disponible en <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>.

⁹⁹ K. G. Santhya, “Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 23, núm. 5 (2011), págs. 334 a 339.

¹⁰⁰ C. B. Lloyd y B. Mensch, “Marriage and childbirth as factors in dropping out of school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa”, *Population Studies*, vol. 62, núm. 1 (2008), págs. 1 a 13; K. G. Santhya y cols., “Associations between early marriage and young women’s marital and reproductive health outcomes: evidence from India”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, núm. 3 (2010), págs. 132 a 139.

¹⁰¹ UNFPA, *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence* (Nueva York, 2010).

Gráfico 9
Tasa de fecundidad de las adolescentes y tasa neta de matriculación de las mujeres en la enseñanza secundaria, por región, 2005-2010



Fuente: *World Population Prospects: The 2012 Revision*, noviembre de 2013

(ST/ESA/SER.A/336); y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Instituto de Estadística, Centro de Datos, cuadro personalizado, en <http://stats.uis.unesco.org/unesco/>

TableViewer/document.aspx?ReportId=136&IF_Language=eng&BR_Topic=0.

Nota: Las tasas de fecundidad de las adolescentes son estimaciones correspondientes al período 2005-2010. La tasa neta de matriculación de las mujeres en la enseñanza secundaria refleja la estimación puntual más reciente disponible para el período 2005-2010.

161. La educación de todos los niños aumenta su capacidad para participar en la vida social, económica y política, pero la educación de las niñas genera beneficios especiales para ellas, sus familias y sus comunidades. La educación de las niñas reduce la probabilidad del matrimonio infantil y pospone la maternidad, lo que da lugar a nacimientos más saludables. La educación de las mujeres está sistemáticamente asociada con una mayor utilización de la planificación de la familia, una mayor comunicación en la pareja acerca de la planificación de la familia y una tasa general de fecundidad más baja¹⁰². Según un análisis realizado

¹⁰² T. Castro Martin, "Women's education and fertility: results from 26 demographic and health surveys", *Studies in Family Planning*, vol. 26, núm. 4 (1995), págs. 187 a 202; S. J. Jeejeebhoy, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries* (Oxford, Clarendon Press, 1995).

recientemente en África Oriental, las olas de tendencias temporales de la fecundidad manifestadas en todas las encuestas demográficas y de salud están vinculadas con cambios en el nivel educativo de las mujeres y existe una relación entre la proporción de mujeres que carecen de instrucción y el estancamiento de la reducción de la fecundidad en Kenya, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zimbabwe¹⁰³.

162. Los investigadores han presentado teorías y pruebas para explicar por qué una mayor educación de la mujer conduce a una disminución de la fecundidad, lo que demuestra que la educación afecta a las niñas en numerosos ámbitos fundamentales, cada uno de los cuales afecta la fecundidad¹⁰⁴; la educación amplía las oportunidades y las aspiraciones para trabajar fuera del hogar, mejora la condición social de las niñas y modifica el tipo de hombres con que se casan¹⁰⁵, aumenta su poder de negociación en el matrimonio¹⁰⁶, amplía su uso de los servicios de salud, y mejora la salud y la supervivencia de sus hijos¹⁰⁷. Un mayor nivel educativo también determina las actitudes de los niños y las niñas en relación con la igualdad entre los géneros, es decir, sus valores en materia de género, ya que una mayor educación conduce a actitudes más positivas tanto entre los hombres como entre las mujeres hacia la igualdad entre los géneros¹⁰⁸.

163. Se reconoce que una educación sexual integral, como parte de la enseñanza escolar y extraescolar, es una estrategia importante que empodera a los jóvenes para que adopten decisiones autónomas y responsables sobre su sexualidad y su salud sexual y reproductiva. La experiencia también sugiere que los programas de educación sexual integral que se basan en los derechos y tienen en cuenta las cuestiones de género pueden conducir a una mayor igualdad entre los géneros. La Comisión de Población y Desarrollo, en sus resoluciones 2009/1 y 2012/1, por ejemplo, exhortó a los gobiernos a que proporcionaran a los jóvenes una educación integral sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y la igualdad

-
- ¹⁰³ A. C. Ezech, B. U. Mberu y J. O. Emina, "Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications", *Philosophical Transactions of The Royal Society, Biological Sciences*, vol. 364, núm. 1532 (septiembre de 2009).
- ¹⁰⁴ I. Diamond, M. Newby y S. Varle, "Female education and fertility: examining the links", *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe y cols., eds. (Washington D.C., National Academies Press, 1999), págs. 23 a 48.
- ¹⁰⁵ A. M. Basu, "Women's education, marriage and fertility in South Asia: do men really not matter?", *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe y cols., eds. (Washington D.C., National Academies Press), págs. 267 a 286.
- ¹⁰⁶ S. Kishor y L. Subaiya, *Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data*. DHS Comparative Reports núm. 20 (Calverton, Maryland, Macro International, 2008).
- ¹⁰⁷ Véase, por ejemplo, D. M. Cutler y A. Lleras-Muney, "Education and health: evaluating theories and evidence", en *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, R. F. Schoeni y cols., eds. (Nueva York, Russell Sage Foundation, 2008), págs. 29 a 60; E. Gakidou y cols., "Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis", *The Lancet*, vol. 376, núm. 9745 (18 de septiembre de 2010), págs. 959 a 974; S. Desai y S. Alva, "Maternal education and child health: is there a strong causal relationship?", *Demography*, vol. 35, núm. 1 (1998), págs. 71 a 81.
- ¹⁰⁸ R. Inglehart y P. Norris, *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change around the World* (Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 2003), pág. 226; M. van Egmond y cols., "A stalled revolution? Gender role attitudes in Australia, 1986-2005", *Journal of Population Research*, vol. 27, núm. 3 (2010), págs. 147 a 168.

entre los géneros que los preparara para abordar de manera positiva y responsable su sexualidad.

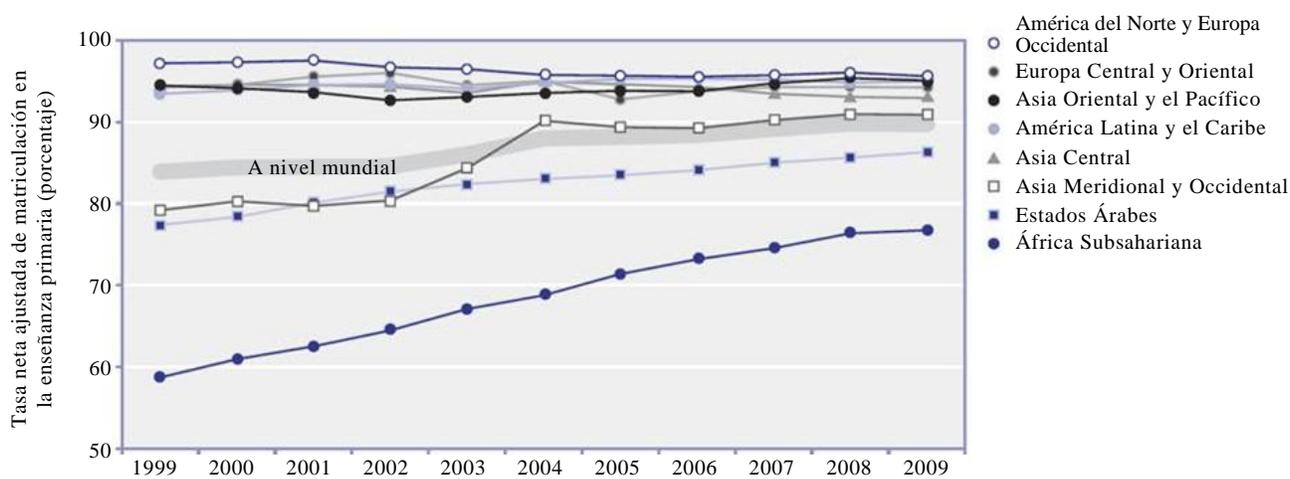
164. Solo el 40% de todos los países han abordado la cuestión de facilitar que las niñas embarazadas finalicen sus estudios. Las Américas son la única región en que una proporción más elevada de los gobiernos (67%) informaron de las políticas, los presupuestos y las medidas de aplicación; en Europa y Asia solo el 29% y el 21% de los países, respectivamente, informaron de que habían abordado la cuestión. Los porcentajes siguen siendo muy similares si se agrupan los países por nivel de ingresos. El apoyo a esa cuestión en América Latina y el Caribe pone de relieve la tasa de fecundidad relativamente elevada de las adolescentes de la región.

165. Los Estados deberían cumplir sus compromisos de promover y proteger los derechos de las niñas mediante la promulgación y aplicación de políticas y programas específicos y coordinados concretamente dirigidos a: a) asegurar la paridad entre los géneros en el acceso a la escuela; b) proporcionar una educación sexual integral; c) reducir los embarazos en la adolescencia; d) facilitar la reintegración de las niñas embarazadas y las madres jóvenes en la educación en todos los niveles, con miras a empoderar a las niñas y las jóvenes para que desarrollen plenamente sus facultades; y e) eliminar prácticas tradicionales nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación/ablación genital femenina.

4. Progresos desiguales en la educación

166. En los últimos 15 años ha aumentado considerablemente el número de niños que asisten a la escuela primaria en todo el mundo y la tasa de escolarización a nivel mundial alcanza el 90%. Sin embargo, la consecución de la enseñanza primaria universal para 2015 dista de estar garantizada y persisten grandes disparidades geográficas. La matriculación en la escuela primaria ha aumentado de manera más notable en Asia Occidental y Meridional, los Estados Árabes y África Subsahariana, pero debido a los bajos niveles iniciales (aproximadamente el 60%) en África al comienzo del milenio, casi uno de cada cuatro niños en edad de asistir a la escuela primaria en África Subsahariana todavía no está escolarizado (véase el gráfico 10).

Gráfico 10

Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, por región, 1999-2009

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, *Compendio Mundial de la Educación 2011: Comparación de las estadísticas de educación en el mundo*, gráfico 1, en que se citan la base de datos y el cuadro estadístico 3 del Instituto de Estadística de la UNESCO. En <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/ged-2011-sp.pdf>.

Nota: Las estimaciones del Instituto de Estadística de la UNESCO para Asia Oriental y el Pacífico y Asia Meridional y Occidental se basan en datos con cobertura limitada para el año de referencia, elaborados con fines analíticos específicos.

167. A nivel mundial, las tasas de terminación de la enseñanza primaria han aumentado junto con la matrícula total hasta el 88% en 2009 y oscilan entre el 67% en África Subsahariana y el 100% en América Latina y el Caribe. Los mayores progresos a lo largo del último decenio se han obtenido en África Subsahariana, Asia Meridional y Occidental y los Estados Árabes¹⁰⁹.

168. No obstante, persisten numerosas desigualdades en lo que respecta a las cuestiones de género, el lugar de residencia (medio urbano y medio rural) y la riqueza de los hogares. Las niñas han sido las principales beneficiarias de la tendencia al aumento de las tasas brutas de matriculación¹¹⁰, los índices de escolarización de las niñas aumentaron a un ritmo más rápido que los de los niños y casi dos tercios de los países (128 de 193) informaron en 2012 de que habían logrado la paridad entre los géneros en la enseñanza primaria. Sin embargo, los niños siguen beneficiándose de un mayor acceso a la enseñanza primaria, como informaron 57 de los 65 países que no habían alcanzado la paridad entre los géneros en la enseñanza primaria¹¹¹.

¹⁰⁹ UNESCO, *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación* (véase nota 5), págs. 48 a 49 y 54.

¹¹⁰ La tasa bruta de matriculación es la matrícula total en un nivel específico de educación, independientemente de la edad, expresada como porcentaje de la población oficial en edad escolar que reúna las condiciones requeridas correspondiente al mismo nivel de la educación en un año académico determinado. La tasa bruta de matriculación puede ser de más del 100% si hubiera un número significativo de niños con menos o más edad que la correspondiente matriculados en las escuelas primarias (véase Instituto de Estadística de la UNESCO, *Education Indicators: Technical Guidelines* (noviembre de 2009), pág. 9, y *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación*).

¹¹¹ UNESCO, *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación*.

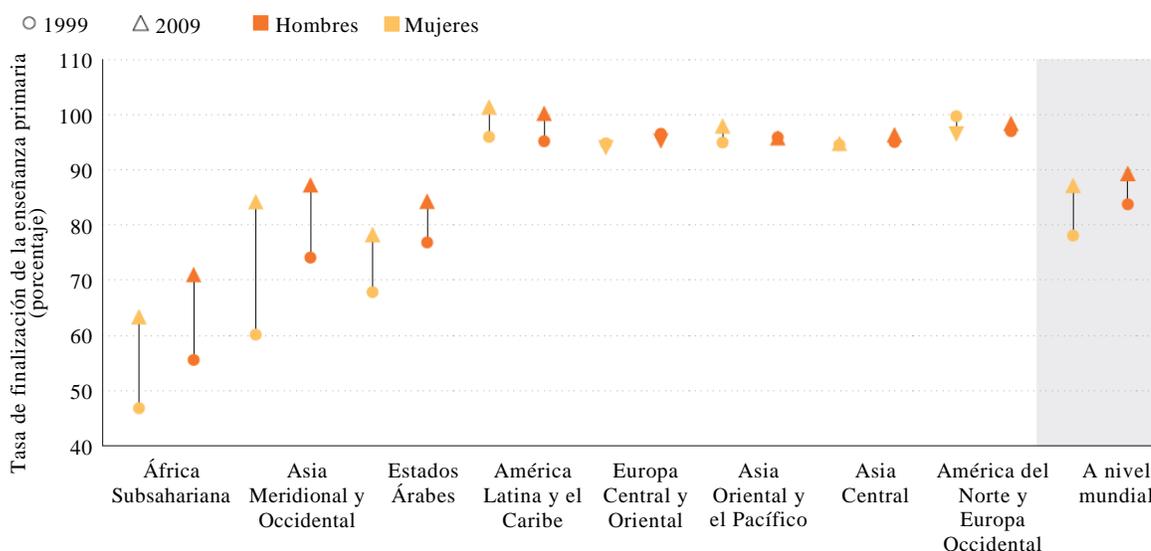
169. Según la encuesta mundial, durante los últimos cinco años el 82% de los países habían abordado la cuestión de asegurar la igualdad de acceso de las niñas a la educación en todos los niveles y el 81% habían abordado la cuestión de retener a más niñas y adolescentes en la escuela secundaria. Cuando se agrupa a los países con arreglo a los ingresos, no se observan diferencias importantes en la proporción de países que abordaron la cuestión de asegurar la igualdad de acceso; sin embargo, la retención de las niñas en la escuela secundaria es una política que está presupuestada y es aplicada por una mayor proporción de países pobres que de países ricos.

170. Persisten las desigualdades entre las zonas rurales y las urbanas en cuanto a la asistencia a la escuela. La disminución de la asistencia general a la escuela está claramente determinada por una asistencia más baja en las zonas rurales, particularmente en África y Asia, que poseen los índices más bajos en ese sentido. En la mayoría de los países, son prácticamente iguales los índices de asistencia a la escuela en las zonas urbanas y rurales, o sus diferencias oscilan entre la paridad y el 1,5%, mientras que un pequeño número de países presentan disparidades más acentuadas entre las zonas urbanas y rurales, lo que coincide con una tasa neta de escolaridad de 60% o menos.

171. Entre los 81 países sobre los que se dispone de datos, la asistencia a la escuela primaria es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas solo en 12 países de las Américas, Asia y Europa. Sin embargo, en todos los casos son pequeñas las disparidades entre las zonas urbanas y rurales (menos del 5%) y en la mayoría de los países ya se registran tasas netas de asistencia a la escuela primaria superiores al 90%, con la excepción de Ucrania (73%) y Bangladesh (86%).

172. En casi la mitad de los 162 países sobre los que se dispone de datos comparables, los niños y las niñas no tienen las mismas oportunidades de terminar la enseñanza primaria. Por lo general, las niñas van a la zaga de los niños, aunque no en todos los países. Al igual que con las tasas de escolarización, entre 1999 y 2009 los mayores progresos en materia de finalización de estudios se registraron entre las niñas (véase el gráfico 11), pero en general las tasas de finalización de estudios siguen siendo más bajas entre las niñas. Las tasas de finalización de la enseñanza primaria aumentaron al 87% entre las niñas en general en el mismo período, y a casi el 90% entre los niños. A nivel regional, en Asia Meridional y Occidental se registraron los mayores progresos relativos entre las niñas¹¹¹.

Gráfico 11
Tasas de finalización de la enseñanza primaria, por región y género, 1999-2009



Fuente: UNESCO, *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación* (París, 2012), gráfico 3.6.1, en que se cita al Instituto de Estadística de la UNESCO. En <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002155/215522e.pdf>.

Nota: Los datos correspondientes a 2009 para Asia Oriental y el Pacífico se refieren a 2007.

173. En lo que respecta a la esperanza de vida escolar¹¹², el número medio de años de instrucción que puede esperarse que reciban los niños que se matriculan en el sistema escolar también aumentó entre 1990 y 2009, de 8,3 a 11 años para las mujeres y de 9,6 a 11,4 años para los hombres. En consonancia con los avances logrados en materia de finalización de la enseñanza primaria, los mayores progresos en la reducción de la brecha de género en cuanto a la esperanza de vida escolar se han logrado en Asia Meridional y Occidental, donde se puede esperar que las niñas que hayan comenzado a asistir a la escuela en 2009 reciban 9,5 años de instrucción, en comparación con 6 años en 1990. No obstante, los niños siguen teniendo ventaja y su esperanza media de vida escolar es de 10,5 años. De manera similar, en África Subsahariana y los Estados Árabes, se espera que las niñas que comenzaron a asistir a la escuela en 2009 reciban 8 y 10 años de instrucción, respectivamente, mientras que los niños de esas regiones tienen la ventaja de por lo menos un año más de instrucción. En Asia Oriental y el Pacífico, no solo aumentó en el 38% la esperanza de vida escolar de las niñas entre 1990 y 2009, sino que también las niñas matriculadas en la enseñanza primaria pueden esperar permanecer unos 12 años en la escuela, superando ligeramente el promedio de los hombres. Del mismo modo, en América Latina y el Caribe, una niña que empiece la enseñanza primaria puede

¹¹² La esperanza de vida escolar es el número total de años que un niño de una edad determinada podría pasar dentro del sistema escolar, suponiendo que la probabilidad de que esté matriculado en la escuela a una edad determinada coincida con las tasas de escolarización efectivas correspondientes a ese grupo de edad (véase Instituto de Estadística de la UNESCO, *Education Indicators: Technical Guidelines*, noviembre de 2009).

esperar recibir casi 14 años de instrucción, en comparación con 13,3 años los varones¹¹³.

174. Si bien los avances en la enseñanza secundaria no han sido tan rápidos como en la enseñanza primaria, en países de todo el mundo se están logrando progresos hacia un mayor acceso a la enseñanza secundaria. De los 187 países sobre los que se dispone de datos, una cuarta parte (27%) poseen tasas brutas de escolarización del 98% o más y niveles de matriculación casi universales en la enseñanza secundaria; sin embargo, en el 43% de los países, la escolarización es inferior al 80%¹¹³.

175. El acceso a la enseñanza secundaria sigue siendo difícil para las niñas de muchas regiones, especialmente en África Subsahariana y Asia Meridional y Occidental. La exclusión desproporcionada de las niñas del acceso a la educación no es solo mayor en la enseñanza secundaria que en la enseñanza primaria, sino que también aumenta de los niveles inferiores a los niveles superiores de la enseñanza secundaria. Son muchos los factores que podrían ser la causa de esa situación, como la discriminación por motivos de género tanto dentro como fuera de la escuela, en particular las presiones que la familia y la sociedad ejercen sobre las niñas para que dediquen más tiempo a las tareas del hogar, el matrimonio precoz, el posible aumento de los peligros físicos y emocionales asociados con el crecimiento de las niñas y su exposición al riesgo de acoso y agresión sexuales, la falta de instalaciones de saneamiento, la renuencia de las familias a sufragar la matrícula de las niñas y los peligros que presenta para las niñas y las jóvenes el viaje diario a la escuela¹¹³.

176. A nivel mundial, los hombres jóvenes tienen más probabilidades que las mujeres jóvenes de matricularse en programas de formación profesional, aunque hay notables excepciones, como Burkina Faso y Etiopía, en que las mujeres superan en número a los hombres¹¹³.

177. Los avances en materia de escolarización ocultan otras desigualdades importantes, especialmente en la calidad de la educación. El acceso a una educación de calidad es particularmente limitado para las personas que viven en la pobreza. Las escuelas a las que asisten los niños pobres se caracterizan por tener maestros sobrecargados de trabajo, no supervisados y mal pagados y salones de clases hacinados y carecer de materiales didácticos adecuados, por lo que obtienen resultados más pobres, incluso en los países ricos¹¹⁴. Una comparación reciente de la proporción de alumnos por maestro en la enseñanza primaria en países asiáticos, por ejemplo, puso de relieve la gran diversidad entre los países, de 16 alumnos por maestro en Indonesia y Tailandia y 17 en China a 40, 41 y 43 alumnos por maestro en la India, el Pakistán y Bangladesh¹¹⁵.

178. La educación de calidad comprende el acceso a conocimientos sobre biología humana y una educación sexual integral, que siguen siendo incompletos y careciendo de recursos suficientes en muchas escuelas de todo el mundo, tanto en países pobres como en países ricos.

¹¹³ UNESCO, *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación*.

¹¹⁴ Véase, por ejemplo, J. Douglas Willms, *Learning Divides: Ten Policy Questions about the Performance and Equity of Schools and Schooling Systems*, UNESCO Institute for Statistics Working Paper No. 5 (Montreal, 2006).

¹¹⁵ J. Dreze y A. Sen, *An Uncertain Glory, India and Its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013).

179. Por último, aunque el acceso a la educación superior sigue siendo limitado en muchos países, en los últimos decenios se ha producido una gran expansión de la educación superior en todas las regiones del mundo, de lo cual las mujeres han sido las principales beneficiarias. A nivel mundial, la tasa bruta de matriculación en la enseñanza superior era del 28% entre las mujeres en 2009, en comparación con el 26% entre los hombres. A nivel regional, había más mujeres que hombres matriculados en instituciones de enseñanza superior en América del Norte y Europa Occidental, Europa Central y Oriental, América Latina y el Caribe y Asia Oriental y el Pacífico, mientras que en África Subsahariana, Asia Meridional y Occidental, las tasas brutas de escolarización favorecían a los hombres¹¹⁶.

180. Las prioridades de los gobiernos en materia de educación para los próximos 5 a 10 años subrayan su preocupación por la igualdad de acceso, la calidad de la educación y la importancia de vincular la educación a las oportunidades de trabajo decente. Al abordar esas prioridades será importante abordar la escasez de maestros. Según las nuevas proyecciones mundiales del Instituto de Estadística de la UNESCO, para 2030 el mundo necesitará más de 3,3 millones de maestros de enseñanza primaria y 5,1 millones de maestros de enseñanza secundaria elemental en las aulas para proporcionar educación básica a todos los niños¹¹⁷.

181. Los Estados deberían comprometerse a proporcionar y apoyar el aprendizaje temprano y a lo largo de la vida, incluida la enseñanza primaria, para asegurar que todos los niños, independientemente de las circunstancias, finalicen la enseñanza primaria y sean capaces de leer, escribir y contar, resolver problemas de manera creativa y ejercer de manera responsable sus libertades. Los Estados también deberían garantizar el acceso de todas las personas a la educación secundaria y ampliar las oportunidades de educación de nivel postsecundario; facilitar la adquisición de nuevas aptitudes y conocimientos en todas las edades y mejorar la formación profesional y la capacitación, así como el aprendizaje orientado al trabajo y vinculado a las economías nuevas y emergentes.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 7

Educación

Instrumentos vinculantes. Los sistemas regionales de derechos humanos contienen protecciones específicas de los derechos de los jóvenes a la educación. En la Carta Social Europea (revisada) del Consejo de Europa (1996; en vigor desde 1999) se reafirma el derecho de los jóvenes a “una educación primaria y secundaria gratuita, así como a fomentar la asistencia regular a la escuela”. En la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005; en vigor desde 2008) se reconoce que “los jóvenes tienen derecho a la educación” y que “los Estados Partes reconocen su obligación de garantizar una educación integral, continua, pertinente y de calidad. En la Carta Africana de los Jóvenes (2006; en vigor desde 2009) se afirma que todos los jóvenes tienen derecho a una educación de buena calidad y se refrenda el valor

¹¹⁶ UNESCO, *Atlas mundial de la igualdad de género en la educación*.

¹¹⁷ Instituto de Estadística de la UNESCO, “A teacher for every child; projecting global teacher needs from 2015 to 2030”, UIS Factsheet No. 27 (octubre de 2013).

de las formas múltiples de educación, incluidas la enseñanza académica, no académica y no estructurada, la enseñanza a distancia y el aprendizaje a lo largo de toda la vida, para satisfacer las diversas necesidades de los jóvenes.

Otras normas de derecho no vinculantes. En la Observación general núm. 13 sobre el derecho a la educación, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1999), se reconoce que la educación es un derecho humano por sí mismo y un medio indispensable para realizar otros derechos humanos. Como derecho relativo al empoderamiento de las personas, la educación es el principal vehículo mediante el cual los adultos y los niños que se ven marginados desde el punto de vista económico y social pueden salir de la pobreza y obtener los medios para participar plenamente en su comunidad. La educación desempeña un papel fundamental en el empoderamiento de la mujer, la protección de los niños contra la explotación y los trabajos peligrosos y la explotación sexual, la promoción de los derechos humanos y la democracia, la protección del medio ambiente y el control del crecimiento demográfico... Una mente instruida, ilustrada y activa, con libertad y amplitud de pensamiento, es uno de los placeres y recompensas de la existencia humana.

5. Prioridades de los gobiernos: educación

Mejorar las normas de calidad de la educación, incluido el plan de estudios	61% de los gobiernos
Maximizar la inclusión social y la igualdad de acceso y los derechos a la educación	54% de los gobiernos
Fortalecer la capacidad (recursos humanos en materia de educación)	43% de los gobiernos
Elaborar programas, políticas, estrategias y leyes y crear instituciones en materia de educación	43% de los gobiernos
Fortalecer la capacidad (crear, ampliar y equipar escuelas)	36% de los gobiernos

182. Cuando se pidió a los gobiernos que indicaran cuáles eran sus prioridades en materia de políticas públicas sobre educación para los próximos 5 a 10 años, más de la mitad resaltaron la importancia de mejorar las normas de calidad de la educación, incluido el plan de estudios (61%), y maximizar la integración social y la igualdad de acceso y de derechos (54%). La necesidad de mejorar la calidad y la necesidad de aumentar la cobertura de la educación fueron de hecho las dos prioridades más importantes señaladas por los gobiernos de todas las regiones, si bien África fue la única región en la que una mayor proporción de los gobiernos (61%) mencionaron la cobertura en vez de la calidad (55%) y señalaron que todavía no se había cumplido el objetivo de la matriculación universal.

183. Otras dos prioridades vinculadas con la mano de obra y las inversiones en la infraestructura del sistema educativo recibieron el segundo nivel más alto de apoyo y fueron señaladas por más de un tercio de los gobiernos: “fortalecimiento de la capacidad (recursos humanos en la educación)” (43%) y “fortalecimiento de la capacidad (crear, ampliar y equipar escuelas)” (35%). Un desglose regional muestra

que la proporción de países de África que señalaron ambas prioridades es superior al promedio mundial (recursos humanos: 55%; infraestructura: 45%), mientras que en Europa es más baja (recursos humanos: 31%; infraestructura: 23%).

184. Si bien un tercio de los países de todo el mundo señalan entre sus prioridades la de establecer vínculos entre la capacitación, por un lado, y, por el otro, el trabajo y la educación y el empleo (33%), esa cuestión es de especial importancia para una proporción más elevada de países de Europa (58%) y Oceanía (46%), lo que ilustra la necesidad de transformar la educación para que responda mejor a la demanda del mercado de trabajo.

185. Facilitar el acceso a la enseñanza preescolar y mejorar su calidad es una prioridad de uno de cada cuatro países de las Américas (25%), lo que demuestra que el desarrollo del niño en la primera infancia es fundamental para fomentar sus capacidades en sus primeros años de vida. En todas las demás regiones, no más del 15% de los gobiernos incluyeron esa cuestión entre sus prioridades.

186. Por último, la paridad entre los géneros, que abarca todas las prioridades relativas al aseguramiento de la igualdad entre los hombres y las mujeres en cuanto a las tasas de matriculación escolar y finalización de los estudios, se consideró prioritaria por alrededor de una quinta parte de los gobiernos de Asia (20%) y África (18%), mientras que esa cuestión suscitó menos preocupación entre los gobiernos de las Américas (9%), Oceanía (8%) y Europa (4%).

6. Empleo de los jóvenes

187. Proporcionar a los jóvenes acceso a un trabajo decente es fundamental para avanzar hacia economías más prósperas, sociedades más justas y democracias más fuertes. El trabajo decente supone oportunidades de trabajo productivo y justamente remunerado; brinda seguridad en el lugar de trabajo y protección social a los trabajadores y sus familias; ofrece mejores perspectivas de desarrollo personal y empodera a las personas dándoles la libertad de expresar sus preocupaciones, organizarse y participar en la adopción de decisiones que afectan sus vidas¹¹⁸.

188. El desafío de proporcionar trabajo decente a los jóvenes es motivo de preocupación tanto para los países industrializados como para los países en desarrollo. De los 197 millones de personas que, según los cálculos, estaban desempleadas en 2012, casi el 40% tenían entre 15 y 24 años¹¹⁹. La economía mundial tendrá que crear 600 millones de empleos productivos en el próximo decenio para absorber los niveles de desempleo actuales y brindar oportunidades de empleo a los 40 millones de personas que se incorporarán al mercado de trabajo cada año durante dicho decenio¹²⁰.

189. El gráfico 12 muestra la disminución general de la tasa de empleo de los jóvenes, lo que pone de relieve el hecho de que las oportunidades de empleo no se han mantenido a la par del crecimiento de la población de jóvenes y de que no ha

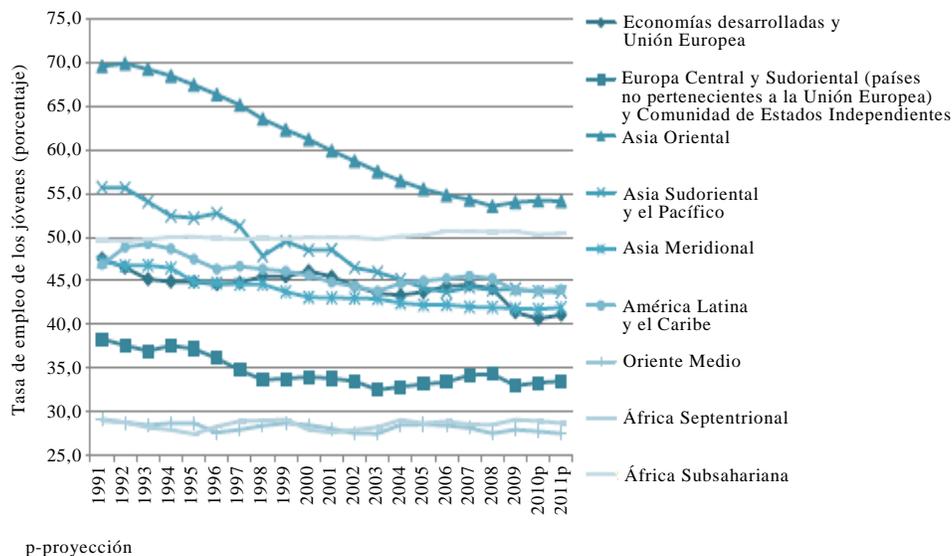
¹¹⁸ OIT, "Promoting youth transitions to decent work: empowering young people through employment", documento elaborado para el Foro Mundial de la Juventud, Bali (Indonesia), 4 a 6 de diciembre de 2012.

¹¹⁹ OIT, *Global Employment Trends for Youth 2013: A Generation at Risk* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2013).

¹²⁰ OIT, *Global Employment Trends 2012: Preventing a Deeper Jobs Crisis* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2012).

aumentado la matrícula escolar. Las tasas de empleo de los jóvenes (de 15 a 24 años) han disminuido tanto entre los hombres como entre las mujeres en todas las regiones del mundo desde 2000. La proporción de hombres jóvenes empleados sigue siendo más alta (49%) que la de mujeres jóvenes (35%), lo que refleja la tendencia de muchas mujeres jóvenes al matrimonio precoz y la procreación en esa edad y, por lo tanto, al trabajo no remunerado en el hogar.

Gráfico 12
Tasa de empleo de los jóvenes, por región, 1991-2011



p-proyección

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Global Employment Trends for Youth* (Ginebra, 2010), gráfico 4.

190. Aunque todas las regiones se enfrentan a una crisis del empleo de los jóvenes, existen grandes diferencias entre países y regiones. Por ejemplo, las tasas de desempleo de los jóvenes en 2012 eran más elevadas en Oriente Medio y África Septentrional, 28% y 24%, respectivamente, y más bajas en Asia Oriental (10%) y Asia Meridional (9%). Se estima que la tasa de desempleo de los jóvenes en las economías desarrolladas y la Unión Europea ascendían en 2012 al 18%, el nivel más alto registrado en ese grupo de países en los dos últimos decenios¹¹⁹.

191. Las diferencias de género en las tasas de desempleo de los jóvenes son pequeñas a nivel mundial y en la mayoría de las regiones. Las tasas regionales de desempleo de los jóvenes son inferiores en el caso de las mujeres jóvenes en las economías avanzadas y Asia Oriental. Sin embargo, en algunas regiones, como África Septentrional y Oriente Medio, y, en menor medida, América Latina y el Caribe, se observan grandes diferencias entre las tasas correspondientes a los hombres y las mujeres, y los jóvenes en particular se encuentran en situación de desventaja. La riqueza de los hogares, la inversión en la educación y el origen urbano ofrecen importantes ventajas a los jóvenes que transitan de la educación al mercado de trabajo, y en los países en que se dispone de esos datos, los hombres jóvenes tienen más probabilidades que las mujeres jóvenes de finalizar la transición a un empleo estable o satisfactorio¹¹⁹.

192. En muchos países, el panorama del desempleo se ve aún más agravado por el gran número de jóvenes que trabaja en empleos mal remunerados y de baja calidad, con contratos de trabajo intermitentes y precarios, en particular en el sector no estructurado de la economía. Al menos el 60% de los jóvenes de las regiones en desarrollo no están ni trabajando ni estudiando, o bien tienen empleos inestables y, por ende, no alcanzan su pleno potencial económico¹¹⁹. Según la OIT, los jóvenes representan el 24% del total de trabajadores pobres, pero solo el 19% de los trabajadores que no son pobres en los 52 países sobre los que se dispone de datos¹¹⁸. Muchos de los trabajadores jóvenes pobres viven en países y regiones en que la tasa de desempleo es relativamente baja, como Asia Meridional, Asia Oriental y África Subsahariana¹¹⁹. Además, los casos en que se dispone de datos desglosados por edad sobre el sector no estructurado confirman que los trabajadores jóvenes tienen más probabilidades que los adultos de trabajar en el sector no estructurado¹¹⁹.

193. Un examen de los marcos normativos de varios países muestra que, desde mediados del decenio de 2000, los países se han comprometido cada vez más a priorizar el empleo de los jóvenes en los marcos normativos nacionales, como se refleja en las estrategias de reducción de la pobreza de los países de bajos ingresos¹²¹. A diferencia de las estrategias de reducción de la pobreza de primera generación, de las que estaba ausente la cuestión del empleo de los jóvenes, casi la mitad de las estrategias de segunda generación atribuyen prioridad al empleo de los jóvenes. Se observan resultados similares en las estrategias nacionales de desarrollo de los países que no disponen de estrategias de reducción de la pobreza. Es necesario prestar una mayor atención al empleo de los jóvenes para garantizar la transición eficaz de los jóvenes de la escuela al trabajo decente; sin embargo, la creación de empleo representa un desafío particularmente difícil para los países con grandes cohortes de jóvenes en edades productivas. Los 49 países más pobres se enfrentan a un duro desafío demográfico, por cuanto se prevé que su población colectiva, aproximadamente el 60% de la cual tiene menos de 25 años, se duplique hasta alcanzar los 1.700 millones en 2050. En el próximo decenio, los países tendrán que crear unos 95 millones de puestos de trabajo para absorber a quienes se incorporen al mercado de trabajo, y otros 160 millones de puestos de trabajo en el decenio de 2020¹²².

194. Los Estados deberían invertir en el desarrollo de las capacidades de los jóvenes y equiparlos con las habilidades necesarias para responder a la demanda de trabajo de las economías emergentes y de las desarrolladas, así como elaborar políticas y programas de protección laborales para garantizar un empleo seguro y no discriminatorio y que proporcione un salario decente y brinde oportunidades de desarrollo profesional. Al adoptar esas medidas, se debería prestar especial atención a la inversión productiva en tecnologías, maquinaria e infraestructura y la utilización sostenible de los recursos naturales para crear oportunidades de empleo para los jóvenes.

¹²¹ Para un examen de las políticas y los programas sobre el empleo de los jóvenes, véase OIT, *The Youth Employment Crisis: Time for Action* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2012).

¹²² *The Least Developed Countries Report 2013: Growth with Employment for Inclusive and Sustainable Development* (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.II.D.1).

7. Prioridades de los gobiernos: adolescentes y jóvenes

Empoderamiento económico y empleo	70% de los gobiernos
Maximizar la inclusión social y la igualdad de acceso y de derechos	46% de los gobiernos
Educación	46% de los gobiernos
Información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva para los jóvenes, incluido el VIH	38% de los gobiernos
Capacitación para trabajar	36% de los gobiernos

195. Los Gobiernos que respondieron a la encuesta mundial sobre sus prioridades para los adolescentes y los jóvenes en los próximos 5 a 10 años expresaron su firme apoyo al empoderamiento económico de los adolescentes y los jóvenes, a los esfuerzos por prepararlos para participar plenamente en el mercado de trabajo y a la importancia de su protección social y sus derechos. La prioridad relacionada con el empoderamiento económico y el empleo fue particularmente destacada por los gobiernos de los países más pobres: 69 de los 85 gobiernos de las dos categorías inferiores de ingresos del Banco Mundial, frente a 16 de los 33 gobiernos de las dos categorías superiores de ingresos. Las cohortes de jóvenes son más numerosas en los países que ocupan los extremos inferiores de la escala de ingresos, debido al aumento de la fecundidad en los últimos años, por lo que resulta muy difícil proporcionar empleo, en particular empleos que ayuden a salir de la pobreza. El desempleo de los jóvenes se ha convertido en un enorme problema también en los países más ricos, especialmente desde la crisis económica mundial de 2008, lo que pone de relieve la prioridad que los gobiernos asignan a esa cuestión.

196. El carácter mundial de la prioridad consistente en maximizar la inclusión social y la igualdad de acceso y de derechos se reflejó en el hecho de que fue señalada por la mayoría de los países de Europa (63% de los gobiernos) y las Américas (56%); en África y Asia, aproximadamente el 40% de los gobiernos destacaron esa prioridad. El Programa de Acción reconoció el papel esencial de los jóvenes y la necesidad de integrarlos en la sociedad. Entre las esferas prioritarias relacionadas con la inclusión social y la igualdad de acceso y derechos cabe mencionar la lucha contra el abandono y la discriminación y el aseguramiento de la protección de los derechos humanos, que son esferas a las que se presta una atención especial en la Declaración aprobada en el Foro Mundial de la Juventud celebrado en Bali.

197. Otras tres prioridades fueron señaladas frecuentemente por los gobiernos. La primera, relacionada con la información y los servicios en materia de salud sexual y reproductiva para los jóvenes, incluido el VIH, fue señalada por el 38% de los gobiernos de todo el mundo, pero se consideró además una cuestión de alta prioridad por la mitad de todos los países de África y Asia, la mitad de los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos y el 40% de los gobiernos de países de ingresos medianos y altos. Sin embargo, solo 1 de los 33 países más ricos señaló la salud sexual y reproductiva entre sus cinco principales prioridades en relación con los jóvenes, lo que podría ser reflejo del mejor acceso a la salud en la mayoría de los países más ricos.

198. La prioridad relativa al empoderamiento político y la participación fue destacada por un 38% de los gobiernos, distribuidos de forma uniforme con arreglo a la región y los ingresos. Esto constituye un importante complemento y un mecanismo para lograr tanto la inclusión social y promover los derechos y el empoderamiento económico, y pone de relieve la fuerza cada vez mayor de los jóvenes para influir en los sistemas sociales, económicos y políticos. Por último, la capacitación para trabajar fue señalada por el 36% de los gobiernos de todo el mundo, incluidos el 52% de los gobiernos de África y el 56% de los gobiernos de países de bajos ingresos.

199. En su conjunto, esas prioridades; a saber, el empoderamiento económico; la educación, tanto general como orientada al trabajo; la salud sexual y reproductiva; y el empoderamiento político, redundan en un mayor hincapié por parte de los gobiernos en el fortalecimiento de la capacidad de los jóvenes.

D. Las personas de edad

1. La importancia demográfica del envejecimiento de la población

200. Una consecuencia inevitable de los cambios demográficos resultantes de la disminución de la fecundidad y el aumento de la longevidad es el envejecimiento de la población. Uno de los mayores logros de la humanidad es que las personas vivan más años y una vida más sana, y que el número y la proporción de personas de edad mayores de 60 años vaya en aumento en todos los países. El envejecimiento de la población plantea problemas sociales, económicos y culturales a las personas, las familias y las sociedades, pero también ofrece oportunidades para enriquecer a la familia en su conjunto y a la sociedad en general. Entre 1990 y 2010, la población mayor de 60 años aumentó en todas las regiones, registrándose el mayor aumento de personas de edad en la región de Asia, a saber 171 millones de personas adicionales. De 2005 a 2010, la tasa de crecimiento anual de la población mayor de 60 años fue del 3%, mientras que la de la población total fue de 1%. Se prevé que en las próximas décadas, esa brecha se ampliará¹²³.

201. A nivel mundial, en los últimos 20 años, el número de personas de edad, mayores de 60 años, ha aumentado en un 56%, de 490 millones en 1990 a 765 millones en 2010. En ese período, el aumento de la población de personas de edad en los países en desarrollo (72%) fue más del doble que en los países desarrollados (33%). El número y la proporción de personas de edad están aumentando en casi todos los países y, según las proyecciones, se calcula que más del 20% de la población mundial será mayor de 60 años para 2050 (véase el gráfico 13). Las personas mayores de 60 años ya representan más del 20% de la población de Europa y el 15% de la población de Oceanía, y se prevé que para 2015 representarán el 15% de la población de América. Si son correctas esas proyecciones del rápido crecimiento de la población de personas de edad para las próximas décadas el número de personas de edad superará al número de niños para 2047. Muchos países desarrollados ya están haciendo frente a una disminución extrema de la población activa en relación con la población inactiva¹²³.

¹²³ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 7).

Gráfico 13
Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en todo el mundo y por región, 1950-2050

(Variante de fecundidad media)

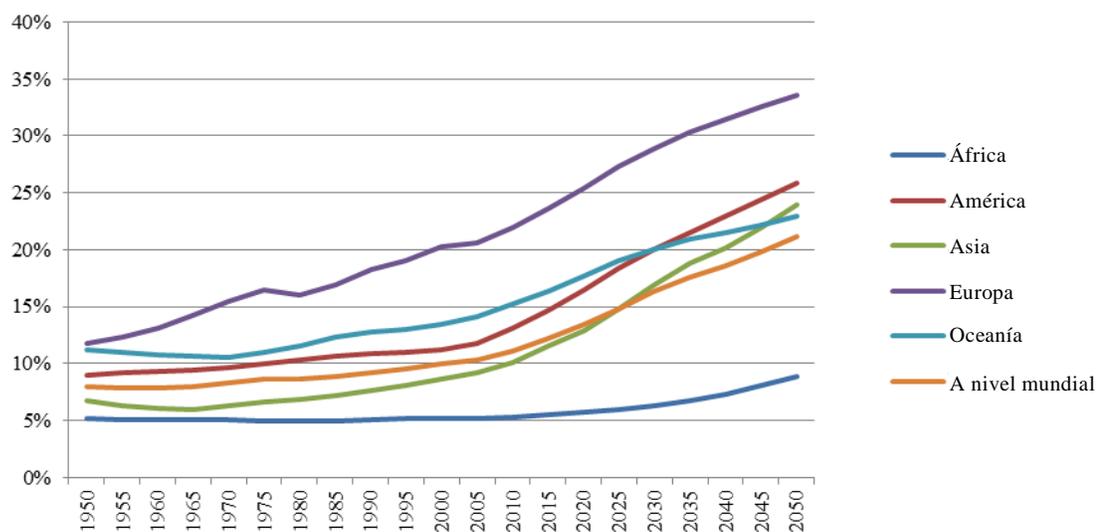


Gráfico 13.a
Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en África, por subregión, 1950-2050

(Variante de fecundidad media)

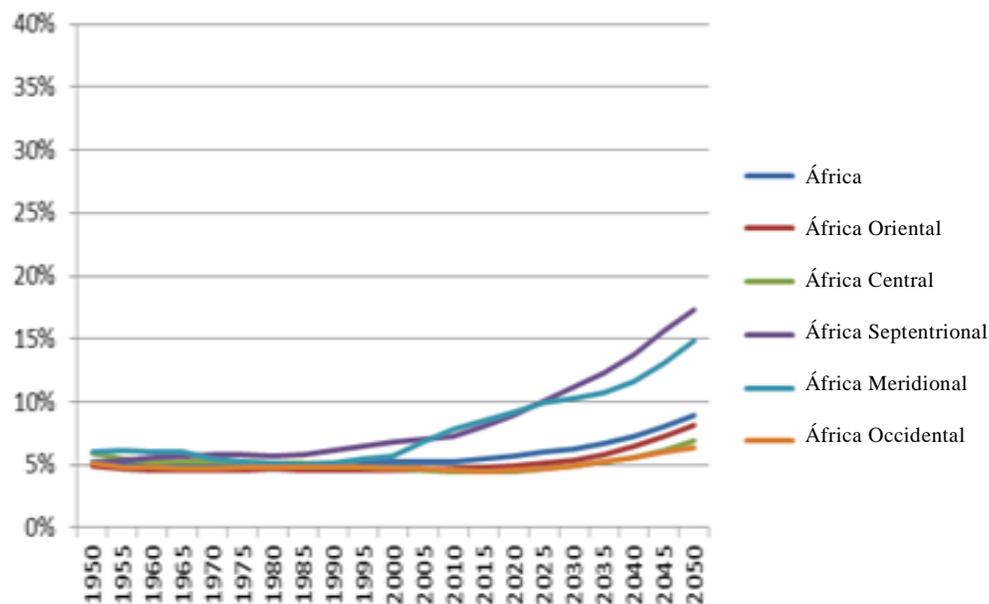


Gráfico 13.b
Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en América, por subregión, 1950-2050

(Variante de fecundidad media)

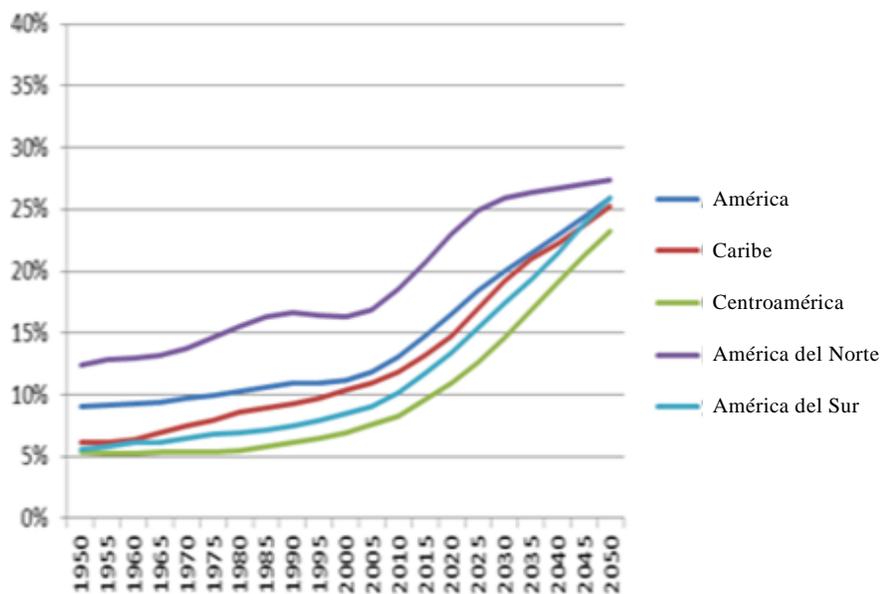


Gráfico 13.c
Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en Asia, por subregión, 1950-2050

(Variante de fecundidad media)

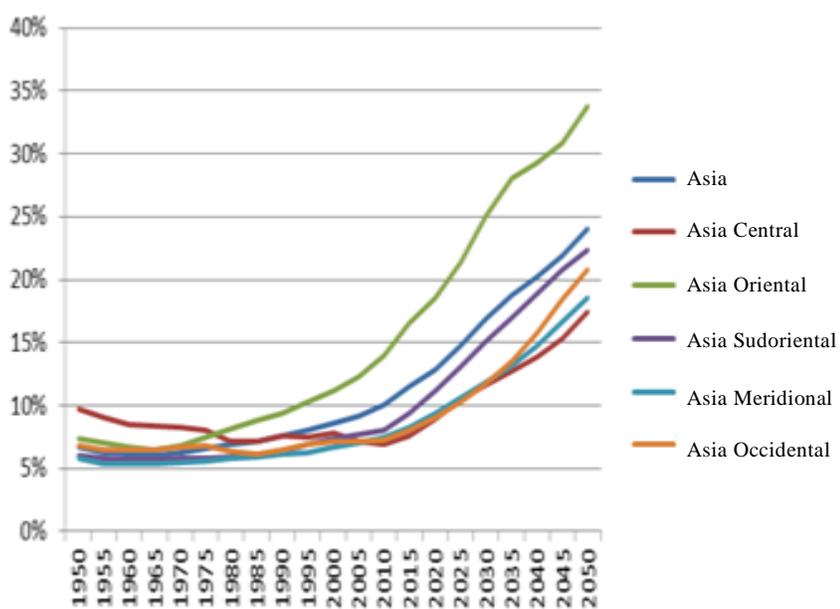


Gráfico 13.d
**Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en Europa, por subregión, 1950-2050**

(Variante de fecundidad media)

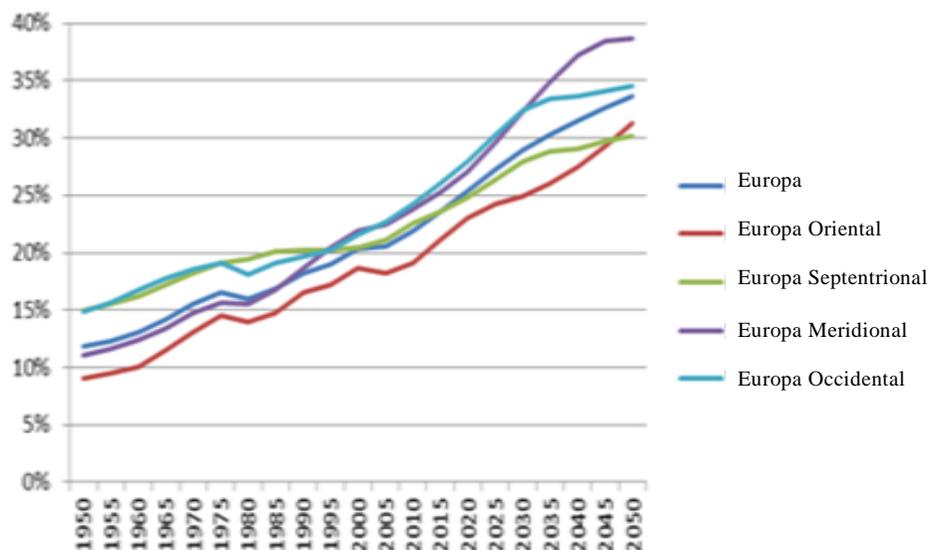
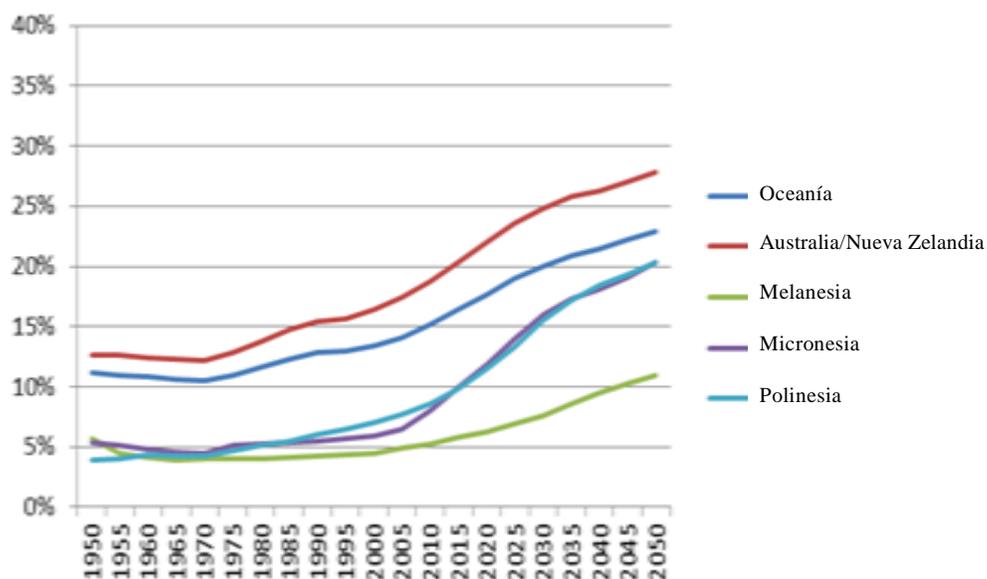


Gráfico 13.e
**Tendencias y proyecciones en la proporción de personas de edad
(mayores de 60 años), en Oceanía, por subregión, 1950-2050**

(Variante de fecundidad media)



Fuente: *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Noviembre de 2013
(ST/ESA/SER.A/336).

202. Las tendencias a nivel subregional ponen de relieve la baja proporción de personas mayores de 60 años en África, aunque se observa una mayor proporción en África Meridional y África Septentrional en comparación con otras subregiones. Todas las subregiones de América están envejeciendo rápidamente, y entre ellas, América del Norte lleva la delantera. En Europa, en 2010 solo Europa Oriental tenía una población de personas mayores de 60 años inferior al 20%, aunque pronto superará ese nivel. En Asia, solo Asia Oriental tiene una población mayor de 60 años superior al 10%, pero todas las subregiones están envejeciendo rápidamente. La situación sigue siendo diversa en Oceanía, y Australia y Nueva Zelanda están más cerca de las proporciones de Europa.

203. Debido a que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres en edades avanzadas, el número de mujeres de edad superan al de los hombres de edad en la mayoría de las sociedades. En 2012, en todo el mundo había 84 hombres por cada 100 mujeres entre las personas del grupo de mayores de 60 años, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de mayores de 80 años¹²³. Por lo tanto, es fundamental integrar la perspectiva de género en las políticas y el apoyo a las personas de edad, en particular en los ámbitos de la salud, otros tipos de cuidados, el apoyo familiar y el empleo.

204. Las personas de edad tienen muchas más probabilidades de vivir de forma independiente en los países desarrollados que en los países en desarrollo. A nivel mundial, el 40% de las personas mayores de 60 años viven solas o solo con el cónyuge, y es más probable que las personas de edad que viven solas sean mujeres debido a su mayor esperanza de vida. Sin embargo, los arreglos de residencia de las personas de edad varían considerablemente según el nivel de desarrollo. Unas tres cuartas partes de las personas de edad de los países desarrollados viven en forma independiente, en comparación con solo una cuarta parte en los países en desarrollo y solo una octava parte en los países menos adelantados¹²⁴. El envejecimiento de la población exige que se preste atención a la infraestructura física para garantizar la seguridad de la vivienda, la movilidad y los medios para una participación significativa de las personas de edad. **Los Estados deberían modificar la legislación, las directrices de diseño y planificación y la infraestructura para asegurar que el creciente número de personas solas de edad tengan acceso a la vivienda, el transporte y el esparcimiento necesarios y adecuados y a las comodidades de la vida en sociedad.**

205. La salud sexual de las personas de edad a menudo se pasa por alto tanto en el discurso académico como en las políticas destinadas a responder al rápido envejecimiento de la población, tal vez porque el tema de la sexualidad de las personas de edad sigue siendo en gran medida un tabú en muchas culturas. Sin embargo, un reciente estudio amplio de las personas de edad en los Estados Unidos de América, en el que se utilizó una definición amplia del funcionamiento sexual, mostró que las mujeres de entre 57 y 74 años no experimentaban ningún descenso en la actividad sexual¹²⁵. Se concluyó que el funcionamiento sexual estaba más asociado con la percepción de la propia salud física que con la edad. **Los Estados deberían adaptar**

¹²⁴ Naciones Unidas, "Population ageing and development: ten years after Madrid", *Population Facts* núm. 2012/4, diciembre de 2012; *Population Ageing and Development 2012* (gráfico mural) (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.12.XIII.6).

¹²⁵ M. Lusti-Narasimhan y J. R. Beard, "Sexual health in older women", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, núm. 9 (2013), págs. 707 a 709.

las políticas y los programas sobre salud sexual para responder mejor a la evolución de las necesidades sexuales de las personas de edad.

206. A medida que las personas viven más tiempo, hay una preocupación cada vez mayor por la sostenibilidad de beneficios tales como las pensiones, la atención de la salud y el apoyo a las personas de edad, que será necesario pagar durante períodos más largos. También es motivo de preocupación la viabilidad a largo plazo de los sistemas de apoyo social intergeneracional, que son fundamentales para el bienestar tanto de las generaciones mayores como de las más jóvenes. Todo esto resulta especialmente preocupante en las sociedades en las que prestar cuidados en el seno de la familia se hace cada vez más difícil a medida que disminuye el tamaño de la familia y debido a que las mujeres, que suelen ser las principales cuidadoras, trabajan fuera del hogar. El aumento de la longevidad también puede dar lugar a un aumento de los gastos médicos y de la demanda de servicios de salud, ya que las personas de edad suelen ser más vulnerables a las enfermedades crónicas¹²⁶.

207. Los Estados deberían garantizar la protección social y la seguridad de los ingresos de las personas de edad, poniendo especial atención en las mujeres de edad, las personas que viven solas y los que prestan cuidados sin recibir remuneración, ampliando los sistemas de pensiones y las prestaciones contributivas, reforzando la solidaridad intergeneracional y asegurando la inclusión y la participación de las personas de edad en la formulación y aplicación de políticas, planes y programas que tengan repercusión en sus vidas.

208. Al mismo tiempo, muchas personas siguen contribuyendo a sus familias, comunidades y sociedades hasta una edad bastante avanzada. Ni todas las personas de edad necesitan ayuda, ni todas las personas en edad de trabajar aportan ayuda directa o indirecta a las personas de edad. De hecho, en muchas sociedades las personas de edad suelen prestar apoyo a sus hijos adultos y a sus nietos¹²⁷. Además, mientras que los gastos en atención de la salud y otros sectores que prestan servicios a las personas de edad pueden ser un problema, también son una inversión. La ampliación de esos sectores genera importantes oportunidades de empleo en los sectores de atención de la salud público y privado¹²⁸. **Los Estados deberían fortalecer los sistemas de atención de la salud y cuidados promoviendo el acceso universal a una serie continua de servicios de atención integrada y equilibrada a lo largo de la vejez, inclusive servicios de gestión de las enfermedades crónicas, y cuidados paliativos y atención al final de la vida.**

209. En 2002, la comunidad internacional se reunió en Madrid para celebrar la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a fin de examinar los desafíos cada vez mayores que planteaba el envejecimiento de la población. Para entonces ya

¹²⁶ *Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide* (ST/ESA/339); Naciones Unidas, "Population ageing and development: ten years after Madrid"; Naciones Unidas, "Population ageing and the non-communicable diseases", *Population Facts* núm. 2012/1, abril de 2012.

¹²⁷ R. Lee y A. Mason, *Population Ageing and the Global Economy: A Global Perspective* (Cheltenham, United Kingdom, Edward Elgar, 2011); Naciones Unidas, "Population ageing and development: ten years after Madrid"; *Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide*.

¹²⁸ F. Colombo y col, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies (Paris, OECD Publishing, 2011), pág. 336.; Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* (París, publicación de la OCDE, 2012).

era evidente que el envejecimiento no solo era motivo de preocupación para los países desarrollados, sino que estaba afectando o comenzaba a afectar a un creciente número de países, tanto desarrollados como en desarrollo, y ya no se podía seguir pasando por alto sus consecuencias sociales, económicas y políticas. El fenómeno del envejecimiento de la población ya no podía considerarse una cuestión aislada o de segunda importancia. La Segunda Asamblea Mundial y su documento final, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002 (véase A/CONF.197/9, cap. I) constituían la primera ocasión en que los gobiernos convenían en vincular las cuestiones relativas al envejecimiento con otros marcos del desarrollo social y económico y de derechos humanos acordados en anteriores conferencias y cumbres de las Naciones Unidas.

2. La educación permanente y la participación económica y social

210. En el Programa de Acción se recomendaba que los gobiernos mejoraran y promovieran la autonomía, la calidad de vida y la capacidad de trabajar de las personas mayores durante el mayor tiempo posible, cuando así lo desearan, e hicieran lo posible para que siguieran participando utilizando plenamente sus conocimientos y capacidades en beneficio de la sociedad. Muchas personas de edad siguen trabajando y a menudo mantienen con sus ingresos a toda la familia. Las personas de edad pueden querer también tener una vida profesional satisfactoria. Las oportunidades de empleo flexible, aprendizaje permanente y readiestramiento son fundamentales para que las personas de edad puedan permanecer en el mercado laboral, en su propio beneficio, el de sus familias y como recurso esencial de las economías prósperas que no pueden darse el lujo de prescindir de su experiencia y sus conocimientos.

211. En los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Declaración de Hamburgo sobre la Educación de Adultos, aprobada en la quinta Conferencia internacional sobre la educación de los adultos (1997), y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, confirmaron la importancia de la educación para las personas de edad¹²⁹. La educación permanente permite a las personas de todas las edades reforzar y ampliar sus conocimientos y las habilidades para adaptarse a la evolución de las oportunidades de empleo y participar plenamente en el cambio de sus condiciones personales y económicas, para beneficio propio, el de sus familias, sus comunidades y la sociedad en general. El aprendizaje permanente no es solo para las personas de edad, sino también para los trabajadores jóvenes o de mediana edad que han perdido el empleo o cambiado de empleo, o que pueden haber perdido oportunidades anteriores de recibir una educación debido a la pobreza, el trabajo a una edad temprana, la procreación precoz o la movilidad voluntaria o forzada. Además, una red mundial de universidades de la tercera edad está centrada en la educación para

¹²⁹ Véase UNESCO, *Fifth International Conference on Adult Education: Final Report*, Hamburgo (Alemania), 14 a 18 de julio de 1997; en www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finrepeng.pdf (recuperado el 7 de octubre de 2013); Du Peng, "The third age: opportunity for learning and teaching", *Population Ageing and the Millennium Development Goals* (New York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009), pág. 157; Naciones Unidas, *The Madrid International Plan of Action on Ageing: Guiding Framework and Toolkit for Practitioners and Policy Makers* (marzo de 2008); en www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf (consultado el 27 de septiembre de 2013).

mejorar la calidad de vida de los jubilados. Sus miembros se han ampliado para responder a la creciente demanda de enseñanza no académica por parte de personas no jubiladas¹³⁰.

212. El 92% de los gobiernos parecen contar con políticas sobre la educación de adultos, que en su gran mayoría están centradas en el desarrollo de aptitudes y la formación para el mercado laboral, una prioridad citada a menudo por los ministros de educación de los países desarrollados y en desarrollo¹³¹. Desde 2000, numerosos países o territorios, incluidos Belice, Canadá, China, Dinamarca, El Salvador, Federación de Rusia, Hungría, Japón, México, Puerto Rico, Serbia y Suecia, han adoptado políticas e iniciativas centradas en el readiestramiento de las personas de edad¹³².

213. A pesar de las políticas nacionales de educación permanente y readiestramiento, la tasa de analfabetismo entre los adultos sigue siendo elevada, 651 millones de adultos mayores de 25 años son analfabetos funcionales (datos de 2011), y la mayoría de ellos (64%) son mujeres¹³³. Entre las personas mayores de 65 años, la tasa de analfabetismo total mundial es del 26% y varía del 25% en América Latina al 68% en África, y las tasas entre las mujeres se mantienen por encima de las de los hombres. Las tasas de analfabetismo entre los adultos son más altas en las zonas rurales y las zonas de conflicto, así como entre las personas con discapacidad y las minorías étnicas¹³⁴.

214. El analfabetismo atrapa a muchos en un ciclo de pobreza en el que las oportunidades de empleo y generación de ingresos son limitadas, y hay una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud¹³⁵. Los efectos del analfabetismo, y de una educación incompleta o de mala calidad (véase la secc. II.C.4 relativa a la desigualdad de los progresos en materia de educación) persisten durante toda la vida y tienen consecuencias negativas, en particular para los adultos y las personas de edad en los países que carecen de sistemas de seguridad social, que pueden verse obligados a trabajar hasta edades más avanzadas en el sector no estructurado o a aceptar empleos mal remunerados y que requieren mucho esfuerzo físico¹³⁶.

¹³⁰ En China hay 32.697 universidades de la tercera edad, con 3.335.093 estudiantes; en el Reino Unido hay 903, con 319.185 estudiantes (véase Du Peng, “The third age”, pág. 159); University of the Third Age, United Kingdom (<http://www.u3a.org.uk/u3a-movement.html>).

¹³¹ Véase UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy* (Hamburgo (Alemania), UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2013), cuadro 2.2.

¹³² UNFPA y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge* (Nueva York y Londres, 2012), pág. 190.

¹³³ Véase UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy* (Hamburgo (Alemania), UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2013).

¹³⁴ *Ibid.*, pág. 19; véase también N. E. Groce y P. Bakshi, “Illiteracy among adults with disabilities in the developing world: an unexplored area of concern”, Working Paper Series No. 09 (University College London, Leonard Cheshire Centre for Disability and Inclusive Development, agosto de 2009).

¹³⁵ Véase Banco Mundial, “Defining welfare measures”. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20242876~isCURL:Y~menuPK:492130~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367~isCURL:Y,00.html>; consultado el 27 de septiembre de 2013); A. Cree, A. Kay and J. Steward, “The economic and social cost of illiteracy: a snapshot of illiteracy in a global context” (World Literacy Foundation, abril de 2012), pág. 2, en www.worldliteracyfoundation.org/The_Economic_&_Social_Cost_of_Illiteracy.pdf (consultado el 29 de septiembre de 2013).

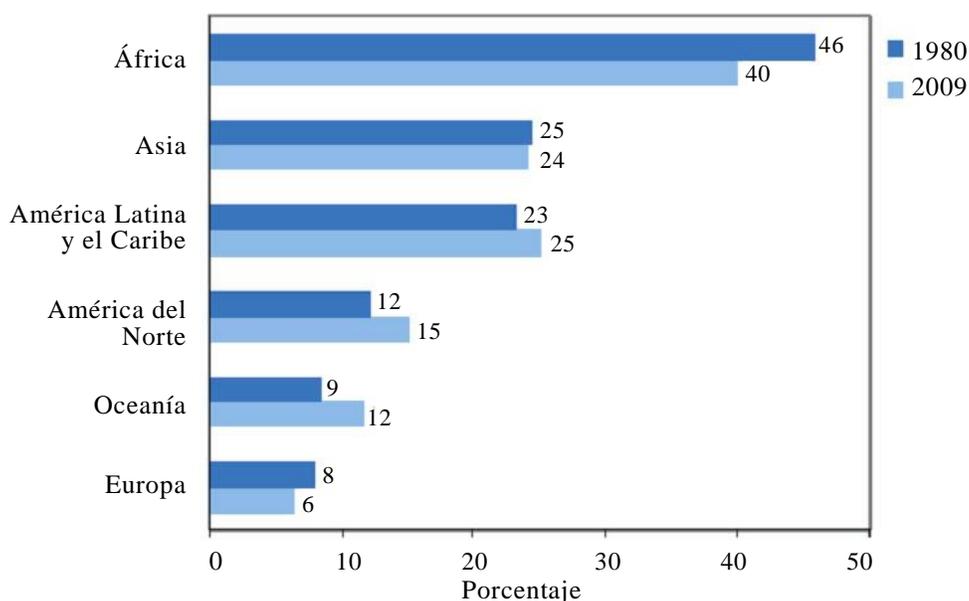
¹³⁶ UNFPA y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, pág. 55.

215. En 2002, el 88% de los gobiernos informaron de que contaban con una ley o política sobre la alfabetización de adultos¹³⁷. En Camboya, donde el 70% de las mujeres mayores de 65 años no sabe leer ni escribir, las clases de alfabetización de adultos organizadas en colaboración con profesores voluntarios (maestros jubilados y monjes) mejoraron notablemente la capacidad de las mujeres de edad para leer y hacer cálculos, lo que les ha permitido establecer pequeñas tiendas y negocios¹³⁸. **Los Estados deberían reforzar el aprendizaje a lo largo de toda la vida y aumentar las oportunidades de alfabetización de adultos que permitan a todas las personas, independientemente de su edad, adquirir nuevos conocimientos especializados para adaptarse a la evolución de la economía, obtener mejores empleos e ingresos, o simplemente explorar las posibilidades de desarrollar las aptitudes y cumplir sus ambiciones personales.**

216. A nivel mundial, la mayor proporción de personas de edad que participan en la fuerza de trabajo se registra en África, donde más del 40% de las personas mayores de 65 años son económicamente activas, seguida de Asia y América Latina y el Caribe, con casi el 25% (véase el gráfico 14).

Gráfico 14

Participación en la fuerza laboral de las personas de edad como proporción del total de la población mayor de 65 años, por región, 1980-2009



Fuente: Naciones Unidas, World Population Ageing 2009 (ESA/P/WP/212), gráfico 38.

217. Dada su mayor esperanza de vida, las mujeres constituyen una proporción cada vez mayor de la fuerza de trabajo de más edad, y la probabilidad de su participación en la fuerza de trabajo después de los 65 años viene aumentando desde hace varias décadas (véase el gráfico 15), aun cuando la probabilidad de que los

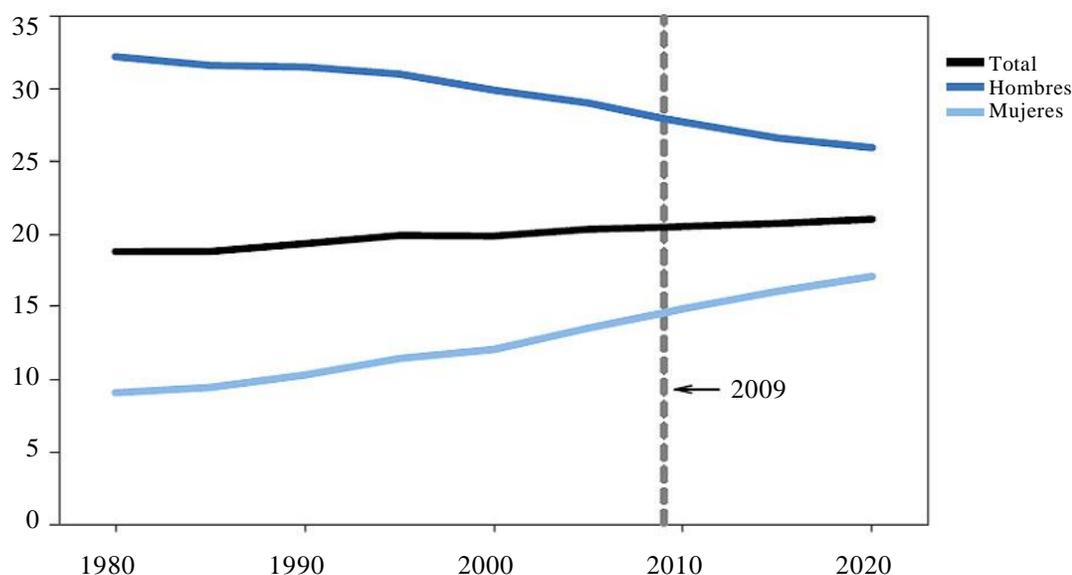
¹³⁷ Véase UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy*, cuadro 2.3.

¹³⁸ J. Pugh, "Changing lives through literacy", en *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, pág. 59.

hombres sigan trabajando después de los 65 años haya disminuido. La mayor participación de las mujeres en la fuerza de trabajo de más edad y el incremento de las tasas de analfabetismo contribuyen a las desigualdades persistentes a que se enfrentan las mujeres que trabajan y hacen más probable su participación en el sector no estructurado y en trabajos inseguros y peor remunerados (véase la sección II.B.1 sobre la evolución de las tendencias en las funciones productivas y reproductivas). **Los Estados deberían seguir de cerca y eliminar toda forma de discriminación contra las personas mayores en el empleo; así como elaborar políticas y programas de protección laboral que garantizaran un empleo seguro y estable que ofreciera un salario decente.**

Gráfico 15

Participación en la fuerza de trabajo mundial de las personas mayores de 65 años por sexo, 1980-2020



Fuente: Naciones Unidas, World Population Ageing 2009 (ESA/P/WP/212), gráfico 36.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 8

Personas de edad

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. En la resolución 65/182 sobre el seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2011), la Asamblea General decidió establecer un Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, a fin de fortalecer el reconocimiento de los derechos humanos de las personas de edad, evaluar las carencias y considerar, según procediera, la viabilidad de la aplicación de nuevos instrumentos y medidas. En la resolución 67/139, titulada “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad” (2013), la Asamblea decidió que el Grupo de

Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento “examinaría propuestas relativas a un instrumento jurídico internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”.

Otros documentos negociados a nivel intergubernamental. En la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, aprobados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se ofreció un nuevo programa sobre el envejecimiento en el siglo XXI centrado en: las personas de edad y el desarrollo; la salud y el bienestar en la vejez; y la creación de entornos propicios y favorables.

Otras normas de derecho no vinculantes. Los sistemas regionales también han mostrado un mayor impulso en la elaboración de mecanismos para promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las personas de edad. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el sistema interamericano y el Comité Directivo de Derechos Humanos del Consejo de Europa han establecido grupos de trabajo con el fin de redactar un instrumento para promover los derechos humanos de las personas de edad.

218. Los resultados de la encuesta mundial muestran que un mayor porcentaje de países que cuentan con estructuras para las personas de edad están abordando las cuestiones relativas a las necesidades de las personas de edad. Estos son países con relaciones de dependencia de las personas mayores superiores a 12 personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar (15 a 64 años).

219. A nivel mundial, 40 países cuyas poblaciones envejecerán rápidamente en los próximos dos decenios, entre ellos el Brasil, China, India, Indonesia, México, la República Islámica del Irán y Viet Nam, registraban una relación de dependencia de las personas mayores de entre 6 y 12 en 2010; y se estima que esa relación aumentará a más de 12 en 2030 (proyección mediana). Una gran proporción de esos países abordaron la cuestión de “prestar servicios sociales, incluidos los cuidados a largo plazo” (94%), “prestar servicios de atención de la salud asequibles, adecuados y accesibles” (91%), “ampliar o mejorar las prestaciones de vejez” (88%), “habilitar a las personas de edad para llevar una vida independiente durante el mayor tiempo posible” (89%) y “reunir datos desglosados” (88%).

220. Esos progresos en las esferas de la protección social, la atención de la salud y la reunión de datos no se han visto acompañados de avances similares en los ámbitos del empleo, la no discriminación o la participación en la sociedad: una menor proporción de países mencionaron “abordar la negligencia, el abuso y la violencia contra las personas mayores” (74%), “permitir que las personas mayores puedan hacer pleno uso de sus destrezas y capacidades” (el 69%), “prestar apoyo a las familias que cuidan a personas mayores” (67%), “establecer procedimientos mecanismos y concretos de participación” (el 63%), “prevenir la discriminación contra las personas mayores, en particular las viudas” (58%) y “promover las oportunidades de empleo para los trabajadores mayores” (39%). **Los Estados deberían seguir de cerca y eliminar toda forma de abuso directo e indirecto, incluso todas las formas de violencia, la prescripción de un exceso de medicamentos, cuidados de calidad inferior a la norma y el aislamiento social.**

3. Prioridades de los gobiernos: las personas de edad

Atención de la salud preventiva y curativa	54% de los gobiernos
Empoderamiento económico, empleo y planes de pensiones/apoyo	54% de los gobiernos
Elaboración de programas, políticas y estrategias y creación de leyes e instituciones relacionadas con las personas de edad	39% de los gobiernos
Inclusión social y derechos de las personas de edad	37% de los gobiernos
Cuidado de los ancianos	36% de los gobiernos

221. Cuando se pidió a los países que indicaran las cuestiones más pertinentes que preveían que recibirían prioridad en las políticas públicas relacionadas con las personas de edad, la “atención de la salud preventiva y curativa” fue señalada como una prioridad para los países de África, donde el 68% la incluyó entre sus cinco principales prioridades; también la incluyó alrededor de la mitad de los países de Europa, Asia y América, y 3 de 10 países de Oceanía. Los países de Europa y Asia mencionaron el “empoderamiento económico, el empleo y las pensiones” con mayor frecuencia (el 62% y el 59%, respectivamente). En esas dos regiones, así como en América, la determinación de las contribuciones económicas y los sistemas de apoyo sostenibles para las personas mayores se ajustan a la considerable progresión del envejecimiento y a la necesidad de mantener el crecimiento económico y el bienestar social, dada la relativa disminución de la población en edad tradicional de trabajar.

222. A pesar de los altos índices de pobreza entre las personas mayores en todo el mundo y entre grupos de ingresos de los países, “combatir la pobreza” entre las personas mayores pasó a ser una cuestión prioritaria solo para los países africanos, de los cuales nueve la señalaron como una prioridad. Solo tres países de las demás regiones combinadas la señalaron como una prioridad.

223. En consonancia con el importante cambio reflejado en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, cerca del 40% de los países de África, América y Europa asignaron prioridad a la cuestión de “la inclusión social y los derechos” de las personas de edad. Solo 9 de 41 países de Asia y solo un país de Oceanía la señalaron como prioridad. Los países que consideraban la cuestión de “la inclusión social y los derechos” como una prioridad también se encontraban con mayor frecuencia en el extremo superior del espectro de ingresos: más del 40% de los países con ingresos medianos altos, países con ingresos altos que no son miembros de la OCDE y países de la OCDE, y el 30% de los países con ingresos bajos y medianos bajos.

224. La cuestión del “fortalecimiento de la capacidad” en materia de envejecimiento, en particular en las esferas de datos e investigación, fue considerada con más frecuencia una prioridad por los países de ingresos bajos, entre los cuales 10 de 32 la incluyeron entre sus cinco principales prioridades. Los países de ingresos bajos se encuentran en las primeras etapas de una transición a una población en proceso de envejecimiento pero, al igual que otros países, están conscientes de la necesidad de prestar apoyo a las personas mayores y es evidente que algunos de ellos están procurando ampliar la base de pruebas para que el gobierno adopte medidas.

E. Personas con discapacidad

225. En algún momento de su vida, en todo el mundo la mayoría de las personas sufren discapacidad, algunas durante toda su vida y otras en forma transitoria pero repetida. Se estima que en la actualidad una proporción que varía entre el 15 y el 20%¹³⁹ de las personas de 15 años de edad y más en todo el mundo viven en condiciones de discapacidad, de las cuales entre el 2 y el 4% padecen de discapacidad considerable o grave. Según el *Informe mundial sobre la discapacidad* de la OMS, aproximadamente 93 millones, o sea el 5%, de los niños de hasta 14 años de edad, sufren de discapacidad¹⁴⁰.

226. La discapacidad se manifiesta en forma desigual en distintos países: aquellos cuyo PIB per cápita es de menos de 3.255 dólares de los Estados Unidos tienen una incidencia total de discapacidad del 18%, en comparación con un nivel de solo el 12% de los que están por encima de esa cifra. Las mujeres tienen una probabilidad significativamente mayor que los hombres de padecer discapacidad: el 22% de las mujeres de los países de ingresos bajos y el 14% de las mujeres de los países de ingresos altos sufren de discapacidad¹⁴⁰.

227. La probabilidad de padecer de discapacidad aumenta pronunciadamente con la edad, y más del 46% de las personas de más de 60 años tienen una discapacidad moderada o grave, frente a solamente el 15% de las que tienen entre 15 y 49 años. El número de personas con discapacidad está aumentando, como consecuencia del envejecimiento de la población en general y de la propagación de enfermedades no transmisibles vinculadas a formas de discapacidad, como la diabetes, las cardiopatías y las enfermedades mentales¹⁴⁰.

228. Hay un vínculo interesante pero poco estudiado entre la discapacidad y la pobreza, con esta última considerada tanto una causa como una consecuencia de la primera¹⁴¹. La causalidad entre la discapacidad y la pobreza no está bien establecida porque se dispone de una cantidad limitada de datos longitudinales y porque con frecuencia la pobreza se mide a nivel de los hogares. En países desarrollados y en desarrollo se han hecho estudios que han demostrado que la discapacidad afecta a los resultados de la educación e interfiere con la participación en el mercado laboral¹⁴². **Los Estados deben mantener en observación y erradicar todas las formas de discriminación en el empleo en contra de las personas con discapacidad y formular políticas y programas de promoción que garanticen un empleo seguro y estable, con salarios dignos.**

229. La probabilidad de experimentar “violaciones de la dignidad”¹⁴², que abarcan la exclusión social, la violencia y el prejuicio, es mayor para las personas con discapacidad que para las que no la padecen. Las repercusiones de la discapacidad,

¹³⁹ La estimación baja se basa en el *Informe sobre la salud en el mundo*, citado en OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011) y la alta se basa en la actualización de 2004 del estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008), citado en el *Informe mundial sobre la discapacidad*.

¹⁴⁰ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*.

¹⁴¹ J. Braithwaite y D. Mont, “Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications”, *European Journal of Disability Research*, vol. 3, núm. 3 (2009), págs. 219 a 232.

¹⁴² OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*

incluida la necesidad de apoyo social, se dejan sentir no solo para las personas sino también en los hogares y familias afectados, porque obligan a dedicar más recursos a la atención médica y por la pérdida de ingresos, el estigma y la necesidad de contar con sistemas de apoyo para las personas que imparten los cuidados. **Los Estados deben mantener en observación y erradicar todas las formas de discriminación directa e indirecta contra las personas con discapacidad, incluidas todas las formas de violencia interpersonal, el uso excesivo de medicamentos y la atención deficiente, así como el aislamiento social de esas personas, mediante programas nacionales, en particular en materia de educación, empleo, rehabilitación, vivienda, transporte, recreación y vida en comunidad, además del apoyo para los familiares que imparten cuidados.**

230. En el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982), en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y en el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: el camino a seguir, una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año (resolución 68/3 de la Asamblea General, de 23 de septiembre de 2013), se reconoció que las personas con discapacidad constituyen una parte significativa de la población a nivel mundial y a nivel de los países. En esos documentos se adoptan como objetivos la realización de los derechos humanos de las personas con discapacidad, la participación, la igualdad de oportunidades, la valoración de sus aptitudes en el proceso de desarrollo económico y social y su dignidad y su facultad de valerse por sí mismas. **Los Estados deben tomar medidas concretas para hacer realidad su compromiso de aumentar la accesibilidad y el desarrollo inclusivo y de permitir una participación plena en la vida social, económica y política de todos, incluidas las personas con discapacidad.**

231. Los datos nacionales y mundiales sobre la discapacidad también plantean problemas importantes de validez y comparabilidad, que dan por resultado cálculos muy variables, con subestimaciones frecuentes, resultado en parte del estigma que acompaña al término. El Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, que promueve la cooperación internacional en el campo de las estadísticas de la salud examinando medidas de la discapacidad adecuadas para los censos y las encuestas nacionales, está haciendo progresos continuos en la medición de la discapacidad. El perfeccionamiento de las definiciones y los sistemas de datos para observar y resolver los problemas de la discapacidad es decisivo para determinar y vigilar el progreso hacia el bienestar y la participación. Una mayor cooperación internacional en este sentido es ahora más indispensable que antes.

232. Según las respuestas a la encuesta mundial, la cuestión primordial de interés en relación con las personas con discapacidad de la que se están ocupando los países es “asegurar un sistema general de educación en el que no se excluya a niños y niñas por causas relacionadas con la discapacidad”. Corresponde señalar que el 82% de los países, es decir todos excepto 28 (13 de África, 6 de Asia, 6 de América, 2 de Europa y 1 de Oceanía), están empeñados en cumplir ese compromiso. El nivel de preocupación por esta cuestión era inversamente proporcional al crecimiento demográfico de los países y directamente proporcional a su nivel de ingresos.

233. En segundo lugar, el 78% de los países se refirieron a la necesidad de “fortalecer los programas y servicios integrales de habilitación y rehabilitación”, sin diferencias regionales de importancia, y el 77% de los países mencionaron la creación de “oportunidades de empleo para personas con discapacidad”. El número y el porcentaje de los países que no hacen referencia a esta cuestión son bajos en Europa (8%), Asia (10%) y América (19%) y más altos en Oceanía (54%) y África (38%). Esto puede significar que, entre los países más ricos, el porcentaje de ellos que durante los últimos cinco años ha decidido ocuparse de esta cuestión es más alto que entre los países más pobres.

234. Las cuestiones de “construir la infraestructura necesaria para asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso en igualdad de condiciones con las demás personas” (68%), de “asegurar iguales derechos y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH” (65%) y de “garantizar a las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación” (60%) son tratadas por 6 de cada 10 países a nivel mundial; la proporción está por debajo del promedio mundial en los países de Oceanía y África. **Los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad, en particular a los jóvenes, el derecho a la salud, incluidos los derechos y la salud sexual y reproductiva, así como el derecho al nivel más alto de atención, asegurando que las personas con discapacidad participen en la programación y la ejecución y en la formulación, la vigilancia y la evaluación de políticas, teniendo en cuenta los factores estructurales que obstaculizan el ejercicio de esos derechos.**

235. El 61% de los países se ocupan de la necesidad de “prestar apoyo a las familias que cuidan a personas con discapacidad”; también en este sentido, el grado de interés es proporcional al nivel de ingresos de los países e inversamente proporcional a su crecimiento demográfico. Aunque el 59% de los países no se han ocupado de esta cuestión durante los últimos cinco años, ha habido diferencias considerables entre distintas regiones. Aunque el 88% de los países europeos dijeron que estaban abordando la cuestión, solamente el 39% de los países de Oceanía y el 39% de los países de África (la mayoría) hicieron lo propio.

236. Por último, la cuestión a la que los países dedicaban menos esfuerzos era la de “promover la igualdad adoptando todas las medidas necesarias para garantizar que se realicen ajustes razonables en todos los aspectos de la vida económica, social, política y cultural”; esta cuestión no era una prioridad para el 47,9% de los países, la mayoría de los cuales estaban en África (23), Asia (23) y Oceanía (10) y eran más pobres y de rápido crecimiento.

237. El aumento de la “accesibilidad y movilidad” para las personas con discapacidad figura entre los cinco prioridades más altas para la mitad o más de los países situados en el extremo inferior y el sector medio de la escala de ingresos (ingresos bajos: 50%; ingresos medios bajos: 59%; ingresos medios altos: 66%). En vista de la importancia fundamental de la accesibilidad para la creación de sociedades inclusivas y el desarrollo sostenible y equitativo para todos, este es un campo al que se debe prestar más atención y asignar más prioridad después de 2014 y de 2015. Los buenos resultados que se alcancen en esta materia contribuirán de manera significativa a la plena participación económica y social de las personas con discapacidad, muchas de las cuales viven en países en desarrollo y hacen frente a problemas de accesibilidad y movilidad en su vida diaria.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 9

Personas con discapacidad

Instrumentos vinculantes. Reconocida como uno de los instrumentos internacionales básicos en el campo de los derechos humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006, entrada en vigor en 2008) constituye un adelanto trascendental en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad. La Convención reconoce que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tienen “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo” que, en interacción con barreras adicionales, impiden su participación plena y en condiciones de igualdad en la sociedad. La Convención tiene por propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. El Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ofrece un mecanismo para que, mediante la presentación de comunicaciones, se puedan tratar los casos en que no se han respetado los derechos humanos. A nivel regional, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999; entrada en vigor en 2001) afirma que las personas con discapacidad gozan de todos los derechos humanos y libertades fundamentales protegidos por el derecho internacional.

Decisiones intergubernamentales sobre derechos humanos. El Consejo de Derechos Humanos ha aprobado una serie de resoluciones sobre las personas con discapacidad, la última de las cuales es la resolución 22/3, sobre el trabajo y el empleo de las personas con discapacidad (2013). En el marco de sistemas regionales, los derechos de las personas con discapacidad se han expuesto en forma más detallada en instrumentos y documentos regionales sobre derechos humanos¹⁴³.

Prioridades de los gobiernos: personas con discapacidad

Empoderamiento económico y empleo	65% de los gobiernos
Accesibilidad y movilidad	57% de los gobiernos
Educación	55% de los gobiernos
Inclusión social y derechos	37% de los gobiernos
Desarrollo de programas, políticas, estrategias y leyes y creación de instituciones relativas a las personas con discapacidad	28% de los gobiernos

¹⁴³ Se puede encontrar más información sobre los sistemas y normas regionales de derechos humanos referentes a la discapacidad en www.un.org/esa/socdev/enable/comp300.htm.

238. Cuando se pidió a los gobiernos que dijeran cuáles eran las cuestiones primordiales a las que, según se preveía, se daría prioridad en la política pública relativa a las personas con discapacidad, las tres prioridades más altas en cuatro de las cinco regiones, y por un margen considerable, eran el empoderamiento económico, el acceso y la movilidad y la educación. En 10 de los 48 países africanos, o sea el 21%, también se mencionó la “formación para el empleo”¹⁴⁴ como una de las cinco prioridades principales, aparte del apoyo concreto para el “empoderamiento económico y el empleo”, afirmando la importancia de incorporar a la población con discapacidad en la fuerza de trabajo de la región.

239. La igualdad de acceso a la “educación” para las personas con discapacidad era una prioridad uniforme para los gobiernos de todo el mundo, pero en particular en los países de ingresos bajos (63%). La discriminación contra las personas con discapacidad en el acceso al sistema general de educación y la falta de un sistema educativo especialmente acorde con sus necesidades crean barreras difíciles para que se valgan por sí mismas y gocen de igualdad de oportunidades.

240. Por último, también se mencionaron con frecuencia otras prioridades. Por ejemplo, más de la mitad de los gobiernos de los países de ingresos bajos (53%) y de los países de ingresos altos de la OCDE (52%) dijeron que la “inclusión social y los derechos”¹⁴⁵ eran una prioridad clave. La “rehabilitación y la habilitación”¹⁴⁶ era una de las cinco prioridades más altas para más de una tercera parte de los Gobiernos de Asia (35%), mientras que la “autonomía”¹⁴⁷ era considerada prioritaria por el 21% de los Gobiernos europeos.

F. Pueblos indígenas

241. Los indígenas suman unos 370 millones en todo el mundo. Históricamente, los indígenas han sido, y continúan siendo, objeto de marginación social y política, lo que ha entorpecido su acceso al desarrollo. A menudo se les ha negado la oportunidad tanto de mantener su propia herencia cultural como de integrarse plenamente en la vida social, política y económica definida por el sistema político dominante¹⁴⁸.

242. Para muchos, la discriminación estructural incluye la violencia de los desplazamientos forzados, la pérdida de sus tierras de origen y bienes, la separación de sus familias, la pérdida forzosa de su lengua y cultura, la cosificación de sus culturas y una exposición desproporcionada a las consecuencias del cambio

¹⁴⁴ Incluidas todas las prioridades relativas a la formación formal e informal y la capacitación para las personas con discapacidad en apoyo de una transición efectiva al mercado de trabajo.

¹⁴⁵ Incluidas todas las prioridades relativas a la maximización de la inclusión social y el empoderamiento y la igualdad de oportunidades para todos los grupos de personas con discapacidad, sin distinción de ningún tipo, incluidas todas las prioridades concernientes a la lucha contra la violencia, el descuido, el abuso y la discriminación de que son víctimas las personas con discapacidad, así como formas no especificadas de protección de los derechos humanos.

¹⁴⁶ Incluidas todas las prioridades relativas al fortalecimiento y el desarrollo de servicios y programas amplios de habilitación y rehabilitación para las personas con discapacidad.

¹⁴⁷ Incluidas todas las prioridades relativas a la preparación de las personas con discapacidad para llevar una vida autónoma, es decir, reducir su necesidad de recibir ayuda y cuidado de otras.

¹⁴⁸ *State of the World's Indigenous Peoples* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: 09.VI.13).

climático y la degradación ambiental. Para otros grupos, la distancia geográfica y el aislamiento de los territorios indígenas, consecuencia de los desplazamientos forzados históricos, agravan las condiciones de pobreza¹⁴⁸.

243. En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirmó los derechos humanos de los pueblos indígenas. Ese mismo año se proclamó el primer Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y en 2005, el segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. Las iniciativas internacionales para proteger, promover y hacer efectivo el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas han aumentado notablemente en los dos últimos decenios. En el año 2000 se estableció el Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. En 2001, la Comisión de Derechos Humanos decidió nombrar a un Relator Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Consejo de Derechos Humanos viene renovando su mandato desde entonces, la última vez en 2007. Ese mismo año, la Asamblea General aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (resolución 61/295) y el Consejo de Derechos Humanos creó el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (resolución 6/36).

244. A pesar de la intensidad de estos esfuerzos concertados por atender las necesidades de los pueblos indígenas, sigue habiendo importantes disparidades. Así, la prevalencia de la tuberculosis, las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental es significativamente mayor entre los pueblos indígenas, cuya esperanza de vida es menor que la de los ciudadanos no indígenas de su mismo país. Por ejemplo, más del 50% de los adultos indígenas mayores de 30 años padecen de diabetes del tipo 2 en todo el mundo. En los Estados Unidos de América, un indígena tiene 600 veces más probabilidades de contraer tuberculosis que la población general. En el Ecuador, los pueblos indígenas están expuestos a un riesgo 30 veces más elevado de contraer cáncer de garganta que el promedio nacional. La diferencia de esperanza de vida entre los niños indígenas y los no indígenas en Nepal o en Australia es de 20 años, mientras que en Guatemala es de 13 años y en Nueva Zelanda, de 11¹⁴⁸.

245. Un estudio realizado en 2005 por el Banco Mundial sobre los pueblos indígenas de América Latina, unos 28 millones de personas, encontró que, si bien, en general, se habían producido cambios significativos en cuanto a la pobreza, la proporción de indígenas pobres en la región (cerca de un 80%) a principios de los años 1990 era sustancialmente la misma que a principios de los años 2000¹⁴⁹ y que las tasas de pobreza en el Paraguay, Panamá y México eran de un 7,9%, 5,9% y 3,3% más elevadas entre los indígenas que entre los no indígenas, respectivamente¹⁵⁰.

246. Los Estados deberían garantizar el derecho de los pueblos indígenas a la salud, incluidos sus derechos a la salud sexual y reproductiva, así como su derecho a recibir los niveles más altos de cuidado, a que se respeten su medicina y sus prácticas de salud tradicionales, especialmente en lo que

¹⁴⁹ H. A. Patrinos y E. Skoufias, *Economic Opportunities for Indigenous Peoples in Latin America* (Washington D.C., Banco Mundial, 2007).

¹⁵⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de J. L. Machinea y M. Hopenhayn, "La esquivada equidad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacética" (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.05.II.G.158), citado en *Panorama social de América Latina* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.06.II.G.133), pág. 150.

concierna a la reducción de la mortalidad materna e infantil, teniendo en cuenta sus características socio-territoriales y culturales específicas, así como los factores estructurales que impiden el ejercicio de estos derechos.

247. En sus acciones y objetivos, el Programa de Acción pedía a los gobiernos que abordaran las necesidades concretas de los pueblos indígenas, como la de garantizar su acceso a los servicios y su plena participación, y la de proteger, promover y hacer efectivo el ejercicio de su derecho al desarrollo, incluida su integración en los censos nacionales.

248. Entre los países que respondieron a la encuesta mundial, tan solo un pequeño porcentaje dijo haber prestado atención a las necesidades de los pueblos indígenas en los últimos cinco años; esta fue una tendencia generalizada en todas las regiones. Un máximo de dos tercios de los países participantes afirmaron contar con políticas gubernamentales, partidas presupuestarias y medidas de implementación para atender las necesidades de los pueblos indígenas y con frecuencia, menos de la mitad de los países de cada región contestó esta pregunta. Con toda probabilidad, el bajo índice de respuesta refleja el hecho de que muchos países no reconocen que dentro de sus fronteras nacionales viven “pueblos indígenas”.

249. La respuesta más positiva fue la relativa a la educación. Un 67% de los gobiernos afirmaron tener políticas, partidas presupuestarias y medidas de implementación destinadas a garantizar el acceso de los pueblos indígenas “a todos los niveles y formas de educación pública, sin discriminación”. Sin embargo, tan solo un 59% contaban con políticas para que las personas pudieran “tener acceso a una educación en su propio idioma y que respete su cultura”. Poco menos de la mitad de los gobiernos (49%) dijeron haber abordado la necesidad de “crear oportunidades de trabajo decente para los pueblos indígenas, sin discriminación” en los últimos cinco años. Un poco más de la mitad de los países que respondieron a la encuesta (56%) habían abordado la necesidad de proporcionar a los pueblos indígenas una “atención de salud sexual y reproductiva culturalmente apropiada, que incluya servicios de prevención del VIH”.

250. En cuanto a la gobernanza, el 58% de los países dijeron tener políticas, partidas presupuestarias y medidas de implementación para “establecer procedimientos y mecanismos concretos” de participación para los pueblos indígenas; un 52% dijo haber abordado la necesidad de “proteger y restaurar los ecosistemas naturales de los que dependen las comunidades indígenas”; y la mitad (50%) contaban con políticas, partidas presupuestarias y medidas de implementación sobre la “tenencia y administración” de tierras por los pueblos indígenas. La necesidad que menos países habían atendido (31%) fue la de “buscar el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas en los acuerdos comerciales [y] de inversión directa extranjera” que los afectan.

251. Los Estados deberían respetar y asegurar los derechos territoriales de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que viven aislados voluntariamente y los que se encuentran en la fase inicial de contacto, prestando especial atención a los desafíos que plantean las industrias extractivas y otras inversiones mundiales, la movilidad y los desplazamientos forzados, y elaborar políticas que respeten el principio del consentimiento libre, previo e informado sobre los asuntos que conciernan a estos pueblos, con arreglo a lo establecido en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 10

Pueblos indígenas

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, varios instrumentos internacionales de derechos humanos han abordado los derechos de los pueblos indígenas. La emblemática Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) afirma que “los indígenas tienen derecho, como pueblos o como individuos, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el derecho internacional de los derechos humanos”.

Prioridades de los gobiernos: pueblos indígenas

Educación	55% de los gobiernos
Empoderamiento económico y empleo	36% de los gobiernos
Empoderamiento político y participación política	33% de los gobiernos
Idioma, cultura e identidad	32% de los gobiernos
Tierra y territorio	30% de los gobiernos
Protección social	30% de los gobiernos

252. En total, de los 176 gobiernos que contestaron la encuesta mundial, 69 respondieron a la pregunta sobre las prioridades relativas a los pueblos indígenas: 23 de América, 18 de Asia, 15 de África, 7 de Europa y 6 de Oceanía.

253. En América, las prioridades citadas con mayor frecuencia tras la “educación”, a la que 14 de los 23 gobiernos que respondieron concedieron prioridad, fueron el “empoderamiento político y la participación política” (12 gobiernos) y la “tierra y el territorio” (10 gobiernos). A estas les seguían la “protección social” (9 gobiernos), el “cuidado de la salud (aparte de la salud sexual y reproductiva)”¹⁵¹ (9 gobiernos) y la “formulación de políticas, programas, estrategias, leyes y creación de instituciones”¹⁵² (8 gobiernos). Por tanto, los aspectos clave para la región son las capacidades y la seguridad, incluida la educación, la salud, la tierra y las formas de asegurar estos derechos, especialmente mediante la participación política.

¹⁵¹ Comprende todas las prioridades relacionadas con el aumento de los servicios de salud prestados a los pueblos indígenas, a excepción de la salud sexual y reproductiva y de la atención sanitaria para el VIH. Incluye medidas tales como la prestación de cuidados sanitarios culturalmente apropiados, asequibles y de calidad para satisfacer las necesidades de los pueblos indígenas.

¹⁵² Comprende todas las prioridades relacionadas con los aspectos anteriores si no se hubiera especificado un sector concreto.

254. En Asia, la “educación” de los indígenas también se encontraba entre los primeros puestos de la lista de prioridades (11 de los 18 gobiernos que respondieron), seguida del “empoderamiento económico y el empleo” (9 gobiernos), lo que sugiere la importancia dada por los indígenas a la posibilidad de acceder a actividades generadoras de ingresos. Un menor número de gobiernos dio prioridad al “empoderamiento político y la participación política”, el “idioma, la cultura y la identidad” y “la sanidad (aparte de la salud sexual y reproductiva)”, a los que se concedió el mismo grado de importancia (5 gobiernos).

255. A diferencia de las tendencias mundiales y regionales observadas, la prioridad que más se mencionó en el caso de los países africanos fue el “empoderamiento económico y el empleo” (8 de los 15 gobiernos que respondieron), que fue también la única prioridad citada por más de la mitad de los gobiernos. Como segunda y tercera prioridad en la región se citaron la “educación” (7 gobiernos) y el “idioma, la cultura y la identidad” (6 gobiernos).

256. Los Estados deberían aprobar, junto con los pueblos indígenas, las medidas necesarias para asegurar que todos los indígenas disfruten de protección y garantías plenas contra toda forma de violencia y discriminación, y dar los pasos necesarios para garantizar que se respete, proteja y haga efectivo el ejercicio de los derechos humanos de estas personas.

257. Los Estados deberían respetar y aplicar las disposiciones de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, así como el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1989 (núm. 169) de la Organización Internacional del Trabajo, y exhortar a los países que aún no lo hayan hecho a que lo firmen y ratifiquen, adaptando los marcos jurídicos y formulando las políticas necesarias para su aplicación, con la plena participación de los indígenas, incluidos los que viven en las ciudades.

G. La no discriminación se aplica a todas las personas

258. El Programa de Acción afirmó los principios de derechos humanos relativos a la igualdad y la no discriminación establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y desarrollados en otros instrumentos internacionales de derechos humanos, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) y la Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas (1992). Con todo, muchas personas en el mundo siguen sufriendo discriminación, como se puso de manifiesto en las reuniones regionales de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.

259. El examen de las operaciones muestra que, en algunas partes del mundo, las personas cuya orientación sexual e identidad de género son diferentes corren el riesgo de sufrir acoso y violencia física. Los resultados de los exámenes regionales corroboraron la importancia de los principios de la libertad y la igualdad de dignidad y derechos, así como de la no discriminación. La violencia estructural en forma de homonegatividad margina y deshumaniza a las personas con una orientación sexual y una identidad de género diferentes, mermando su capacidad de contribuir con plenitud a la sociedad y denegándoles los derechos civiles que suelen

reconocerse a otras personas¹⁵³. El compromiso con el bienestar individual no puede coexistir con la tolerancia de delitos motivados por prejuicios ni con ninguna otra forma de discriminación contra las personas.

260. En su informe al Consejo de Derechos Humanos en la materia (A/HRC/19/41), la Alta Comisionada para los Derechos Humanos observó que en los sistemas de derechos humanos interamericano y africano se ha informado de brotes de violencia contra las minorías sexuales y el Consejo de Europa constató que en todos sus Estados miembros había violencia motivada por el odio contra personas lesbianas, gays, bisexuales y trans. En el informe se observó que “las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans jóvenes y las personas de todas las edades que se considere que transgreden las normas sociales corren el riesgo de violencia familiar y comunitaria”. La discriminación se agrava por el hecho de que 76 países en todo el mundo siguen penalizando las relaciones consensuadas entre personas del mismo sexo¹⁵⁴ y las nuevas investigaciones destacan la relación entre las leyes que restringen los derechos civiles de las personas con una orientación sexual e

-
- ¹⁵³ W. B. Bostwick y cols., “Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States”, *American Journal of Public Health*, vol. 100, núm. 3 (2010), págs. 468 a 475; S. D. Cochran y cols., “Mental health and substance use disorders in Latino and Asian-American lesbian, gay and bisexual adults”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75, núm. 5 (2007), págs. 785 a 794; S. D. Cochran, V. M. Mays y J. G. Sullivan, “Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, núm. 1 (2003), págs. 53 a 61; R. de Graaf, T. G. Sandfort y M. Have, “Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands”, *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, núm. 3 (2006), págs. 253 a 262; R. H. DuRant, D. P. Krowchuk y S. H. Sinal, “Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior”, *Journal of Pediatrics*, vol. 133, núm. 1 (1998), págs. 113 a 118; A. H. Faulkner y K. Cranston, “Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students”, *American Journal of Public Health*, vol. 88, núm. 2 (1998), págs. 262 a 266; R. Garofalo y cols., “The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents”, *Pediatrics*, vol. 101, núm. 5 (1998), págs. 895 a 902; R. Garofalo y cols., “Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth”, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 153, núm. 5 (1999), págs. 487 a 493; D. M. Fergusson, L. J. Horwood y A. L. Beautrais, “Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, núm. 10 (1999), págs. 876 a 880; A. P. Haas y cols., “Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations”, *Journal of Homosexuality*, vol. 58, núm. 1 (2011), págs. 10 a 51; M. King y cols., “A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people”, *BMC Psychiatry*, vol. 8 (agosto de 2008); R. M. Mathy, “Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America”, *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, vol. 7, núms. 2 y 3 (2002), págs. 215 a 225; G. Remafedi, “Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, núm. 4 (2002), págs. 305 a 310; S. T. Russell y K. Joyner, “Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study”, *American Journal of Public Health*, vol. 91, núm. 8 (2001), págs. 1276 a 1281; J. P. Paul y cols., “Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents”, *American Journal of Public Health*, vol. 92, núm. 8 (2002), págs. 1338 a 1345.
- ¹⁵⁴ L. P. Itaborahy y J. Zhu, *State-sponsored Homophobia: A World Survey of Laws: Criminalisation, Protection and Recognition of Same-Sex Love*, 8ª edición (International Lesbian, Gay, Bisexual, and Trans and Intersex Association, mayo de 2013); en http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2013.pdf

identidad de género diferentes y la salud y el bienestar mental de estas personas¹⁵⁵. **Los Estados y la comunidad internacional deberían expresar honda preocupación por los actos de violencia, discriminación y delitos motivados por prejuicios cometidos contra personas por motivos de orientación sexual e identidad de género. Los líderes nacionales deberían defender los derechos de todo el mundo, sin distinción de ningún tipo.**

261. Con frecuencia, muchas personas y grupos siguen expuestos a un trato discriminatorio, como la estigmatización, la injusticia o la exclusión social, por motivos relacionados con su identidad o circunstancias. La discriminación puede verse acentuada con las leyes que penalizan su comportamiento o que no contemplan su necesidad de recibir protección social. La persistencia de leyes discriminatorias o la aplicación injusta y discriminatoria de la legislación pueden ser reflejo de los prejuicios subyacentes que albergan sectores poderosos de la sociedad, una indiferencia pública generalizada o el poco peso político de los discriminados¹⁵⁶.

262. Los resultados de la encuesta mundial y del examen regional destacan que sigue habiendo deficiencias en la aplicación del principio de los derechos humanos de no discriminación que proclamó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en todos los casos en los que los particulares o los grupos siguen siendo vulnerables, lo que tiene efectos directos en su salud, incluido el riesgo de VIH/SIDA, y su exposición a la violencia, incluida la de índole sexual. Los resultados del examen regional incluyen diversos compromisos para solucionar estas deficiencias, lo que requiere que los Estados protejan los derechos humanos de todas las personas, incluido el derecho a un empleo remunerado, residencia, acceso a servicios e igualdad ante la ley.

263. Los Estados deberían garantizar la igualdad ante la ley y la no discriminación, aprobando leyes y políticas destinadas a proteger a todas las personas, sin distinción de ningún tipo, en el ejercicio de sus derechos sociales, culturales, económicos, civiles y políticos. Los Estados deberían asimismo promulgar leyes, cuando no las haya, y hacer cumplir las existentes para prevenir y castigar cualquier tipo de violencia o delito motivado por prejuicios y tomar medidas enérgicas para proteger a todas las personas, sin distinciones de ningún tipo, de la discriminación, la estigmatización y la violencia.

264. El derecho internacional de los derechos humanos refleja el empeño mundial por poner fin a la discriminación de las minorías raciales y étnicas (véase el recuadro 11 sobre la no discriminación). Sin embargo, las minorías raciales y étnicas o, en algunos casos, grupos definidos que constituyen mayorías, en todo el mundo continúan sufriendo discriminación y marginación, lo que tiene repercusiones negativas en la salud y las libertades, así como en el acceso a la educación, el empleo, las tierras y los recursos naturales¹⁵⁷.

¹⁵⁵ M. L. Hatzenbuehler y cols., "The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study", *American Journal of Public Health*, vol. 100, núm. 3 (2010), págs. 452 a 459.

¹⁵⁶ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en los Países Bajos, del 7 al 10 de julio de 2013 (próxima publicación).

¹⁵⁷ B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011 - Focus on Land Rights and Natural Resources* (Londres, Minority Rights Group International, 2012).

265. Para poder hacer un mapa de la diversidad racial y étnica del mundo es necesario abordar el complejo problema de definir y clasificar lo que constituye un grupo “étnico o racial” bien diferenciado, categorías para las que no siempre hay una definición coherente. A veces, la etnicidad y la raza se definen mediante la identidad propia o las categorías censales que distinguen los Estados y otras veces, reflejan afinidades culturales, políticas, lingüísticas, fenotípicas o religiosas, muchas de las cuales se corresponden de forma marginal o no se corresponden en absoluto con determinadas características genéticas, que existen, en gran medida, como categorías sociales.

266. Por ejemplo, en las estimaciones sobre la diversidad étnica mundial se ha documentado la existencia de 822 grupos¹⁵⁸ en 160 países. En el África Subsahariana, que comprende aproximadamente una cuarta parte de los países del mundo, viven 351 grupos étnicos, un sorprendente 43% de los grupos étnicos culturalmente definidos del mundo¹⁵⁹.

267. Si bien el estudio y el seguimiento de las minorías o las mayorías desempoderadas son limitados y están basados en categorizaciones que no han sido generalmente aceptadas, los datos existentes indican que unos 183 grupos minoritarios sufren discriminación política, de ellos 45 se encuentran en riesgo extremo debido a políticas represivas que excluyen a sus miembros de la participación en la política¹⁶⁰.

268. A menudo, la discriminación histórica y prolongada puede generar ciclos intergeneracionales de pobreza y desfavorecimiento. Por ejemplo, las poblaciones afrodescendientes en el Caribe y América Latina hacen frente a condiciones persistentes de pobreza y exclusión social, así como a una explotación continuada por efecto de los proyectos de desarrollo a gran escala que ponen en peligro su acceso a la tierra y a los recursos naturales. En diversos países, los datos de salud pública son ilustrativos de la constante disparidad en cuanto a morbilidad y mortalidad entre los grupos raciales y étnicos minoritarios, reflejo de la repercusión colectiva de numerosas formas de discriminación superpuestas en ámbitos como el acceso a la salud, la educación, el empleo remunerado, la alimentación y la vivienda, las disparidades socioeconómicas y de riqueza; y las escasas oportunidades para prosperar a lo largo de la vida¹⁶¹.

269. Los Estados deberían garantizar la participación plena e igualitaria de las minorías raciales y étnicas en la vida social, económica y política; garantizar la integración libre y segura en el ámbito de la vivienda; entablar un diálogo abierto sobre la reconciliación pública convenida y/o corregir las equivocaciones del pasado; y promover activamente los lazos de respeto mutuo que son el pilar de una vida cívica diversa, de forma que hombres y mujeres de

¹⁵⁸ Véase J. D. Fearon, “Ethnic and cultural diversity by country”, *Journal of Economic Growth*, vol. 8, núm. 2 (2003), págs. 195 a 222.

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ Véase www.cidcm.umd.edu/mar/; consultado el 20 de septiembre de 2013.

¹⁶¹ B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011*; D. R. Williams y C. Collins, “U.S. socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations”, *Annual Review of Sociology*, vol. 21 (1995), págs. 349 a 386; OMS, *Documento de la OMS para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia: Salud y Ausencia de Discriminación*, serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, núm. 2 (agosto de 2001); en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68363/1/WHO_SDE_HDE_HHR_01.2_spa.pdf.

distintas procedencias puedan alcanzar la plenitud de su naturaleza humana con ayuda del prójimo.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 11

No discriminación

Instrumentos vinculantes. Los Estados adoptaron el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2008, en vigor desde 2013) “[s]eñalando que la Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica o cualquier otra condición”. El Protocolo Facultativo estableció un mecanismo de reclamación e investigación para las personas que creen que se han infringido sus derechos económicos, sociales y culturales, promoviendo los principios de derechos humanos relacionados con la no discriminación y proporcionando a las personas un mecanismo a través del cual puedan dejar constancia de las violaciones de derechos.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. La no discriminación es un tema al que la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos presta especial atención. Los derechos relacionados con la no discriminación se contemplan en numerosos instrumentos y el Consejo de Derechos Humanos vigila su cumplimiento mediante relatores especiales, expertos independientes y grupos de trabajo, comités y foros que luchan por combatir la discriminación y velar por el respeto de los derechos humanos en casos y/o cuestiones concretos¹⁶². Entre los textos en la materia están la resolución 17/19 del Consejo sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género (2011), la primera resolución de las Naciones Unidas referida a la orientación sexual, en la que el Consejo expresó grave preocupación por los actos de violencia y discriminación que se cometen contra personas por su orientación sexual e identidad de género. En 2005, la Comisión de Derechos Humanos aprobó la resolución 2005/85 sobre la protección de los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA.

Otros documentos negociados a nivel intergubernamental. En la Declaración y el Programa de Acción de Durban (2001) de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia se reconoció y afirmó que “la lucha mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, en todas sus formas y manifestaciones odiosas y en constante evolución, es un asunto prioritario para la comunidad internacional” y que “toda persona tiene derecho a un orden social e internacional en el que puedan realizarse todos los derechos humanos de todos, sin discriminación de ningún tipo”.

¹⁶² Para obtener más información sobre las actividades de las Naciones Unidas en materia de los derechos humanos y no discriminación, véase www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/discrimination.aspx.

270. Las corrientes migratorias son más visibles y más diversas que nunca antes y tienen una profunda repercusión socioeconómica tanto en los lugares de destino como de origen. Sin embargo, con frecuencia se estigmatiza a los migrantes y su riesgo de sufrir discriminación social sigue siendo elevado. La ratificación de las convenciones sobre los derechos de los migrantes ha sido limitada y desigual. Los protocolos internacionales sobre la trata y el contrabando de personas, que se centran principalmente en la penalización de la trata, la supresión de la delincuencia organizada y la facilitación de una migración ordenada, han logrado un amplio apoyo. Por el contrario, los convenios de la OIT que abogan por que los trabajadores migrantes gocen de unas condiciones mínimas no han recibido tanto apoyo. Hasta la fecha, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990, en vigor desde 2003) ha sido ratificada solamente por 47 países y el número de signatarios es especialmente bajo entre los países con niveles de migración o emigración más altos¹⁶³. **Los Estados deberían velar por que los migrantes puedan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales a la libertad, la seguridad, la libertad de creencias y la protección frente al trabajo forzoso y la trata, y disfrutar de derechos plenos en el lugar de trabajo, como la igual remuneración por igual trabajo y unas condiciones laborales decentes, así como de un acceso equitativo a los servicios básicos, en particular la igualdad de oportunidades educativas y sanitarias, incluso en relación con los servicios de salud sexual y reproductiva, y el apoyo a la integración de los niños migrantes.**

271. Si bien suele considerarse que los efectos negativos de la migración tienen un alcance limitado, la actitud negativa de la gente hacia los migrantes puede ser reflejo de su temor a perder el trabajo o a que se les reduzca el sueldo, a que aumente el riesgo de delincuencia y a que los servicios públicos locales queden desbordados¹⁶⁴. Como se ha observado en el análisis de la Encuesta Mundial sobre Valores, las actitudes hacia los inmigrantes y los trabajadores extranjeros varía enormemente entre regiones y dentro de ellas (figura 16), lo que apunta a importantes factores contextuales, que incluyen no solamente las corrientes migratorias, sino también el debate político, el discurso mediático y el entorno económico y cultural general. En América Latina y el Caribe, el porcentaje de población que se muestra intolerante ante los inmigrantes y los trabajadores extranjeros es inferior al 10%, el más bajo de todas las regiones. En la mayoría de los países de Europa Occidental también se registran bajos porcentajes; sin embargo, las variaciones son considerables, desde el 2% de Suecia hasta el 37% de Francia. En Europa Oriental, el porcentaje de población con una actitud intolerante varía del 14% de Polonia al 32% de la Federación de Rusia, mientras que en Asia va del 20% de China al 66% de Jordania¹⁶⁵.

272. El cambio de actitud hacia los inmigrantes y los trabajadores extranjeros a lo largo de los últimos 5 a 10 años ha sido dispar en todas las regiones. De los 24

¹⁶³ Organización Internacional para las Migraciones (OIM), *Informe sobre las migraciones en el mundo 2011 – Comunicar eficazmente sobre la migración* (Ginebra, 2011); *Informe sobre Desarrollo Humano 2009: Superando barreras – Movilidad y desarrollo humanos* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.09.III.B.1).

¹⁶⁴ *Informe sobre Desarrollo Humano 2009: Superando barreras – Movilidad y desarrollo humanos*.

¹⁶⁵ Datos de la Encuesta Mundial sobre Valores (www.worldvaluessurvey.org/), recopilados y analizados el 20 de agosto de 2013.

países para los que se dispone de datos sobre tendencias, se observaron actitudes más tolerantes con el paso del tiempo en ocho de ellos, menos tolerantes en nueve y cambios no significativos, desde el punto de vista estadístico, en los siete restantes en el decenio pasado¹⁶⁴. **Se deberían redoblar los esfuerzos, por ejemplo, mediante la capacitación de las autoridades competentes encargadas de hacer cumplir la ley, para luchar contra la discriminación, reducir las ideas equivocadas sobre la migración en el discurso público y político, abordar las tensiones sociales y prevenir la violencia contra los migrantes.**

273. El estigma relacionado con el VIH es un obstáculo para su prevención, a la realización de los análisis médicos oportunos, la admisión de que se tiene el virus, el tratamiento y la recepción de cuidados¹⁶⁶. En el Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH quedó demostrado que en algunos países a las personas seropositivas se les había denegado el acceso a los servicios de salud y al empleo por ser portadoras del virus¹⁶⁷. El estigma se manifiesta de formas muy distintas, como en el plano físico, social o institucional, lo que puede hacer que las personas se aíslen de su familia y su comunidad; sean víctimas de violencia; participen menos en la vida económica y social; y tengan un peor estado de salud físico y mental¹⁶⁸. La persecución de las personas que viven con el VIH, por ejemplo mediante leyes que penalizan el hecho de no hacer público que se es seropositivo o la exposición al virus y/o su transmisión¹⁶⁹, crea un clima de miedo que menoscaba los derechos humanos y las iniciativas para alentar a que las personas traten de prevenir el VIH, se hagan las pruebas médicas correspondientes y busquen tratamiento y apoyo social¹⁷⁰. **Los Estados deberían respetar, proteger y promover los derechos humanos de todas las personas que viven con el VIH y promulgar leyes de protección que faciliten el acceso a los servicios sociales y de salud, a fin de velar por que ninguna persona que tenga el virus o corra el riesgo de contraerlo sea estigmatizada o discriminada.**

274. Según los últimos datos disponibles de la Encuesta Mundial sobre Valores correspondientes a 48 países, el porcentaje de la población que dijo tener una actitud intolerante hacia las personas con VIH y SIDA fue superior al que dijo ser

¹⁶⁶ Q. A. Karim y cols., “The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa”, *Global Public Health*, vol. 3, núm. 4 (2008), págs. 351 a 365; H. Brou y cols., “When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan”, *PLoS Medicine*, vol. 4, núm. 12 (2007); L. D. Bwirire y cols., “Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, núm. 12 (2008), págs. 1195 a 1200.

¹⁶⁷ Análisis de encuestas realizadas utilizando el Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH (www.stigmaindex.org) presentado en ONUSIDA, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Ginebra, 2013).

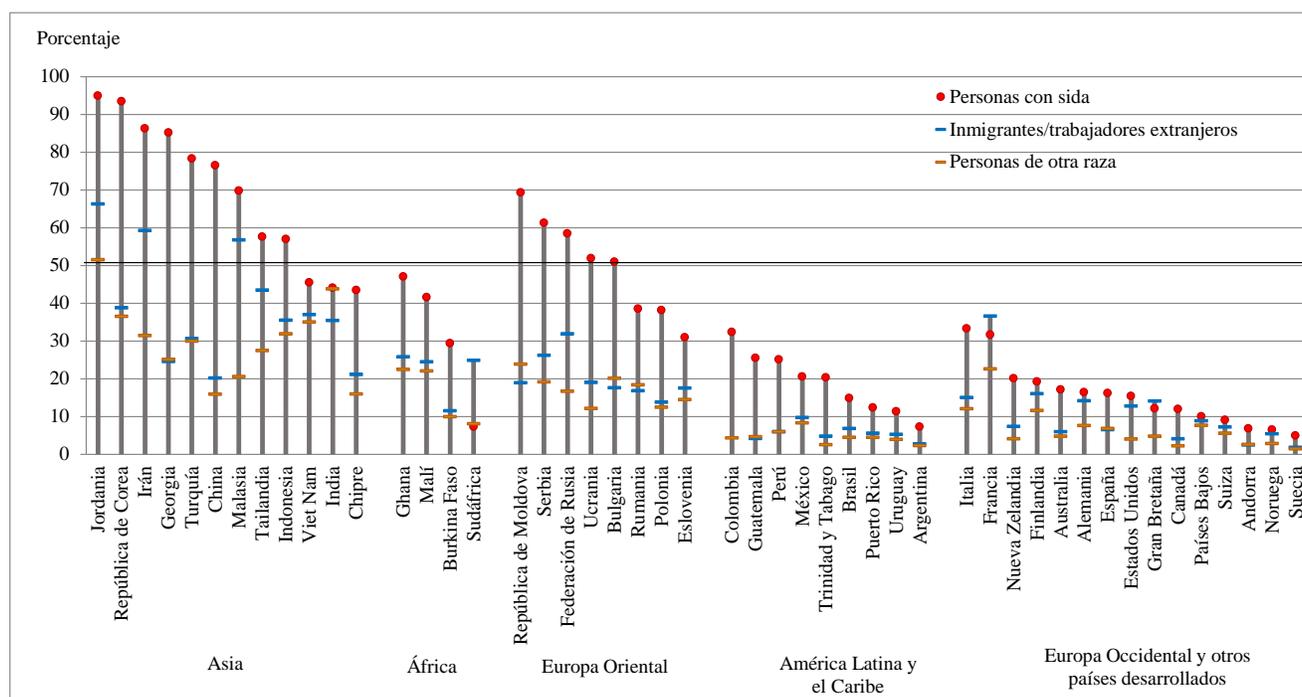
¹⁶⁸ J. Ogden y L. Nyblade, *Common at Its Core: HIV-Stigma across Contexts* (Washington D.C., International Center for Research on Women, 2005); ONUSIDA, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*.

¹⁶⁹ ONUSIDA, “Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape”, versión revisada del documento de antecedentes preparado para la Reunión de Expertos sobre la Ciencia y las Leyes de Penalización de la No Revelación, Exposición y Transmisión del VIH, celebrada en Ginebra, del 31 de agosto al 2 de septiembre de 2001.

¹⁷⁰ ONUSIDA y PNUD, “Criminalization of HIV Transmission”, documento de política del ONUSIDA (Ginebra, agosto de 2008).

intolerante frente a los inmigrantes o trabajadores extranjeros, o las personas de otra raza (véase el gráfico 16). Se registraron actitudes más tolerantes entre los países con ingresos altos de América Latina y el Caribe, así como en algunos países de África y Asia. En más de una cuarta parte de los países, la mayoría de ellos en Asia y Europa Oriental, más del 50% de quienes respondieron a la encuesta dijeron tener una actitud intolerante. En varios de esos países el índice de intolerancia hacia otros grupos de población también fue elevado, lo que sugiere que este tipo de actitudes tienden a concentrarse alrededor de múltiples tipos de “diferencia”¹⁶⁴.

Gráfico 16
Intolerancia pública a determinados grupos de población por regiones, 2004-2009



Fuente: Encuesta Mundial sobre Valores (datos recopilados y analizados el 20 de agosto de 2013).

Nota: En la Encuesta Mundial sobre Valores la intolerancia se mide como la proporción de participantes que mencionaron a determinados grupos de población cuando se les hizo la siguiente pregunta: “En la siguiente lista hay varios grupos de gente. ¿Podría Ud. indicarme todos aquellos que no le gustaría tener de vecinos?” En la lista figuran los siguientes: gente con antecedentes penales; gente de otra raza; personas que beben mucho/dados a la bebida; gente emocionalmente inestable; trabajadores inmigrantes/extranjeros; personas afectadas por el SIDA; drogadictos; y homosexuales. Se utilizó la misma lista en la mayoría de los países incluidos en la Encuesta Mundial sobre Valores, aunque a veces se incluyeron grupos de población específicos a los contextos nacionales.

275. En los dos últimos decenios, muchas iniciativas de salud pública relacionadas con la propagación del VIH y el SIDA se han centrado en los trabajadores sexuales¹⁷¹, pero a estas personas rara vez se les han reconocido sus propios

¹⁷¹ Por trabajadores sexuales se entiende “mujeres, varones y transexuales adultos y jóvenes [de edades comprendidas entre los 18 y 24 años] que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales” (véase ONUSIDA, “Trabajo sexual y VIH/SIDA”, Actualización técnica del ONUSIDA (Ginebra, junio de 2002).

derechos a la salud o a la protección social frente a la pobreza o la violencia¹⁷². En 116 países se penaliza algún aspecto del trabajo sexual¹⁷³, por lo que los trabajadores sexuales han de hacer frente a estigmas muy arraigados, así como a una discriminación institucionalizada porque el contexto jurídico y normativo refuerza y exagera su vulnerabilidad. Los trabajadores sexuales suelen vivir en condiciones de pobreza estructural extrema y son muy vulnerables a sufrir un tipo de violencia, incluso sexual, que a menudo es brutal, sin que se les ofrezca reparación ni protección¹⁷⁴. La violencia está ligada a otras vulnerabilidades relacionadas con la salud y las trabajadoras sexuales tienen 13,5 más probabilidades de adquirir el VIH que las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años en todo el mundo¹⁷¹. La penalización del trabajo sexual limita la voz política y participación de este colectivo¹⁷⁵, lo que reduce las posibilidades de que mejoren sus condiciones de vida y de trabajo, de que adquieran seguridad financiera, de que protejan adecuadamente su salud y de que aumenten sus oportunidades y las de sus familias¹⁷⁶. **Los Estados deberían despenalizar el trabajo sexual realizado voluntariamente por las personas adultas para así reconocer su derecho a trabajar sin coacciones, sin violencia y sin el riesgo de ser detenidas; dar protección social y alternativas laborales significativas y oportunidades de empoderamiento económico, de forma que quienes deseen dejar de lado ese modo de vida puedan hacerlo; e incluir a los trabajadores sexuales en las políticas y los programas que se formulen y apliquen para ellos.**

H. El coste social de la discriminación

276. En los últimos 20 años las explicaciones científicas sobre cómo la discriminación y la estigmatización afectan a la salud tanto física como mental, así como al rendimiento humano han evolucionado enormemente. Esas investigaciones confirman el grado y la manera en que un entorno de discriminación menoscaba el bienestar y la productividad de las personas y las naciones¹⁷⁷.

277. Cada vez son más numerosas las investigaciones en todo el mundo que establecen que el hostigamiento físico, el acoso o la violencia no son los únicos factores que ponen en peligro la salud física, la salud mental y la productividad; los

¹⁷² D. Kerrigan y cols., *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington D.C., Banco Mundial, 2013).

¹⁷³ Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *El VIH y la Ley: Riesgos, Derechos y Salud* (Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

¹⁷⁴ OMS, "Violence Against women and HIV/AIDS: critical intersections – violence against sex workers and HIV prevention", Information Bulletin Series, núm. 3 (2005); ONUSIDA, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (Ginebra, 2012).

¹⁷⁵ Open Society Foundations, "10 reasons to decriminalize sex work: a reference brief" (Nueva York, 2012).

¹⁷⁶ ONUSIDA, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*.

¹⁷⁷ N. Krieger, "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination", *International Journal of Health Services*, vol. 29, núm. 2 (1999), págs. 295 a 352; E. A. Pascoe y L. Smart Richman, "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review", *Psychological Bulletin*, vol. 135, núm. 4 (2009), págs. 531 a 554; D. R. Williams, H. W. Neighbors y J. S. Jackson, "Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies", *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 2 (2003), págs. 200 a 208; D. R. Williams y S. A. Mohammed, "Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research", *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 32, núm. 1 (2009), págs. 20 a 47.

estereotipos negativos generalizados, la experiencia de la estigmatización y el miedo a la discriminación producen efectos similares¹⁷⁸. Los dirigentes políticos deberían preocuparse por el coste que tiene para la sociedad el hecho de que una parte sustancial de sus ciudadanos deban luchar continuamente por su dignidad y sus derechos fundamentales, dada la evidente merma de salud, bienestar y productividad, y el potencial de que aumente la inestabilidad social si no se presta atención al sufrimiento humano. En las nuevas reflexiones sobre el “costo de la inacción” se describen las significativas consecuencias, normalmente ocultas, de no tomar medidas adecuadas para solucionar las injusticias y las desigualdades, y se recalca el alto costo que esa falta de acción tiene para las comunidades, como se ilustra más adelante¹⁷⁹.

278. En el ámbito de la salud de la mujer, cada vez más se reconoce que los resultados del parto pueden responder a las condiciones de estrés derivadas de la discriminación contra la madre¹⁸⁰. Una investigación reciente realizada entre un grupo de madres en California resulta reveladora. En ella, se compararon los partos ocurridos antes y después de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001. Las madres con nombres que parecían árabes presentaban un riesgo significativamente mayor de parto prematuro y bajo peso al nacer en los seis meses posteriores a los atentados, frente al mismo período el año anterior, mientras que las mujeres con nombres más distintivos desde un punto de vista étnico tenían mayor riesgo de partos con resultados poco deseables. Entre las madres, cuyo nombre no parecía árabe, no se observaron cambios similares antes y después de los atentados, lo que demuestra convincentemente que el estrés ocasionado por el sentimiento antiárabe en el período posterior al 11 de septiembre influyó en los resultados del parto entre las madres con nombres árabes¹⁸¹.

¹⁷⁸ Williams y Jackson, “Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies”; S. J. Spencer, C. M. Steele y D. M. Quinn, “Stereotype threat and women’s math performance”, *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 35, núm. 1 (1999), págs. 4 a 28; J. L. Smith y P. H. White, “An examination of implicitly activated, explicitly activated, and nullified stereotypes on mathematical performance: it’s not just a women’s issue”, *Sex Roles*, vol. 47, núms. 3 y 4 (2002), págs. 179 a 191.

¹⁷⁹ El costo de la inacción o las consecuencias negativas para las familias, las comunidades y la sociedad de no tomar medidas adecuadas para solucionar las injusticias y las desigualdades se ha aplicado al cambio climático, los problemas medioambientales y el bienestar de los niños. El concepto se aplicó al bienestar de los niños mediante la Iniciativa del Costo de la Inacción lanzada por el François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights de la Universidad de Harvard en 2008 (véase S. Anand y cols., *The Cost of Inaction: Case Studies from Rwanda and Angola* (Boston, Harvard University Press, 2012). El UNFPA analizó el costo de la inacción aplicado a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género en una reunión del grupo de expertos sobre el costo de la inacción en relación con los derechos reproductivos y la vinculación del desarrollo sostenible, los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva, que se celebró en Nueva York, los días 7 y 8 de octubre de 2013.

¹⁸⁰ C. G. Colen y cols., “Maternal upward socioeconomic mobility and black-white disparities in infant birthweight”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 11 (2006), págs. 2032 a 2039; J. W. Collins Jr. y cols., “Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, núm. 12 (2004), págs. 2132 a 2138; S. Mustillo y cols., “Self-reported experiences of racial discrimination and black-white differences in preterm and low-birthweight deliveries: the CARDIA study”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, núm. 12 (2004), págs. 2125 a 2131.

¹⁸¹ D. S. Lauderdale, “Birth outcomes for Arabic-named women in California before and after September 11”, *Demography*, vol. 43, núm. 1 (2006), págs. 185 a 201.

279. Igual de convincentes son las evidencias sobre el efecto de la discriminación en el rendimiento y la productividad. Cuando se pidió a un grupo de colegiales de secundaria en la India que resolvieran un pasatiempo (juego del laberinto) no se advirtió ninguna diferencia de rendimiento entre niños de distintas castas; sin embargo, cuando el apellido y la casta de los chicos se anunció públicamente antes de comenzar la segunda ronda de pruebas, la diferencia de rendimiento por castas fue amplia y significativa, y los peores resultados de rendimiento se registraron entre los alumnos de las castas bajas. El anuncio de la casta frente a los compañeros tuvo un efecto debilitador del rendimiento de los alumnos de castas inferiores¹⁸².

280. La lucha diaria por la dignidad y contra la discriminación es una constante en las vidas de millones de personas alrededor del mundo. El apoyo que brindan los gobiernos a esa lucha es manifiesto en las políticas, las partidas presupuestarias y los programas presentados para la protección de poblaciones específicas frente al maltrato, la desatención y la violencia, y también en las leyes que respetan, protegen y garantizan sus derechos humanos. Los resultados de la Encuesta Mundial sugieren que la mayoría de los países del mundo, aunque no todos, reconocen y protegen a sus ciudadanos, aunque no siempre a todos los grupos de población.

281. Una mayoría abrumadora de países (87%) señaló haber abordado la necesidad de “prevenir el abuso y abandono de niños y niñas [y prestar asistencia a los niños y niñas] víctimas de abuso, negligencia o abandono, incluidos los huérfanos” durante los últimos cinco años. La protección de los niños en las escuelas no obtuvo el mismo nivel de apoyo. Un 59% de los países dijeron que habían abordado la necesidad de “mejorar la seguridad de los alumnos, especialmente de las niñas, en el camino entre la casa y la escuela”. El porcentaje de países que prestó atención a esta cuestión en Asia (66%) y en África (63%) fue mayor que en Oceanía (55%), América (54%) y Europa (48%). De la misma manera, casi dos tercios de los países (63%) han atendido, hecho partidas presupuestarias y aplicado acciones que abordan “la violencia de género y el acoso en las escuelas”; el número de países de América (83%) que lo han hecho es mayor que en África (62%), Europa (61%), Asia (53%) y Oceanía (50%).

282. El porcentaje de países con políticas, partidas presupuestarias y medidas de implementación dirigidas a abordar de manera explícita la discriminación de las personas en general, aparte de los niños, no resulta alentador (60% o inferior), en función del grupo objeto de estudio. Por ejemplo, un 57% de los países han abordado la necesidad de “prevenir la discriminación contra las personas mayores, especialmente contra las viudas” y un 60%, la de “garantizar a las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo”.

283. La misma proporción de países ha atendido, dispuesto partidas presupuestarias y aplicado medidas para “proteger a los migrantes contra los abusos de los derechos humanos, el racismo, el etnocentrismo y la xenofobia” (60%). Desde el punto de vista regional, el porcentaje de países que prestó atención a este asunto fue mayor en Asia (71%) y las Américas (70%) que en Europa (59%), África (56%) y Oceanía (20%). En cuanto a las restricciones jurídicas y prácticas para la circulación de las

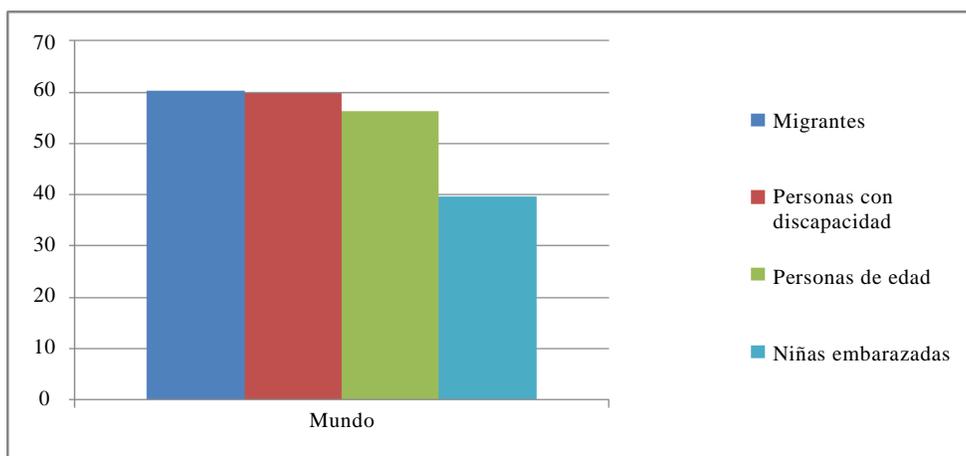
¹⁸² K. Hoff y P. Pandey, “Belief systems and durable inequalities: an experimental investigation of Indian caste”, World Bank Policy Research Working Paper, núm. 3351 (Washington D.C., junio de 2004); K. Hoff y P. Pandey, “Making up people: the effect of identity on preferences and performance in a modernizing society”, World Bank Policy Research Working Paper, núm. 6223 (Washington D.C., octubre de 2012).

personas en los países, como, por ejemplo, la necesidad de tener un permiso de trabajo, documentos de identidad y trabajo o un domicilio legal en el lugar de destino, el requisito de que los maridos o los tutores legales deban autorizar a las mujeres o las restricciones basadas en el estado serológico, tan solo cuatro países dijeron que aplicaban restricciones jurídicas (dos en Asia y dos en África), otros cuatro señalaron que aplicaban restricciones prácticas (dos en Asia y dos en África) y nueve dijeron que aplicaban restricciones tanto jurídicas como prácticas (tres en África, tres en Asia, dos en las Américas y uno en Oceanía).

284. Desafortunadamente, tan solo un 40% de los países han abordado la necesidad de “facilitar que las niñas embarazadas puedan finalizar sus estudios escolares” en los últimos cinco años, una forma de discriminación que es especialmente costosa para la sociedad, dada la edad de las jóvenes y la importancia de que reciban una educación, no solo para su propio futuro a largo plazo, sino también para el bienestar de sus hijos. Esta proporción disminuye al 29% entre los países europeos y al 21% en Asia, mientras que se eleva al 67% en América. Esto podría estar vinculado al hecho de que América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo.

Gráfico 17

Porcentaje de gobiernos que abordan la discriminación contra los migrantes, las personas con discapacidad, las personas de edad y las niñas embarazadas



Fuente: Encuesta Mundial sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.

Nota: Los compromisos indicados por los gobiernos en la Encuesta Mundial no reflejan necesariamente la medida en la que se respetan o cumplen las leyes correspondientes.

285. Se requieren medidas integrales que aseguren la no discriminación, la igualdad y la realización del potencial humano para todos los grupos de población. Los Estados deberían abordar la multiplicidad de formas superpuestas de desigualdad, desempoderamiento y discriminación asumiendo compromisos con la igualdad y la no discriminación de todas las personas, sin distinción de ningún tipo, en el ejercicio de sus derechos sociales, culturales, económicos, civiles y políticos, incluido el derecho a un empleo remunerado, residencia y acceso a servicios, además de la necesidad de promulgar y reforzar leyes que contengan medidas activas para proteger a la gente de la discriminación, la estigmatización y la violencia.

286. Los Estados deberían adaptar los marcos jurídicos necesarios y elaborar políticas, contando con la plena participación de quienes sufren discriminación, incluidas las mujeres, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad, los indígenas, las minorías étnicas y raciales, los migrantes, las personas que viven con el VIH, las personas con una orientación sexual e identidad de género diferente y los trabajadores sexuales, así como de la sociedad civil en todo el proceso de diseño, aplicación y evaluación de esas políticas.

I. Dignidad y derechos humanos: principales esferas de acción

1. Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se ha conseguido reducir la pobreza y fomentar el crecimiento económico en gran medida, sin embargo las desigualdades económicas han ido en aumento y amenazan con impedir que se siga avanzando hacia un desarrollo sostenible. A fin de abordar estos problemas es necesario redoblar los esfuerzos para erradicar la pobreza y promover oportunidades equitativas de subsistencia.

287. En los dos últimos decenios se ha reducido la pobreza de forma considerable. Sin embargo, 1.200 millones de personas siguen viviendo en la pobreza extrema, sin poder satisfacer sus necesidades básicas, sin un trabajo digno y sin acceso a la protección social o a los servicios públicos de salud o enseñanza. La situación actual de desigualdad en el reparto de la riqueza, donde casi un 70% de los adultos poseen solamente el 3% de la riqueza del mundo, no es sostenible, ya que amenaza el crecimiento económico futuro, la cohesión y la seguridad de las sociedades, y la capacidad de las personas para adaptarse e innovar frente a unas condiciones ambientales cambiantes. El mensaje principal de la Conferencia Internacional, de que el ejercicio de los derechos y capacidades individuales es la base para el desarrollo sostenible, es aún más pertinente hoy, y hay pruebas suficientes de que invertir en lograr igualdad real para todas las personas tiene como consecuencia el desarrollo a largo plazo y el bienestar de la población.

2. Sigue pendiente el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y la igualdad de género, lo que exige la adopción de más medidas para asegurar el liderazgo de la mujer en el plano público, su igualdad ante la ley y en la práctica, la eliminación de toda forma de violencia y su empoderamiento para que pueda controlar su salud y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

288. La discriminación contra la mujer es evidente en todas las sociedades, y las mujeres continúan teniendo menos oportunidades que los hombres para definir el

rumbo de su propia vida, ejercer sus derechos humanos, aumentar sus capacidades y contribuir más en la sociedad de la forma que ellas elijan. A pesar de los avances legislativos, en muchos países siguen siendo frecuentes las prácticas que atentan contra los derechos de la mujer, como el matrimonio infantil, a una edad temprana o forzoso, y la mutilación o ablación genital femenina. Si bien la educación primaria universal para niños y niñas se va convirtiendo poco a poco en una realidad, en el caso de la enseñanza secundaria, las adolescentes están desproporcionadamente excluidas tanto a nivel elemental como superior. En el mercado laboral, las mujeres siguen cobrando menos que los hombres por realizar el mismo trabajo y ocupan muchos más puestos vulnerables y del sector no estructurado, que son menos seguros y ofrecen menos prestaciones. Las mujeres y las niñas asumen una parte desproporcionada del trabajo en el hogar, que no se les paga. Las mujeres también siguen estando muy insuficientemente representadas en los puestos de responsabilidad y de toma de decisiones en política, el mundo empresarial y la vida pública.

289. La violencia contra las mujeres y las niñas sigue siendo una de las formas de violación de los derechos humanos más generalizada en todo el mundo, que genera una inseguridad extrema y costes para toda la vida. En el decenio pasado, los organismos e investigadores de las Naciones Unidas han desarrollado una importante labor para medir la violencia, poniendo de manifiesto la extraordinaria frecuencia con la que se producen casos de violencia sexual y doméstica desde una edad temprana y que afectan a una de cada tres mujeres. Dichas iniciativas merecen todo el apoyo posible, tanto dentro de los países como entre ellos, a fin de reforzar la vigilancia diaria; ampliar las investigaciones a cuestiones importantes no abordadas, como el número de personas que viven en condiciones de miedo constante; la violencia en las escuelas, las cárceles y el ejército; las causas de la violencia; y la eficacia de las intervenciones y de las leyes y los sistemas para la protección y rehabilitación de las víctimas y/o los supervivientes.

3. Es necesario invertir de forma sustancial en las capacidades de los niños, los adolescentes y los jóvenes, al tiempo que se vela por que todos ellos, independientemente de las circunstancias, tengan acceso a una enseñanza preescolar, primaria y secundaria de calidad y a una educación completa sobre sexualidad, definida holísticamente y que se ajuste a sus capacidades en cada momento, y por que realicen una transición rápida, segura y productiva del período escolar a la vida laboral y a la edad adulta.

290. Los adolescentes y los jóvenes ocupan un lugar central en la agenda para el desarrollo de los dos próximos decenios de los países en desarrollo, porque el porcentaje de población que comienza sus años productivos y reproductivos suma un número históricamente alto: más de una cuarta parte de toda la población. Si se les proporciona una educación de calidad y las oportunidades para definir su futuro, estos grupos podrán afirmar su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, y retrasar el momento de formar una familia, poner en marcha el crecimiento económico e impulsar las innovaciones necesarias para un futuro sostenible. Salvaguardar los derechos de los jóvenes e invertir su capital humano en el desarrollo merece una atención urgente, lo que incluye el acceso a una enseñanza y una capacitación de calidad vinculadas a los sectores de la economía que se encuentran en expansión; a la información, la educación y los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; y la participación en el diseño y la evaluación de los programas dirigidos a ellos mismos.

4. Es necesario trabajar de forma activa para eliminar la discriminación y la marginación, y promover una cultura de respeto para todos.

291. Muchas personas y grupos continúan expuestos a la discriminación por motivo de su identidad o circunstancias. El costo social de la discriminación es elevado, y cada vez es más evidente que el estigma y la discriminación afectan negativamente todos los aspectos de la vida de quienes la sufren, incluida su salud mental y física, maternidad y productividad. Conocer la opinión pública es un instrumento significativo para la realización de campañas, pues de esta manera puede averiguarse dónde están más arraigados los estigmas y la discriminación y, por tanto, qué personas son más vulnerables. Con respecto a la discriminación pública de las mujeres y la intolerancia hacia las minorías raciales y étnicas, los inmigrantes y los trabajadores extranjeros, así como hacia las personas que viven con el VIH, el presente informe destaca las diferencias entre países en relación con el estigma y dónde está mejorando la situación. El Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda de las Naciones Unidas para el Desarrollo Después de 2015 ha resaltado la importancia de los datos de la opinión pública sobre actitudes; se recomienda que en las estadísticas nacionales se vigilen de forma constante los valores públicos sobre sexismo, discriminación por razón de edad, racismo y otras formas de discriminación. Es fundamental proteger los derechos humanos de todas las personas, lo que exige un entorno propicio en el que las personas puedan ejercer su autonomía y su derecho a elegir, y en el que todos, en especial las mujeres, los adolescentes y los miembros de otros grupos marginados, estén empoderados para hacer valer sus derechos humanos.

III. Salud

“[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir de libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”

(Programa de Acción, párr. 7.3)

“Los objetivos [en el sector de la atención primaria de salud y la salud pública] son: a) [a]umentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud para todas las personas de conformidad con los compromisos asumidos a nivel nacional de proporcionar acceso a la atención básica de salud a toda la población; b) [a]umentar los años de vida saludable y mejorar la calidad de la vida de toda la población y reducir las disparidades en la esperanza de vida entre los diversos países y dentro de cada país.”

(Programa de Acción, párr. 8.3)

“La ejecución de los elementos básicos del Programa de Acción debe estar estrechamente vinculada al fortalecimiento más amplio de los sistemas de salud.”

Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo, párr. 85).

292. Los cambios acontecidos en la salud de la población mundial durante los dos últimos decenios son doblemente sorprendentes: por un lado, ha habido un cambio general y drástico en la composición de la carga de salud mundial, en la que ahora prevalecen las enfermedades no transmisibles y las lesiones, incluidas las ocasionadas por el envejecimiento de la población mundial; por otro, persisten las enfermedades transmisibles y las asociadas a la salud materna y neonatal y los trastornos nutricionales (es decir, las enfermedades de la pobreza) en África Subsahariana y Asia Meridional. Los esfuerzos desplegados desde 1994 para mejorar la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva y el acceso a ella han redundado en mejoras apreciables de muchos indicadores de salud sexual y reproductiva y apuntan a un compromiso más sólido de los gobiernos con las políticas, las asignaciones presupuestarias y los programas necesarios para alcanzar muchos de los objetivos más apremiantes en materia de salud sexual y reproductiva. No obstante, esas mejoras globales ocultan desigualdades significativas tanto en cada país como entre un país y otro; hay demasiados países en los que se registran progresos en los hogares clasificados en los quintiles más ricos, mientras que los progresos son mínimos o inexistentes en los hogares pobres. La persistencia de resultados insatisfactorios en materia de salud sexual y reproductiva entre los pobres, sobre todo en África y Asia Meridional, pone de relieve que es casi imposible avanzar más en la realización del derecho de todas las personas a la salud si no se trabaja de manera sostenida para aumentar el alcance, la amplitud y la calidad de los sistemas de salud. El número y la distribución de trabajadores sanitarios cualificados y la existencia de un sector del conocimiento dinámico y de sistemas que estén obligados a rendir cuentas son algunos de los requisitos para mantener un sistema de atención de la salud basado en los derechos y resultan fundamentales para que las mejoras futuras en el ámbito de la salud sexual y reproductiva sean sostenibles. En la presente sección temática se celebran los avances conseguidos en materia de salud sexual y reproductiva desde que tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, pero se resalta también que persiste la precariedad de los sistemas de salud para los pobres y que se sigue vulnerando el derecho a la salud sexual y reproductiva.

A. Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos

293. Numerosos organismos de desarrollo bilaterales y de las Naciones Unidas han definido el enfoque de la salud basado en los derechos humanos como un enfoque que procura hacer efectivo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, un “marco conceptual ... que desde el punto de vista normativo se basa en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operativo está dirigido a promover y proteger los derechos humanos”¹⁸³.

¹⁸³ Concepto del enfoque basado en los derechos humanos adoptado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (véase UNFPA, *A Human-Rights Based Approach to Programming. Practical Implementation Manual and Training Materials* (2010).

294. Según propone la OMS, el enfoque de la salud basado en los derechos humanos se sustenta en siete principios fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad de las instalaciones y los servicios, participación, igualdad y no discriminación, y rendición de cuentas¹⁸⁴. Además, el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 18/2 sobre la mortalidad y morbilidad prevenibles reconoció que un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad se sustentaba, entre otros, en los principios de la rendición de cuentas, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la no discriminación y la cooperación internacional. Puesto que estos principios se enunciaban en el Programa de Acción, el examen operacional permitió abordar la interrogante de si los logros en materia de salud obtenidos desde 1994, especialmente en lo tocante a la prestación de servicios y los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, reflejaban la ampliación y el fortalecimiento del enfoque de la salud basado en los derechos humanos.

B. Supervivencia infantil

295. Desde 1990 se han hecho progresos importantes en la supervivencia de los niños. La tasa mundial de mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó de 90 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 48 en 2012. En todas las regiones los avances fueron sustanciales, en algunos casos de 50 puntos porcentuales o más. En África Subsahariana, que tiene la tasa de mortalidad infantil más alta (98 por cada 1.000 nacidos vivos en 2012), todavía se concentra la mayoría de las muertes de menores de 5 años (casi la mitad de todos los niños que mueren antes de cumplir los 5 años en el mundo). Asia Meridional también sigue teniendo una elevada tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (58 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y un gran número de muertes totales (casi una tercera parte de todas las muertes de menores de 5 años en el mundo)¹⁸⁵.

296. Se han producido avances en la supervivencia infantil en países de todas las regiones y de todos los niveles de ingresos. Aunque hay una tendencia a que los países de bajos ingresos tengan las tasas más elevadas de mortalidad de menores de 5 años, en tiempos recientes se ha observado una importante reducción de la mortalidad infantil en varios países de bajos ingresos, como Bangladesh, Camboya, Eritrea, Etiopía, Guinea, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nepal, el Níger, la República Unida de Tanzania, Rwanda y Uganda¹⁸⁶.

297. El porcentaje de muertes de recién nacidos del total de muertes de niños menores de 5 años ha ido en aumento porque en todas las regiones las tasas de mortalidad de recién nacidos han disminuido a un ritmo más lento que las de niños de más edad (véase el gráfico 18)¹⁸⁴. La supervivencia del recién nacido depende mucho de la salud general de la madre y de que esta reciba una atención clínica

¹⁸⁴ F. Bustreo y cols., *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013), pág. 13.

¹⁸⁵ Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013 – Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation* (Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013).

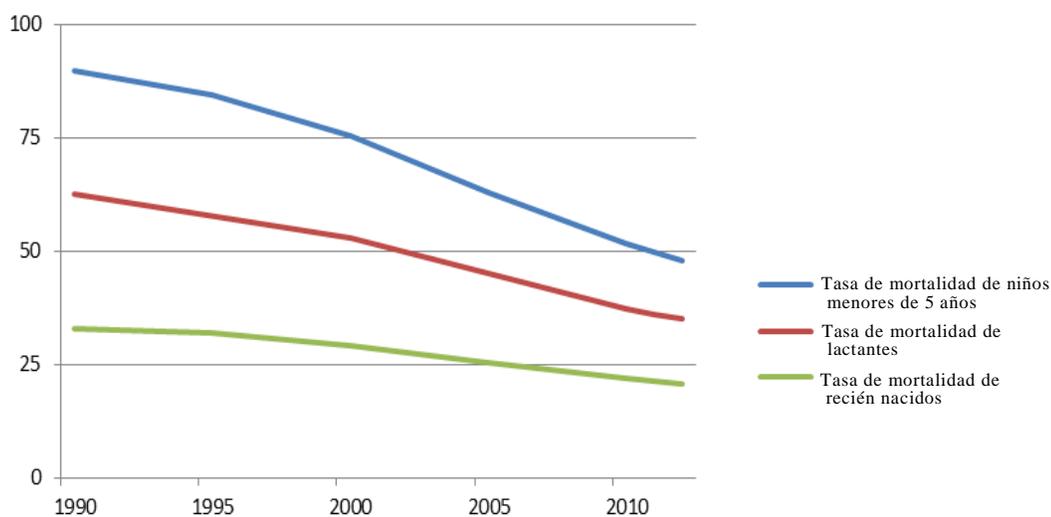
¹⁸⁶ UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress Report 2013* (Nueva York, 2013).

continúa antes de la concepción y durante el embarazo, parto y puerperio. Para mejorar la supervivencia neonatal es preciso que las mujeres tengan acceso a una buena nutrición antes y después del embarazo y durante este; la prevención y el tratamiento de la malaria durante el embarazo; la detección y el tratamiento de la sífilis; la atención de las complicaciones del parto; el tratamiento adecuado de las infecciones neonatales; y un apoyo regular durante el período neonatal¹⁸⁷. En 2012, el 34% de las muertes neonatales se debió a complicaciones de nacimientos prematuros, y una cuarta parte, a sepsis y meningitis (12%), neumonía (10%) o diarrea (2%)¹⁸⁴.

Gráfico 18

Tasas mundiales de mortalidad de niños menores de 5 años, lactantes y recién nacidos, 1990-2010

(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Base de datos Childinfo. Puede consultarse en http://www.childinfo.org/mortality_tables.php (consultado el 25 de octubre de 2013).

298. En 2012, las muertes neonatales representaron el 44% de las muertes de niños menores de 5 años en todo el mundo¹⁸⁴. En África Subsahariana, región que sigue teniendo la tasa de mortalidad neonatal más elevada (32 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), se produce el 38% de las muertes neonatales del mundo¹⁸⁴. La región también tiene la tasa de mortalidad materna más alta (500 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos), lo que resalta el estrecho vínculo entre la supervivencia de las madres y la de los recién nacidos¹⁸⁸. Las muertes de recién nacidos en África Subsahariana constituyen un porcentaje menor (34%) de todas las muertes de niños porque las tasas de mortalidad de niños de mayor edad en la región siguen siendo elevadas¹⁸⁴.

¹⁸⁷ Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013*; UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*.

¹⁸⁸ OMS y cols., *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010* (véase la nota 6).

299. Un porcentaje considerable de las muertes de niños menores de 5 años se debe a causas prevenibles y enfermedades tratables¹⁸⁴. Las enfermedades infecciosas, aunque van disminuyendo, siguen ocasionando casi dos terceras partes del total de muertes de menores de 5 años en el mundo. La neumonía y la diarrea, seguidas por la malaria, siguen siendo las principales causas de mortalidad, pues representan el 17%, el 9% y el 7% respectivamente, de todas las muertes de niños menores de 5 años¹⁸⁹.

300. Un niño corre un mayor riesgo de morir antes de cumplir los 5 años si nace en un hogar pobre de una zona rural o si su madre no ha recibido educación básica¹⁸⁵. Según estimaciones de 2012, la desnutrición era un factor concomitante de alrededor del 45% de las muertes de niños menores de 5 años a nivel mundial¹⁸⁴.

301. Sin embargo, algunas de esas disparidades se están reduciendo. Por ejemplo, hay pruebas que indican que en determinados países de África Subsahariana, Asia y América Latina la mortalidad neonatal, posneonatal e infantil decreció entre los años noventa y principios de la década de 2000 tanto en las zonas rurales como en las urbanas, incluidos los barrios marginales urbanos, y que la mayor reducción ocurrió en las zonas rurales. Asimismo, las tasas de mortalidad de menores de 5 años disminuyeron tanto en los hogares más pobres como en los más ricos, y en la mayoría de las regiones del mundo se redujeron las diferencias en la mortalidad de menores de 5 años entre los hogares más ricos y los más pobres. La excepción es África Subsahariana, donde aumentaron ligeramente las diferencias en las tasas de mortalidad de menores de 5 años por quintil de riqueza de los hogares¹⁸⁵.

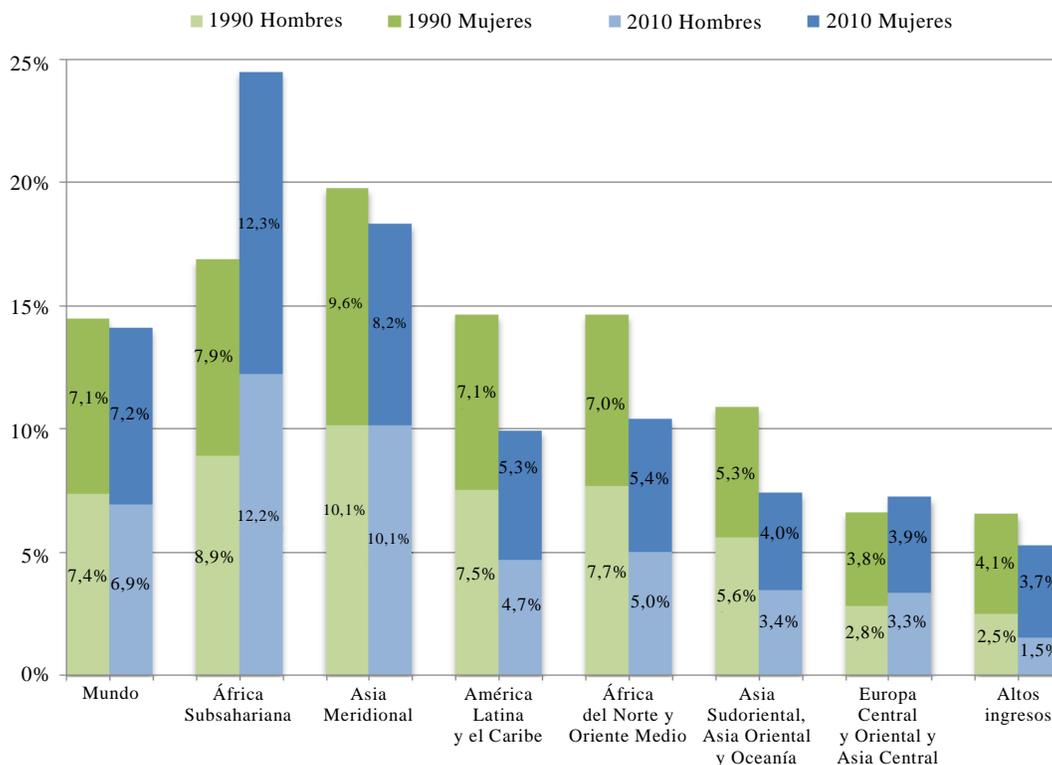
C. Salud y derechos sexuales y reproductivos

302. En 1990, los problemas de salud sexual y reproductiva representaban el 14,4% de la carga mundial de morbilidad, es decir, el 14% de la pérdida total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, proporción que en 2010 prácticamente no había cambiado¹⁹⁰. La carga de morbilidad ha disminuido en la mayoría de las regiones, pero aumentó notablemente en África (véase el gráfico 19), situación que refleja en gran medida la carga añadida por el VIH y el SIDA desde 1990. La carga de morbilidad más elevada se sigue registrando en África y Asia Meridional; en 2010 estas dos regiones estaban más rezagadas en lo que respecta a la carga ocasionada por problemas de salud sexual y reproductiva que en 1990.

¹⁸⁹ Véase UNICEF, base de datos Childinfo (www.childinfo.org/mortality_underfive.php).

¹⁹⁰ El año de vida ajustado en función de la discapacidad sigue siendo el indicador que da la posibilidad de calcular, con un grado de aproximación razonable, la carga de morbilidad relativa en materia de salud sexual y reproductiva como porcentaje de la carga mundial de morbilidad, por sexo y por región.

Gráfico 19
Total de años de vida ajustados en función de la discapacidad asociados a trastornos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres (de todas las edades), a nivel mundial y por región, 1990-2010



Fuente: OMS, base de datos sobre la carga mundial de morbilidad, 2013.

303. En los 20 años transcurridos desde entonces se ha producido un cambio significativo en la composición de la carga de morbilidad asociada a la salud sexual y reproductiva: desde 1990 ha disminuido el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos a causa de enfermedades perinatales, sífilis y mortalidad materna, reducción que para 2010 se veía contrarrestada por el aumento de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad debido al VIH y el SIDA.

304. Los logros obtenidos en el ámbito de la salud materna y otros aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos durante los últimos 20 años reflejan los avances en el cumplimiento de muchas y diferentes metas del Programa de Acción, por ejemplo, los avances técnicos en la atención del parto, el acceso a la anticoncepción para evitar embarazos no deseados y determinantes inmediatos como el progreso en la educación de las mujeres y su empoderamiento social, jurídico y político. Pese a que muchos derechos de salud sexual y reproductiva todavía no se han hecho efectivos, los logros alcanzados ponen de relieve la reorientación drástica de los programas de desarrollo que se produjo en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

1. Una historia turbulenta

305. Hacia 1994, una parte considerable de las inversiones hechas en relación con la salud sexual y reproductiva durante los dos decenios anteriores se centraba en innovaciones en materia de anticoncepción y control demográfico. Esas inversiones se habían traducido en un aumento sin precedentes de nuevos productos anticonceptivos, cuyas variantes forman parte actualmente del mercado de medios anticonceptivos modernos: los anticonceptivos inyectables Depo-Provera, Cyclofem y Mesigyna; los anticonceptivos orales combinados de baja dosis y la minipíldora o píldora de progestina sola; los dispositivos intrauterinos mejorados de cobre y liberadores de hormonas esteroideas; un sistema totalmente nuevo de administración mediante implantes; y el preservativo femenino. En 1994 se empezaban a desarrollar anticonceptivos inyectables para hombres, mientras que el desarrollo de una vacuna anticonceptiva enfrentaba, casi en igual medida, obstáculos científicos y la resistencia de grupos de mujeres.

306. En 1994, el entorno político estaba plagado por la desconfianza de los grupos de mujeres hacia los organismos, las empresas y los gobiernos que venían desarrollando y evaluando esos nuevos métodos anticonceptivos, así como hacia los proveedores de medios anticonceptivos y servicios conexos para las mujeres. El hecho de que muchos de los productos nuevos dependían de sus proveedores acrecentaba las posibilidades de coerción y control involuntario de la fecundidad, y los grupos de mujeres fueron aprendiendo a difundir en todo el mundo información sobre ese tipo de violaciones de los derechos humanos, algunas de las cuales ocurrían sistemáticamente y a escala nacional. En el decenio que precedió a la Conferencia Internacional, el aumento de los incidentes en que se vulneraban los derechos de las mujeres mediante programas de planificación familiar indicaba que en todo el sector se subordinaban la salud y los derechos humanos de las mujeres a las exigencias del control demográfico¹⁹¹.

307. Sirvan como ejemplo de esa situación las controversias en torno al implante Norplant, la inyección de acetato de medroxiprogesterona (conocida por la marca comercial Depo-Provera) y la quinacrina. En 1987, el ministerio de salud de un país lanzó una campaña a favor del Norplant que se convirtió en el mayor programa mundial de implantes anticonceptivos. Durante el primer año, el número de nuevas usuarias ascendió a 145.826, y en 1989-1990, a 398.059. Para 1997, aproximadamente 4 millones de mujeres del país en cuestión habían recibido implantes subdérmicos de seis cápsulas de Norplant, el 62% de ellas en clínicas móviles. Sin embargo, ese ambicioso programa se centró más en insertar los implantes que en darles seguimiento y no dispuso el personal ni impartió la capacitación necesaria para retirarlos. Las mujeres a menudo tenían que pedir repetidas veces que se les retirara el implante antes de recibir atención; muchas de ellas, que sufrían efectos secundarios de los que no habían sido informadas, debían

¹⁹¹ B. Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, South End Press, 1995), cap. 6; C. Garcia-Moreno y A. Claro, "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control", en: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, G. Sen, A. Germaine y L.C. Chen (eds.) (Cambridge, Harvard University Press, 1994), págs. 47 a 62.

pagar por el retiro anticipado, aunque su aplicación hubiera sido gratuita o muy subvencionada¹⁹².

308. La demorada aprobación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos del anticonceptivo inyectable Depo-Provera con una eficacia de tres meses es otro ejemplo de indiferencia institucional generalizada por la salud, la seguridad física y los derechos reproductivos de las mujeres pobres, que en este caso se manifestó durante el ensayo clínico del acetato de medroxiprogesterona realizado en el Centro Médico Grady de Atlanta, Georgia, entre 1968 y 1979. Mientras ese anticonceptivo conquistaba aprobación en un número creciente de países de todo el mundo, los ensayos realizados en Estados Unidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos se basaron en los datos clínicos de 14.000 mujeres de bajos ingresos predominantemente afroamericanas, que provenían de zonas rurales¹⁹³. Los datos examinados por la Administración revelaron graves faltas de conducta de los médicos que dirigían los ensayos, como la inscripción en ellos de mujeres que no habían dado su consentimiento informado y de mujeres con contraindicaciones médicas (cáncer, diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión, entre otras) y la falta de coherencia en la reunión de datos, pues no se había dado seguimiento a más de la mitad de las mujeres inscritas. La Administración denegó su aprobación en tres ocasiones (1967, 1978 y 1983). En 1991, la OMS concluyó un estudio que despejaba los problemas de seguridad pendientes, y en 1992 la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el acetato de medroxiprogesterona¹⁹⁴.

309. En el caso de la quinacrina, las controversias tomaron un carácter transnacional. El clorhidrato de quinacrina es un anticonceptivo en forma de gránulos que se insertan en la vagina y, a medida que se disuelven, producen la inflamación y cicatrización de las trompas de Falopio hasta lograr la esterilización permanente. Aunque las organizaciones de planificación familiar y los organismos gubernamentales más importantes, además de la OMS, se oponían al uso de la quinacrina con fines de esterilización, para 2001 se había aplicado el procedimiento a 104.410 mujeres a través de una red movilizadora por dos médicos. No se contaba con estudios aprobados del fármaco para determinar sus efectos secundarios a largo plazo o sus posibles consecuencias para el feto. En 1998, los Estados Unidos

¹⁹² Ninuk Widyantora, “The story of Norplant® implants in Indonesia”, *Reproductive Health Matters*, vol. 2, núm. 3 (mayo de 1994), págs. 20 a 28; J. Tuladhar, P. J. Donaldson y J. Noble, “The introduction and use of Norplant® implants in Indonesia”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, núm. 3 (septiembre de 1998), págs. 291 a 299; J. Bereiter, “Controversial contraception” (reseña), *Canadian Family Physician*, vol. 41 (noviembre de 1995), págs. 1967 a 1969; A. A. Fisher y cols., “An assessment of Norplant® removal in Indonesia”, *Studies in Family Planning*, vol. 28, núm. 4 (diciembre de 1997), págs. 308 a 316.

¹⁹³ A. L. Nelson, “DMPA: battered and bruised but still needed and used in the USA”, *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, vol. 5, núm. 6 (2010), págs. 673 a 686; K. Hawkins y J. Elliott, “Seeking approval”, *Albion Monitor*, 5 de mayo de 1996; P. F. Harrison y A. Rosenfield (eds.), *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future* (Washington D.C., National Academy Press, 1996), pág. 297; Committee on Women, Population and the Environment, “Depo Provera fact sheet”, 6 de enero de 2007: disponible en <http://cwpe.org/node/185> (consultado el 14 de agosto de 2013); T. W. Volscho, “Racism and disparities in women’s use of the Depo-Provera injection in the contemporary USA”, *Critical Sociology*, vol. 37, núm. 5 (2011), págs. 673 a 688.

¹⁹⁴ Hawkins y Elliott, “Seeking approval”.

ordenaron el cese de la producción y exportación del fármaco, y el producto fue prohibido en la India y Chile¹⁹⁵.

310. La movilización política de grupos defensores de los derechos de las mujeres como reacción a tales casos avivó la demanda para establecer una base de derechos humanos para la salud, fomentó los logros de la Conferencia Internacional en ese ámbito y cambió los criterios según los cuales se evaluaban las innovaciones tecnológicas y de servicios y se determinaba si merecían o no una inversión. Numerosos organismos dedicados a las cuestiones de población y desarrollo, como el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana de la OMS (actualmente el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación) y el UNFPA, crearon grupos consultivos de mujeres o sobre cuestiones de género para asegurar que las prioridades e inversiones futuras estuvieran centradas en las mujeres y cumplieran criterios más estrictos sobre los efectos secundarios, el control de los usuarios y la reversibilidad. La OMS celebró diálogos en distintas regiones para encontrar puntos de contacto entre promotores de la salud reproductiva de la mujer, activistas, científicos, ministros de gobierno y dirigentes de organizaciones de planificación familiar a fin de llegar a acuerdo sobre las prioridades de los programas de planificación familiar. La OMS también estableció un grupo de tareas para apoyar un proceso más participativo de selección de un conjunto de métodos anticonceptivos en distintos países¹⁹⁶.

311. Esos nuevos mecanismos que daban participación a los promotores de la salud de la mujer y a otras organizaciones de la sociedad civil en la gobernanza de la planificación familiar en las instancias tanto nacionales como mundiales a la larga modificaron notablemente las carteras de investigación y desarrollo, contribuyeron al aumento de las inversiones en tecnologías y directrices centradas en la mujer y ayudaron a que disminuyera la inversión en tecnologías consideradas potencialmente peligrosas para la salud de la mujer o que escapaban al control del usuario, como la vacuna anticonceptiva.

2. Derechos reproductivos

312. Esta turbulenta historia de violaciones de los derechos humanos que precedió a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo fue el substrato en que germinó el interés por los derechos reproductivos reflejado en el Programa de Acción.

¹⁹⁵ J. A. M. Scully, "Maternal mortality, population control, and the war in women's wombs: a bioethical analysis of quinacrine sterilizations", *Wisconsin International Law Journal*, vol. 19, núm. 2 (2001); C. Pies, M. Potts y B. Young, "Quinacrine pellets: an examination of nonsurgical sterilization", *International Family Planning Perspectives*, vol. 20, núm. 4 (1994); R. Bhatia y A. Hendrixson, "Quinacrine controversy", *Women's Health Activist Newsletter*, mayo-junio de 1999.

¹⁹⁶ "Creating common ground in the Eastern Mediterranean region: women's needs and gender perspectives in reproductive health in the Eastern Mediterranean region", informe de una reunión internacional de promotores de la salud de la mujer, investigadores, proveedores de servicios y autoridades celebrada en Casablanca del 10 al 13 de noviembre de 1997 (Organización Mundial de la Salud, documento WHO/FRH/WOM/98.2); "Creating common ground in Asia: women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies", informe de una reunión de promotores de la salud de la mujer, investigadores, proveedores de servicios y autoridades celebrada en Manila del 5 al 8 de octubre de 1992 (Organización Mundial de la Salud, documento WHO/HRP/WOM/94.1).

313. Desde que se celebró la Conferencia Internacional, los países han promulgado y aplicado disposiciones legislativas nacionales que responden a las esferas prioritarias establecidas por la Conferencia en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Aunque siguen habiendo deficiencias en el acceso a los servicios de salud reproductiva y la rendición de cuentas de los gobiernos, incluso en lo que respecta a los medios de recurrir a la justicia, tales instrumentos jurídicos constituyen la base para respetar, proteger y garantizar los derechos reproductivos.

314. En la esfera de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, menos de las dos terceras partes de los países (63%) han promulgado y aplicado alguna ley para proteger el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva (Asia: 66%; Oceanía: 62%; América: 58%; África: 55%); el porcentaje aumenta a un 80% en el caso de Europa.

315. La inmensa mayoría de los gobiernos permiten el aborto previa solicitud o para salvar la vida de la mujer y por al menos alguna otra razón, como anomalías fetales, o para salvaguardar la salud de la mujer. Según se reconoció en las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción, en todos los casos en que el aborto no sea contrario a la ley debe realizarse en condiciones seguras (párr. 63 iii). La Organización Mundial de la Salud ha señalado sin embargo que “cuanto más rigurosa es la legislación sobre el aborto, más probable es que el aborto sea inseguro y redunde en la muerte”¹⁹⁷. Los derechos humanos fundamentales de la persona a la vida y a la seguridad física y a ser libre de tratos crueles e inhumanos y de discriminación, entre otros, suponen que deben eliminarse las restricciones innecesarias al aborto y que los gobiernos deben proporcionar acceso a servicios de aborto en condiciones seguras, tanto para salvaguardar la vida de las mujeres y las niñas como para respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud¹⁹⁸.

316. El 73% de los países del mundo ha promulgado y aplicado leyes que garantizan la no discriminación en el acceso a servicios amplios de salud sexual y reproductiva, incluidos los relacionados con el VIH, y un porcentaje similar (70%) ha promulgado y aplicado una disposición legislativa para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH. En este último caso, América concentra el mayor porcentaje de países que lo han hecho (76%), seguida de África (72%), Europa (69%), Asia (67%) y Oceanía (57%).

317. Solo un 60% de los países ha promulgado y aplicado leyes nacionales de protección contra la coerción, incluidas la esterilización forzosa y el matrimonio forzado; esa proporción es más baja en América (45%).

318. Si se calcula un indicador compuesto de los cinco aspectos de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos antes mencionados, solo el 32% de los países ha promulgado y aplicado leyes en todos los casos, aunque ese porcentaje sube hasta el 54% en Europa.

¹⁹⁷ Reunión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 26 de noviembre de 2010, observaciones de la OMS (E/C.12/2010/SR.49, párr. 55).

¹⁹⁸ Centro de Derechos Reproductivos, “Whose right to life: women’s rights and prenatal protections under human rights and comparative law”, 2012; observaciones finales del Comité contra la Tortura tras el examen por el Comité del informe inicial de Nicaragua (CAT/NIC/CO/1); e informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/66/254).

319. Los esfuerzos desplegados desde 1994 para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva han redundado en mejoras importantes de muchos indicadores de la salud sexual y reproductiva, y se observa una actuación firme de los gobiernos en materia de políticas, partidas presupuestarias y medidas de aplicación con respecto a algunas de las mayores vulnerabilidades; sin embargo, los progresos han sido comparativamente escasos en otras esferas. En la sección siguiente se destacan los avances y los problemas que aún quedan por resolver en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 12

Derechos reproductivos

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos ha reconocido el papel fundamental que cumple la salud sexual y reproductiva en el derecho a la salud. En su resolución 6/29 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2007), el Consejo alentó al Relator Especial a que siguiera “prestando atención a la cuestión de la salud sexual y reproductiva como elemento integrante del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Otras normas de derecho no vinculantes. La observación general núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000), aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aclara el contenido normativo del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: “El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales”. Además, la recomendación general núm. 24 sobre la mujer y la salud (1999), aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, abunda en las medidas que han de adoptarse para asegurar la igualdad de todas las mujeres en la realización del derecho a la salud, “afirmando que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”.

D. Salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y atención de su salud durante toda la vida

320. La generación de adolescentes más numerosa de la historia está iniciando su vida sexual y reproductiva. Su acceso a la información, educación y atención de la salud sexual y reproductiva y a servicios y productos de planificación familiar es indispensable para alcanzar los objetivos trazados en el Programa de Acción. En el Programa de Acción se afirma que los países deben asegurar que los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios y la información que necesiten, y que “esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento

basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas” (párr. 7.45). **Los Estados deben examinar todas las políticas de ese tipo y eliminar los obstáculos jurídicos, reglamentarios y sociales que impiden que los adolescentes accedan a la información sobre salud reproductiva y a los servicios de atención conexos.**

321. El embarazo tiene consecuencias importantes para la salud de la adolescente. En los países en desarrollo, unas 70.000 adolescentes mueren cada año por causas asociadas al embarazo y el parto. Nueve de cada 10 partos de niñas menores de 18 años ocurre en matrimonios precoces. Según han determinado los investigadores, las niñas de países de ingresos bajos y medianos que quedan embarazadas antes de los 15 años corren el doble de riesgo de sufrir muerte materna y fístula obstétrica que las mujeres de más edad, incluidas las adolescentes mayores, especialmente en África Subsahariana y Asia Meridional. Los recién nacidos y niños pequeños de madres adolescentes también corren riesgos de salud considerables: el número de nacidos muertos y de muertes de recién nacidos es un 50% más elevado entre los hijos de madres adolescentes que entre los hijos de madres que tienen entre 20 y 29 años de edad. Alrededor de un millón de niños nacidos de madres adolescentes no llega a cumplir su primer año¹⁹⁹.

322. No se ha documentado bien el grado de acceso de los jóvenes a servicios de calidad, pero sus indicadores de salud, como por ejemplo 8,7 millones de abortos anuales entre las adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 24 años en 2008²⁰⁰ y elevadas tasas de enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, apuntan a que hay grandes lagunas en la cobertura de servicios. En 2012 se realizó un examen de los datos disponibles a nivel internacional sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes (de hasta 24 años de edad) que resaltó esas deficiencias²⁰¹. El examen operacional también destacó la escasez de datos comparables sobre la salud de los adolescentes, incluso en las esferas que recibían una mayor atención desde el punto de vista normativo, como la infección por el VIH y la mortalidad materna²⁰².

323. Según indican las pruebas disponibles, en África Subsahariana se observan los perfiles de salud de los adolescentes más deficientes, que incluyen las tasas más elevadas de mortalidad por causas asociadas a la maternidad y por enfermedades infecciosas; la tasa de mortalidad es más alta entre las mujeres que entre los hombres (véase el gráfico 20). La mortalidad materna puede ser hasta más de 70 veces mayor entre un país y otro, y entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad las tasas más elevadas se registran en el Chad, y las más bajas, en Sudáfrica²⁰³. Las muertes ocasionadas por lesiones adquieren mayor importancia con la edad (si se comparan los grupos de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 a 24 años). En el grupo de 15 a 19 años, las muertes por lesiones constituían más del 50% de las muertes de adolescentes varones en América y casi el 50% en todas las demás regiones (por ejemplo, Europa, el Mediterráneo oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico occidental), con excepción de África.

¹⁹⁹ *El Estado de la Población Mundial, Maternidad en la niñez* (véase la nota 98).

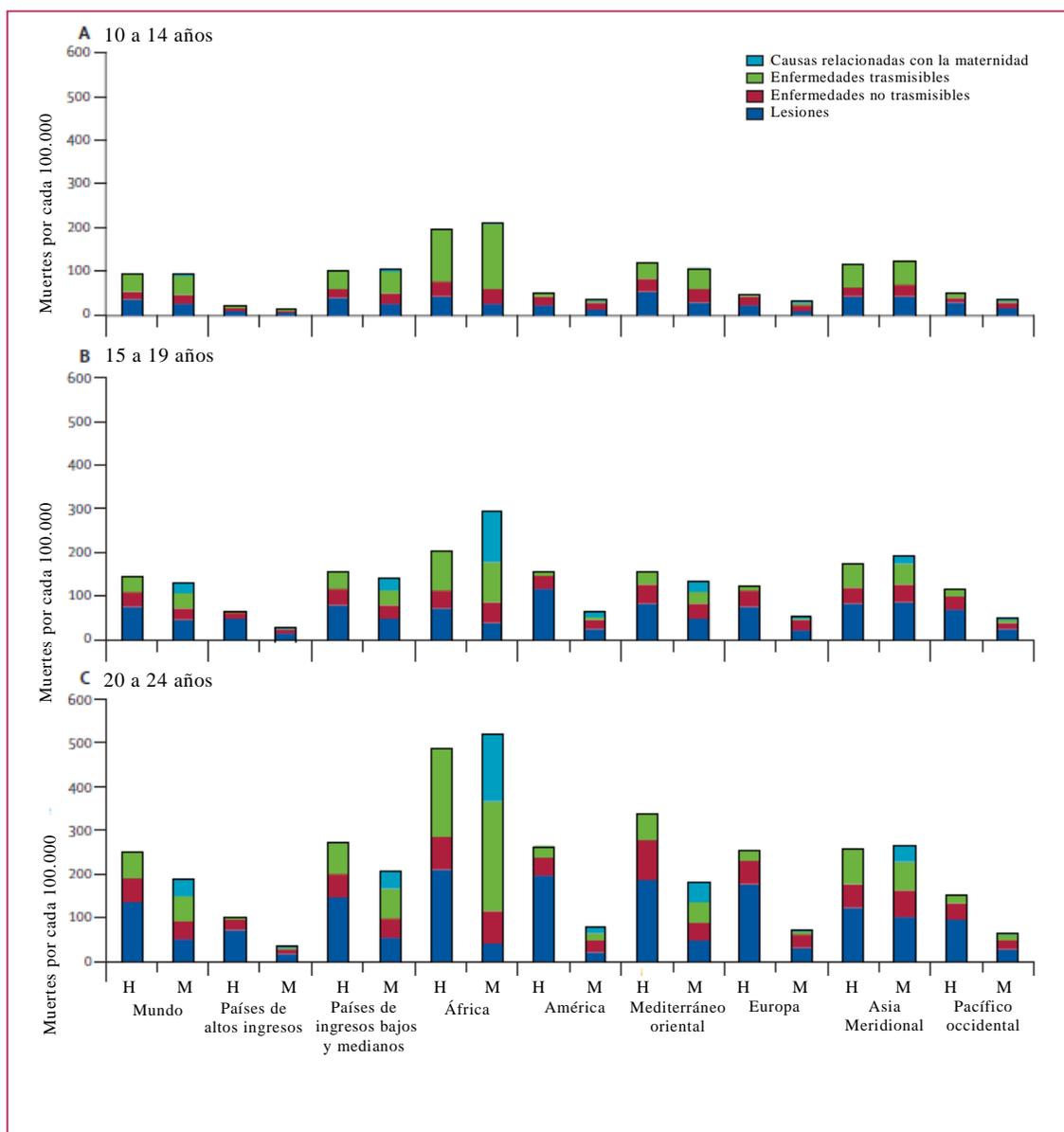
²⁰⁰ Shah y Ahman, “Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region” (véase la nota 15).

²⁰¹ G. C. Patton y cols., “Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9826 (28 de abril de 2012), págs. 1665 a 1675.

²⁰² *Ibid.*, pág. 1665.

²⁰³ *Ibid.*, pág. 1667.

Gráfico 20
Mortalidad en los jóvenes (por cada 100.000) por causas relacionadas con la maternidad, enfermedades trasmisibles, enfermedades no trasmisibles y lesiones



Fuente: G. C. Patton y cols., "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data" *The Lancet*, vol. 374, núm. 9693 (12 de septiembre de 2009), pág. 885.

324. En las mujeres, la adolescencia y la primera juventud van acompañadas de grandes necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva. El parto precoz (antes de los 18 años) está íntimamente ligado al matrimonio precoz. El país que tiene la tasa más alta de matrimonios precoces del mundo es el Níger, con un 75%; las tasas también son elevadas en el resto del África Subsahariana. Bangladesh, con un 66%, tiene la tasa más alta de Asia Meridional²⁰⁴. Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años²⁰⁵.

325. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mujeres mayores de 20 años, y en África y Asia Meridional las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de defunción entre las mujeres en edad reproductiva²⁰⁶.

326. En el período comprendido entre 2001 y 2012 la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos disminuyó a nivel mundial²⁰⁷. En África Subsahariana, la región con la más alta prevalencia del VIH, la tasa decreció en un 42%. Se han observado descensos drásticos en las tasas de prevalencia en todos los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, se dan variaciones significativas, pues se han observado aumentos en la prevalencia del VIH entre los hombres jóvenes de Europa Oriental y Asia Central y entre los hombres jóvenes y, en menor proporción, las mujeres jóvenes, del Oriente Medio y África del Norte²⁰⁶.

327. Por otra parte, en las regiones donde el VIH es endémico, como África, en las que residen casi tres cuartas partes de todas las personas que viven con el VIH, la prevalencia del virus es mayor entre las mujeres jóvenes que entre los hombres jóvenes²⁰⁶, especialmente en las edades más tempranas, y no se observan niveles de prevalencia comparables entre los hombres de muchos países africanos hasta los 30 años o más. Esas pautas se invierten en las regiones donde el VIH se transmite principalmente entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres o por el uso de drogas inyectables, pues en estos casos los hombres jóvenes corren un mayor riesgo que las mujeres jóvenes²⁰⁶.

328. Pese a los progresos realizados, en 2009 los jóvenes de entre 15 y 24 años representaban alrededor del 41% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo²⁰⁸, hecho que resaltaba la necesidad urgente de redoblar los esfuerzos para que los jóvenes reciban información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva específicos que les permitan mantenerse informados de los riesgos que corren y les den acceso a preservativos, pruebas de detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, y pruebas de detección del VIH y atención de los afectados. En cuanto a la disponibilidad de datos, 29 países, que solo representan el 29% de la población adolescente del mundo, reúnen datos sobre la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Se recopilan datos de ese tipo en África Subsahariana y partes de Asia Central y Meridional, principalmente, y en una

²⁰⁴ *Ibid.*, pág. 1670.

²⁰⁵ OMS, “Adolescent pregnancy”, nota descriptiva núm. 364 (mayo de 2012).

²⁰⁶ UNFPA, *Dar a luz no debería ser cuestión de vida o muerte* (véase la nota 14).

²⁰⁷ ONUSIDA, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, págs. 16 y 17 (véase la nota 16).

²⁰⁸ Estimaciones inéditas del *Informe mundial: informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010*, citadas en ONUSIDA, *Securing the Future Today: Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People* (Ginebra, 2011).

serie de países ricos con tasas de infección por el VIH comparativamente inferiores²⁰⁹. Los datos sobre el VIH en los adolescentes más jóvenes, de entre 10 y 14 años, son muy escasos, por lo que se hace difícil avanzar en la prevención de nuevas infecciones en ese grupo de edad²¹⁰.

329. En el informe de 2013 del ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA se señaló también que había pocos datos sobre los niveles de conocimiento general de la transmisión del VIH y que solo se disponía de datos acerca del 35% de los adolescentes del mundo²¹¹. En muchos países donde la epidemia del VIH estaba generalizada, los niveles de conocimiento eran bajos, por lo general inferiores al 50% de la población adolescente nacional, y en ningún país los niveles de conocimiento general sobre el VIH eran superiores al 65% de los adolescentes. Cabe señalar, por significativo, que en los países del África Subsahariana el nivel de conocimientos de las mujeres era inferior al de los hombres, hecho que resulta alarmante dado el alto riesgo que corren las mujeres jóvenes de contraer la infección por el VIH.

330. Los datos recogidos por países que han realizado al menos tres encuestas demográficas y de salud después de 1994 revelan que entre los hombres y las mujeres jóvenes de 15 a 24 años el uso de preservativos en la última relación sexual ha venido aumentando desde entonces en la mayoría de los países; sin embargo, de manera general, el uso de preservativos entre las mujeres ha sido sistemáticamente inferior que entre los hombres (véanse los gráficos 21 y 22). El uso de preservativos informado por los propios usuarios puede variar según el sexo debido a las diferencias en el número de parejas sexuales entre uno y otro sexo y a la tendencia a informar de comportamientos deseables, es decir, el sesgo por aceptabilidad social. Es muy probable que esas tendencias en el uso de preservativos estén contribuyendo a la disminución de la incidencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años observada en el último decenio.

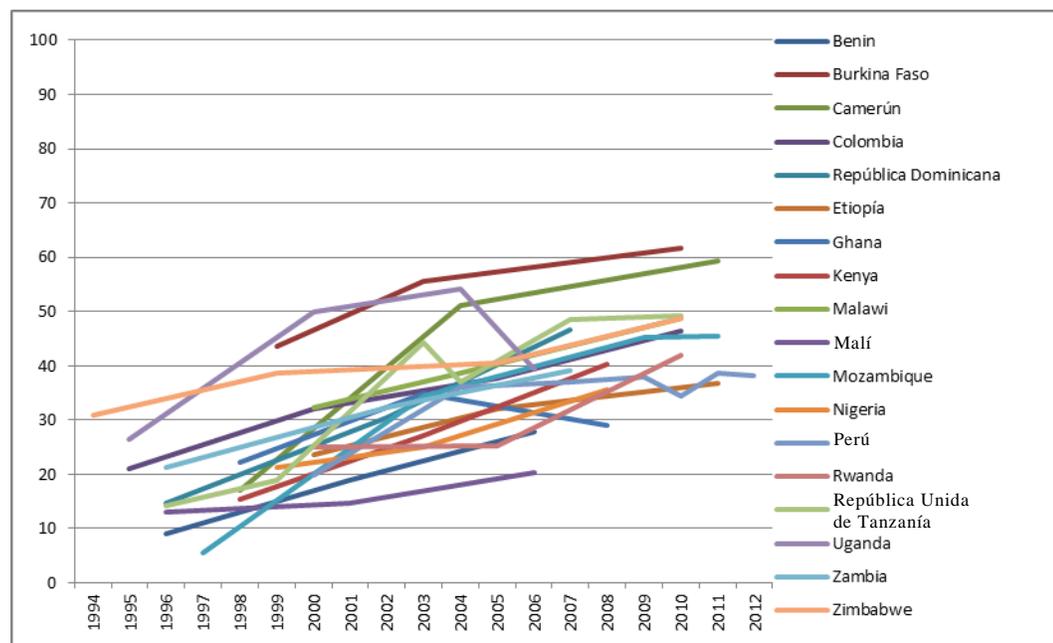
²⁰⁹ Patton y cols., "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data", pág. 1667.

²¹⁰ ONUSIDA, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*, pág. 18.

²¹¹ *Ibid.*; Patton y cols., "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data", pág. 1671.

Gráfico 21
Tendencias en el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que nunca se han casado
y usaron un preservativo en su última relación sexual

(Países que han realizado al menos tres encuestas demográficas y de salud o una encuesta de indicadores del SIDA desde 1994)



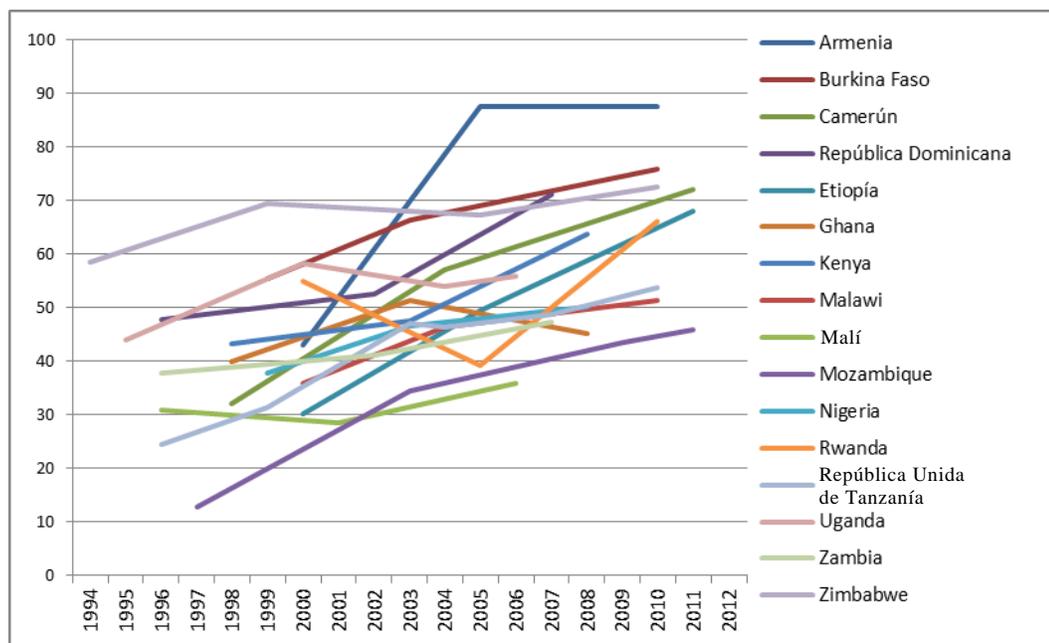
Fuente: Encuestas demográficas y de salud y encuesta sobre indicadores del SIDA, 28 de octubre de 2013, en www.measuredhs.com.

Nota: Todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

Gráfico 22

Tendencias en el porcentaje de hombres de 15 a 24 años que nunca se han casado y usaron un preservativo en su última relación sexual

(Países que han realizado al menos tres encuestas demográficas y de salud o una encuesta de indicadores del SIDA desde 1994)



Fuente: Encuestas demográficas y de salud y encuesta sobre indicadores del SIDA, 28 de octubre de 2013, en www.measuredhs.com.

Nota: Todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 13

La salud de los adolescentes y los jóvenes

Instrumentos jurídicamente vinculantes. Tanto la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005; en vigor desde 2008) como la Carta Africana de los Jóvenes (2006; en vigor desde 2009) contienen artículos en los que se enuncia el derecho de los jóvenes a la salud. La Carta Africana de los Jóvenes alienta la participación de los jóvenes en la salud al comprometer a los Estados a “asegurar la participación plena de los jóvenes en la determinación de sus necesidades reproductivas y de salud”. La Carta exige a los Estados que proporcionen “acceso a servicios de salud reproductiva adecuados para los jóvenes, incluidos servicios de control de la natalidad y servicios pre- y posnatales”, a “instituir programas amplios para prevenir el aborto en condiciones inseguras” y a “tomar medidas para ofrecer a las niñas y mujeres jóvenes acceso en pie de igualdad a los servicios de atención de la salud y nutrición”. La Carta también presta una atención específica al VIH y el SIDA y compromete a los Estados a que establezcan programas de lucha contra la infección por el VIH y la epidemia del SIDA, incluso para “ampliar la

disponibilidad de servicios de asesoramiento y análisis voluntarios y confidenciales del VIH/SIDA y alentar el uso de esos servicios” y “proporcionar acceso al tratamiento para los jóvenes infectados por el VIH o enfermos de SIDA”. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes reconoce “el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad”, que incluye “la atención y cuidado especializado de la salud juvenil ... [y] la promoción de la salud sexual y reproductiva”.

Otras normas de derecho no vinculantes. En sus observaciones y recomendaciones generales, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han reconocido la evolución de las facultades de los adolescentes para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y han instado a los Estados a elaborar programas que proporcionen ese tipo de servicios a los adolescentes²¹². La observación general núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013), aprobada por el Comité de los Derechos del Niño, aclara el contenido normativo del derecho de los niños y adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud, que incluye servicios de atención de la salud, así como las obligaciones vinculantes de los Estados partes en la Convención de respetar, proteger, promover y hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Se insta a los Estados a que aseguren el acceso a la educación y a información sobre la sexualidad, sin limitar el acceso sobre la base del consentimiento de terceros (es decir, de los padres o de la autoridad de salud)²¹³, y a que eliminen las leyes que impidan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva²¹⁴. Los órganos creados en virtud de tratados también han puesto de relieve que todos los jóvenes deben tener acceso a servicios confidenciales que tengan en cuenta las necesidades de los niños²¹⁵ y que se debe permitir que las adolescentes embarazadas continúen sus estudios y regresen a la escuela²¹⁶.

1. Programas orientados a los jóvenes

331. El hecho de que no se reconozca ni priorice a los adolescentes y su salud sexual y reproductiva y de que no se invierta en ellos puede tener consecuencias fatales: elevadas tasas de infección por el VIH que pueden causar la muerte a edades tempranas; embarazos precoces no planeados y no deseados, con mucho mayor riesgo de mortalidad y morbilidad maternas, incluida la fístula obstétrica; y tasas

²¹² Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño (véase A/59/41, anexo X), párrs. 1 y 31.

²¹³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 relativa al artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – La mujer y la salud, aprobada por el Comité en su 20º período de sesiones (véase A/54/38/Rev.1, primera parte, cap. I, secc. A).

²¹⁴ Véanse por ejemplo las observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos segundo a cuarto combinados del Perú (E/C.12/PER/CO/2-4, párr. 21).

²¹⁵ Véanse las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico de Omán (CRC/C/OMN/CO/2) y del segundo informe periódico del Paraguay (CRC/C/15/Add.166, párr. 42).

²¹⁶ Véanse por ejemplo las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico del Senegal (CRC/C/SEN/CO/2, párrs. 54 y 55).

más altas de mortalidad infantil y en la niñez²¹⁷. Además, los adolescentes no tienen aptitudes para la vida y el trabajo suficientes para poder atender a sus hijos y a menudo se ven obligados por las escuelas o por circunstancias personales a abandonar sus estudios. Por consiguiente, la maternidad o paternidad en edades tempranas puede aumentar el riesgo de pobreza²¹⁸. Cabe destacar la necesidad de invertir más en educación y servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los adolescentes. Los jóvenes pueden sentirse atemorizados o desalentados ante entornos intimidatorios, debido a los horarios inflexibles, el costo de los servicios, proveedores de salud resistentes o poco receptivos y las largas distancias a las clínicas, o pueden sentirse incómodos ante la necesidad de solicitar ayuda o recursos; también puede suceder que ignoren la existencia de esos servicios²¹⁹.

332. El número de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes documentados en la literatura, es considerable a nivel mundial, y su concepción es variada, pero hay comparativamente pocos a escala nacional o con una evaluación periódica fiable²²⁰. Aunque los programas se benefician de las adaptaciones locales, debe prestarse mucha mayor atención a las intervenciones sistemáticas y las evaluaciones de sus efectos.

333. En 2006, la OMS llevó a cabo un estudio retrospectivo de 16 intervenciones dirigidas a aumentar el uso de los servicios de salud por los jóvenes y la eficacia de esos servicios²²¹. El estudio evaluó esas intervenciones teniendo en cuenta las metas fijadas expresamente por la Asamblea General en su resolución S-26/2, aprobada en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH y el SIDA celebrado en 2001, incluido el objetivo de que para 2005 el 90% de los jóvenes de entre 15 y 24 años

²¹⁷ E. Loaiza y M. Liang, *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence* (Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013); Save the Children, *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children (2004)*; OMS, *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*, serie de documentos de debate de la OMS sobre la adolescencia (Ginebra, 2004); UNFPA, *UNFPA Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening Doors with Young People—4 Keys* (Nueva York, 2007), pág. 21.

²¹⁸ *El Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la niñez*, págs. iv a vi y 17 a 31.

²¹⁹ V. Chandra-Mouli, P. Bloem y J. Ferguson, "The World Health Organization's work on adolescent sexual and reproductive health", *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, vol. 56, núm. 2 (febrero de 2013), págs. 256 a 261; UNFPA, *UNFPA Strategy on Adolescents and Youth: Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth* (Nueva York, 2013); OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent-Friendly Health Services* (Ginebra, 2012); Instituto Alan Guttmacher y Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF), "Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world", abril de 2010, en: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>; UNFPA, *Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening Doors with Young People—4 Keys*; A. Tylee y cols., "Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done?", *The Lancet*, vol. 369, núm. 9572 (2007).

²²⁰ N. Haberland y D. Rogow, "Comprehensive sexuality education", documento de antecedentes preparado para una reunión de un grupo de expertos en salud sexual y reproductiva de los adolescentes celebrada en Greentree, Nueva York, en febrero de 2013.

²²¹ B. Dick y cols., "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries", en *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*, D. A. Ross, B. Dick and J. Ferguson (eds.), serie de informes técnicos de la OMS núm. 938 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006), págs. 151 a 204.

deberían tener acceso a los servicios que necesitaran para reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, y para 2010, el 95%²²².

334. Según las conclusiones del examen, había pruebas suficientes de la eficacia de los componentes de esas intervenciones que permitían recomendar la aplicación amplia de intervenciones que incluyeran impartir capacitación a los proveedores de servicios, mejorar las clínicas de manera que fueran más acogedoras para los jóvenes y realizar actividades comunitarias para generar demanda, acompañadas de una vigilancia cuidadosa de la calidad, el impacto y la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva²²³.

335. El examen realizado por la OMS reconoció que, si bien el uso de los servicios de salud se incrementó como resultado de esas intervenciones, las pruebas utilizadas para evaluar sus efectos eran de manera general débiles o ambiguas, los informes carecían de descripciones detalladas en algunos casos y existían dificultades para interpretar los datos, lo que limitaba las conclusiones o recomendaciones. Por tanto, en el examen se pidió que se realizaran estudios y evaluaciones más rigurosas, sobre todo para determinar la eficacia de la participación de otros sectores en las intervenciones²²⁴.

336. En 2007 se realizó una evaluación global de los servicios de atención primaria adaptados a los jóvenes que examinó las ventajas y la eficacia del acceso a servicios e instalaciones de salud acogedores para los jóvenes con respecto a los resultados de salud; la evaluación permitió llegar a nuevas conclusiones acerca de la necesidad de realizar investigaciones y evaluaciones más sólidas. No se abordaban de manera integral las bien documentadas dificultades que enfrentaban los jóvenes para acceder a los servicios ni se evaluaba de forma adecuada la eficacia de las iniciativas adaptadas a las necesidades de los jóvenes en relación con sus indicadores de salud. Aunque la utilización de los servicios había aumentado, había pocas pruebas claras de que hacerlos más acogedores para los jóvenes, y conseguir las inversiones necesarias para lograrlo, mejorara los resultados de salud. El estudio pidió que se realizaran intervenciones sistemáticas y bien diseñadas con evaluaciones periódicas, que se incorporaran objetivos y principios en el diseño de esas intervenciones y que se evaluaran sus estrategias en relación con el cumplimiento de esos objetivos, incluidos los enunciados en el marco de la OMS para el desarrollo de servicios atractivos para los jóvenes²²⁵.

²²² *Ibid.*, pág. 152.

²²³ OMS y Pathfinder International, *Evolution of the National Adolescent-Friendly Clinic Initiative in South Africa, Analytic case studies: Initiatives to Increase the Use of Health Services by Adolescents* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009), págs. 6 y 7; Dick y col., "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries". En 2009, a petición de responsables de la formulación de políticas y directores de programas de distintos países, la OMS publicó las conclusiones detalladas de la evaluación en su serie titulada *Analytic Case Studies: Initiatives to Increase the Use of Health Services by Adolescents*, con el fin de ayudar a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales a poner en práctica y ampliar los servicios de salud de calidad y adecuados para los adolescentes y proporcionar a los trabajadores sanitarios el apoyo técnico y financiero necesario.

²²⁴ Dick y cols., "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries".

²²⁵ Tylee y cols., "Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?".

337. Los Estados deben financiar y desarrollar, en colaboración con los jóvenes y los proveedores de servicios de salud, políticas, leyes y programas que reconozcan, promuevan y protejan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y su salud a lo largo de toda la vida. Todos los programas que brinden servicios a los adolescentes y jóvenes, ya sea dentro o fuera de la escuela, deben facilitar la remisión a servicios y orientación sobre salud sexual y reproductiva de calidad y fiables.

338. Los Estados deben eliminar los obstáculos jurídicos, reglamentarios y normativos que impiden a los adolescentes y jóvenes acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y asegurar que haya información y acceso a las tecnologías de anticoncepción, a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, incluida la vacuna contra el virus del papiloma humano, y la posibilidad de remisión a servicios que atiendan otros problemas de salud, como los de salud mental.

2. Educación sexual integral

339. El Programa de Acción exhortó a los gobiernos a ofrecer educación sexual a los adolescentes y a asegurarse de que los programas de ese tipo abarcaran temas específicos como las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la anticoncepción, la vida familiar, las enfermedades de transmisión sexual, y la prevención del VIH y el SIDA (párrs. 4.29, 7.37, 7.41 y 7.47)²²⁶.

a) Conclusiones recientes de evaluaciones sobre la educación sexual integral

340. Desde 1994 se han realizado numerosos exámenes de estudios evaluativos de la educación sexual. Estos estudios consistían en evaluaciones de programas escolares y de base comunitaria ejecutados tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Los exámenes han arrojado diversas conclusiones y enseñanzas:

a) Se determinó que las intervenciones integrales para reducir las conductas sexuales de riesgo no redundan en una iniciación sexual más temprana ni en una mayor frecuencia de las relaciones sexuales²²⁷;

²²⁶ Véase también la resolución 2011/1 de la Comisión de Población y Desarrollo (E/2011/25, cap. I.B).

²²⁷ S. M. Napierala Mavedzenge, A. M. Goyle y D. A. Ross, "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review", *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, núm. 6 (2011), págs. 568 a 586; D. Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (Washington D.C., Campaña nacional para prevenir el embarazo en las adolescentes, 2007); K. Michielsen y cols., "Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials", *AIDS*, vol. 24, núm. 8 (2012), págs. 1193 a 1202; H. B. Chin y cols., "The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, núm. 3 (2012), págs. 272 a 294.

b) Se demostró que la mayoría de los programas de educación sexual aumentaban los conocimientos y que alrededor de dos tercios de ellos tenían algunos efectos positivos en el comportamiento²²⁸;

c) En los programas de educación sexual integral que daban seguimiento a los resultados de salud para medir sus repercusiones, se observaron pocos efectos tangibles en las tasas de infección por el VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados;

d) Los esfuerzos por vincular los resultados de los programas con algunas de sus características específicas no han sido sistemáticos o no han recabado consenso²²⁹.

No obstante, en varios exámenes se detectaron elementos asociados a los métodos de enseñanza: los programas eficaces tienden a incorporar el desarrollo de conocimientos prácticos, especialmente en el uso de preservativos, y las actividades interactivas ayudan a los estudiantes a personalizar la información²³⁰.

341. Los evaluadores recomendaron que se utilizaran resultados de salud de base biológica como una medida de la eficacia de los programas más fiable y objetiva que la conducta sexual informada por los propios destinatarios²³¹. En un examen realizado recientemente, que abarcó únicamente los estudios que utilizaban resultados de salud como medida de los efectos, se determinó que los planes de estudio para la educación sexual integral que hacían hincapié en el género y el poder tenían muchas más probabilidades de reducir las tasas de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados que los planes de estudio que soslayaban las diferencias de género²³². Esta conclusión concuerda con otras pruebas del valor que aporta la inclusión de las normas de género y la dinámica de las relaciones en los programas de educación sexual integral. Por ejemplo, según algunos estudios, es mucho más probable que las mujeres y los hombres que tienen actitudes equitativas en cuanto al género utilicen métodos anticonceptivos y preservativos²³³ y reciban cuidados prenatales y atención en un establecimiento de maternidad durante el

²²⁸ Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*.

²²⁹ *Ibid.*; Napierala Mavedzenge, Goyle y Ross, "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review"; M. Jukes, S. Simmons y D. Bundy, "Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa", *AIDS*, vol. 22, núm. 4 (2008), págs. S41 a S56.

²³⁰ V. A. Paul-Ebhohimhen, A. Poobalan y E. R. van Teijlingen, "A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa", *BMC Public Health*, vol. 8, núm. 4 (2008).

²³¹ Napierala Mavedzenge, Goyle y Ross "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review"; Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*; Michielsen y cols., "Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials"; A. Harrison y cols., "HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence", *BMC Public Health*, vol. 10 (febrero de 2010).

²³² Haberland y Rogow, "Comprehensive sexuality education".

²³³ A. M. Karim y cols., "Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana", *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, núm. 1 (2003), págs. 14 a 24; R. Stephenson, D. Bartel y M. Rubardt, "Constructs of power and equity and their association with contraceptive use among men and women in rural Ethiopia and Kenya", *Global Public Health*, vol. 7, núm. 6 (2012), págs. 618 a 634.

parto²³⁴. En cinco países de África Oriental con elevadas tasas de fecundidad, los hombres que apoyan la desigualdad de género tenían aspiraciones de fecundidad más altas, independientemente de su nivel de educación, ingresos o religión²³⁵.

342. Muchos jóvenes necesitan aprender a mantener relaciones, pues a no todos los niños se les enseña a tratar a los demás con dignidad y respeto y a no discriminar; cabe a las escuelas impartir una enseñanza basada en valores para ayudar a establecer mejores relaciones entre los seres humanos. **Los Estados deben garantizar que los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes cuenten con las oportunidades, la orientación y las competencias necesarias para cultivar relaciones sociales saludables, coexistir en armonía y llevar una vida libre de violencia mediante una educación y estrategias multisectoriales que incorporen a los grupos de congéneres y a las familias y promuevan la tolerancia y el reconocimiento de la diversidad, la igualdad de género, la autoestima, la solución de los conflictos y la paz.**

343. **Se exhorta a los dirigentes nacionales en las máximas instancias y a los líderes comunitarios, las instituciones de orientación religiosa y otros promotores intelectuales a que de manera creativa y pública y en colaboración con los jóvenes, preparen materiales y comunicaciones en los que se aborden las consecuencias sociales negativas de los estereotipos de género, se promuevan los valores y la práctica de la igualdad de género y se distinga el comportamiento masculino no violento.**

344. El examen que se realizó en 2012 de los planes de estudio de 10 países de África Oriental y Meridional parecía indicar que el pensamiento crítico sobre el género y los derechos aún no estaba suficientemente representado en la educación sexual integral y la educación sobre el VIH²³⁶.

345. Según indicó la encuesta mundial, el apoyo de los gobiernos a los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes variaba marcadamente. Solo el 54% de los países de África se ocupaba de asegurar que los adolescentes y jóvenes tuvieran acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva que garantizaran y respetaran la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento informado, frente al 96%, el 90% y el 80% de los países de América, Europa y Asia, respectivamente.

346. A medida que se acumulan las pruebas de que se está produciendo una reorientación paradigmática hacia los programas que ponen de relieve el pensamiento crítico sobre el género y el poder, surge una interrogante sobre la medida en que esa reorientación se está poniendo en práctica. En la encuesta mundial, el 70% de los gobiernos informó de que se estaba ocupando de la cuestión de “revisar los contenidos de los currículos” para que tuvieran una mayor perspectiva de género, pero no se cuestionó en qué consistían esos esfuerzos ni el rigor con que se llevaban a cabo. Los exámenes y resultados regionales destacaron la importancia de concebir y poner en práctica programas eficaces de educación

²³⁴ Y. Cui y cols., “Effect of married women’s beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 111, núm. 2 (2010), págs. 148 a 151.

²³⁵ R. Snow, R. A. Winter y S. D. Harlow, “Gender attitudes and fertility aspirations among young men in five high fertility East African countries”, *Studies in Family Planning*, vol. 44, núm. 1 (2013), págs. 1 a 24.

²³⁶ Consejo de Población, *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa* (París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

sexual integral que abordaran los elementos fundamentales que vinculaban los cinco pilares temáticos del examen operacional.

347. Los Estados deben reconocer que la educación sexual integral, adecuada al desarrollo evolutivo de los jóvenes e impartida tanto en la escuela como fuera de ella, es indispensable para que puedan protegerse del embarazo no deseado y de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y planear sus vidas y para promover los valores de la tolerancia, el respeto mutuo y la no violencia en las relaciones. Los Estados deben elaborar y ejecutar programas de educación sexual integral que, teniendo en cuenta datos y pruebas científicas, ofrezcan información precisa sobre la sexualidad humana, incluidos el crecimiento y el desarrollo, la anatomía y la fisiología; la reproducción, el embarazo y el parto; la anticoncepción; el VIH y las infecciones de transmisión sexual; la vida familiar y las relaciones interpersonales; la cultura y la sexualidad; la protección y el goce efectivo de los derechos humanos y el empoderamiento; la no discriminación, la igualdad y las funciones asignadas a cada sexo; la conducta sexual; el abuso sexual, la violencia por razón de género y las prácticas perjudiciales; así como programas adaptados a los jóvenes, que estén orientados a estudiar los valores, las actitudes y las normas de las relaciones sexuales y sociales y a promover entre ellos la adquisición de conocimientos prácticos y alentarlos a responsabilizarse por su propia conducta y a respetar los derechos de los demás, y que tengan en cuenta las diferencias de género y enseñen a los jóvenes a prepararse para la vida y les proporcionen los conocimientos, las aptitudes y la capacidad para tomar decisiones informadas sobre su sexualidad.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 14

Educación sexual integral

Instrumentos vinculantes. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005; en vigor desde 2008) reconoce que “el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual” y que la “educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos”.

Otras normas de derecho no vinculantes. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han reconocido que el derecho a la salud abarca “factores determinantes de la salud, como el ... acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” y comprende también el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud²³⁷. Los órganos encargados de supervisar la aplicación de los tratados han resaltado también que los Estados deben velar por que todos los adolescentes tengan acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva tanto en la escuela como fuera de ella en el caso de los adolescentes que no están escolarizados²³⁸.

²³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos) (E/2001/22, anexo IV), párrs. 11 y 12 b) iv).

²³⁸ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (véase A/59/41, anexo X), párrs. 26 y 28); observaciones finales del Comité de los Derechos del

3. Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar

348. En el plano mundial, la fecundidad disminuyó en un 23% en el período comprendido entre 1990 y 2010²³⁹. El descenso de la fecundidad obedece en gran medida al deseo de las personas de tener familias más pequeñas, combinado con un mayor acceso a medios anticonceptivos. El deseo de tener una familia más pequeña se ve afectado por múltiples factores, como una mayor supervivencia de los hijos y el aumento de las oportunidades para las mujeres, sobre todo en lo que atañe a la educación. En África en su conjunto, y en África Subsahariana en particular, la fecundidad ha disminuido más lentamente que en otras regiones y sigue siendo más elevada que en cualquier otra región del mundo²⁴⁰.

349. La tasa mundial de uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o en pareja que utilizan algún método anticonceptivo se elevó de un 58,4% en 1994 a un 63,6% en 2012, un incremento del 10% aproximadamente²⁴¹. Aunque en ese período la tasa de uso de anticonceptivos aumentó más rápidamente (de un 40% a un 54%) en los países en desarrollo, excluida China, la utilización de anticonceptivos en las regiones en desarrollo siguió siendo mucho menor que en los países desarrollados, donde casi el 72% de las mujeres casadas o en pareja usaba un método anticonceptivo. La tasa de uso de anticonceptivos aumentó más rápidamente en los años noventa que en la década de 2000, y en varios países muy pobres se mantuvo por debajo del 10%²⁴².

Niño formuladas tras el examen por el Comité del cuarto informe periódico de Australia (CRC/C/AUS/CO/4, párr. 67); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del quinto informe periódico de la Federación de Rusia (E/C.12/RUS/CO/5, párr. 30); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 relativa al artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer sobre la mujer y la salud, aprobada por el Comité en su 20º período de sesiones (véase A/54/38/Rev.1, primera parte, cap. I, secc. A, párr. 23); observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos inicial y segundo combinados de Turkmenistán (CEDAW/C/TKM/CO/2, párrs. 30 y 31); observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico del Uruguay (CRC/C/URY/CO/2, párr. 52); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos cuarto y quinto combinados de los Países Bajos (E/C.12/NDL/CO/4-5, párr. 27).

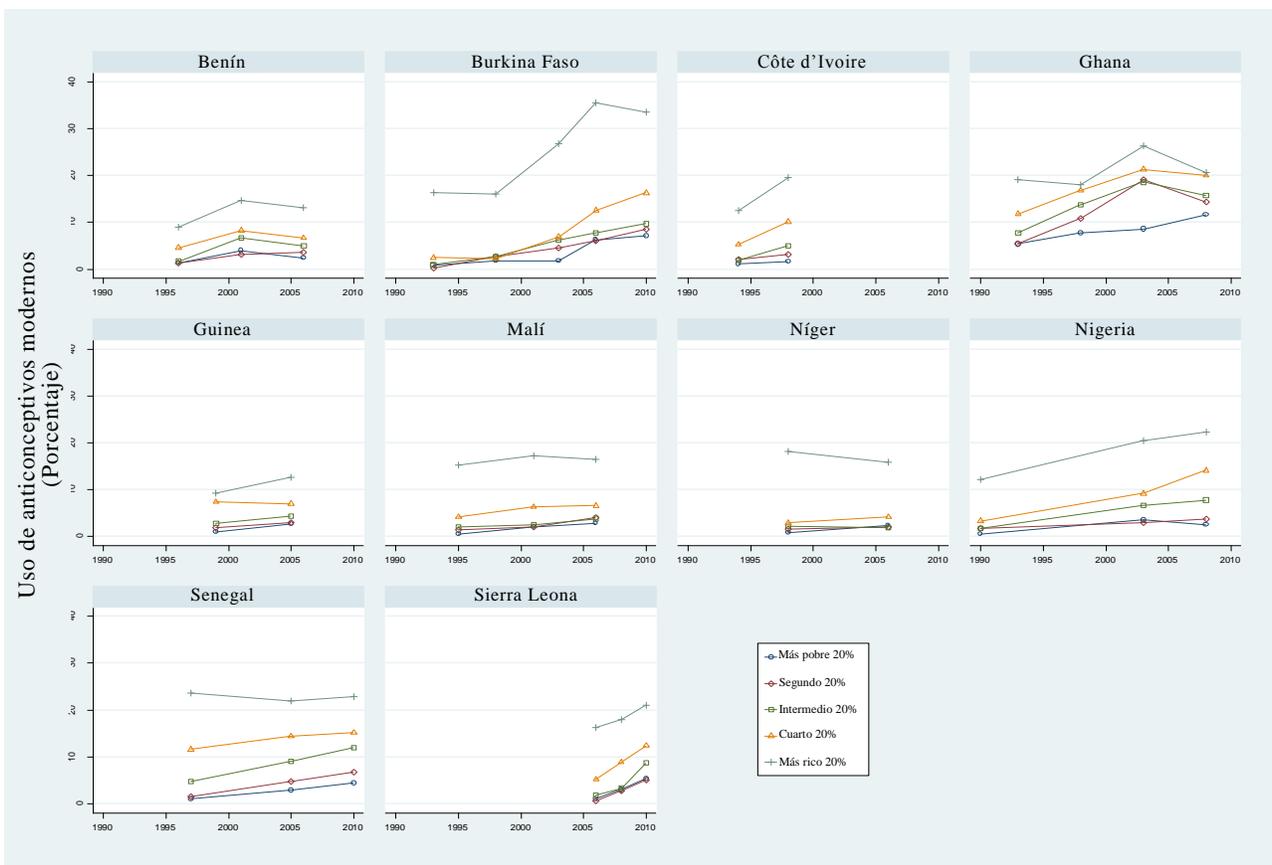
²³⁹ La disminución de la tasa de fecundidad total mundial se calcula tomando las estimaciones de referencia correspondientes a los años 1990 y 2010 de: *World Population Prospects: The 2012 Revision* (ST/ESA/SER.A/336).

²⁴⁰ J. G. Cleland, R. P. Ndugwa y E. M. Zulu, "Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation?", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 89, núm. 2011 (2010), págs. 137 a 143.

²⁴¹ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Contraceptive Use 2012* (POP/DB/CP/Rev2012), en www.unpopulation.org.

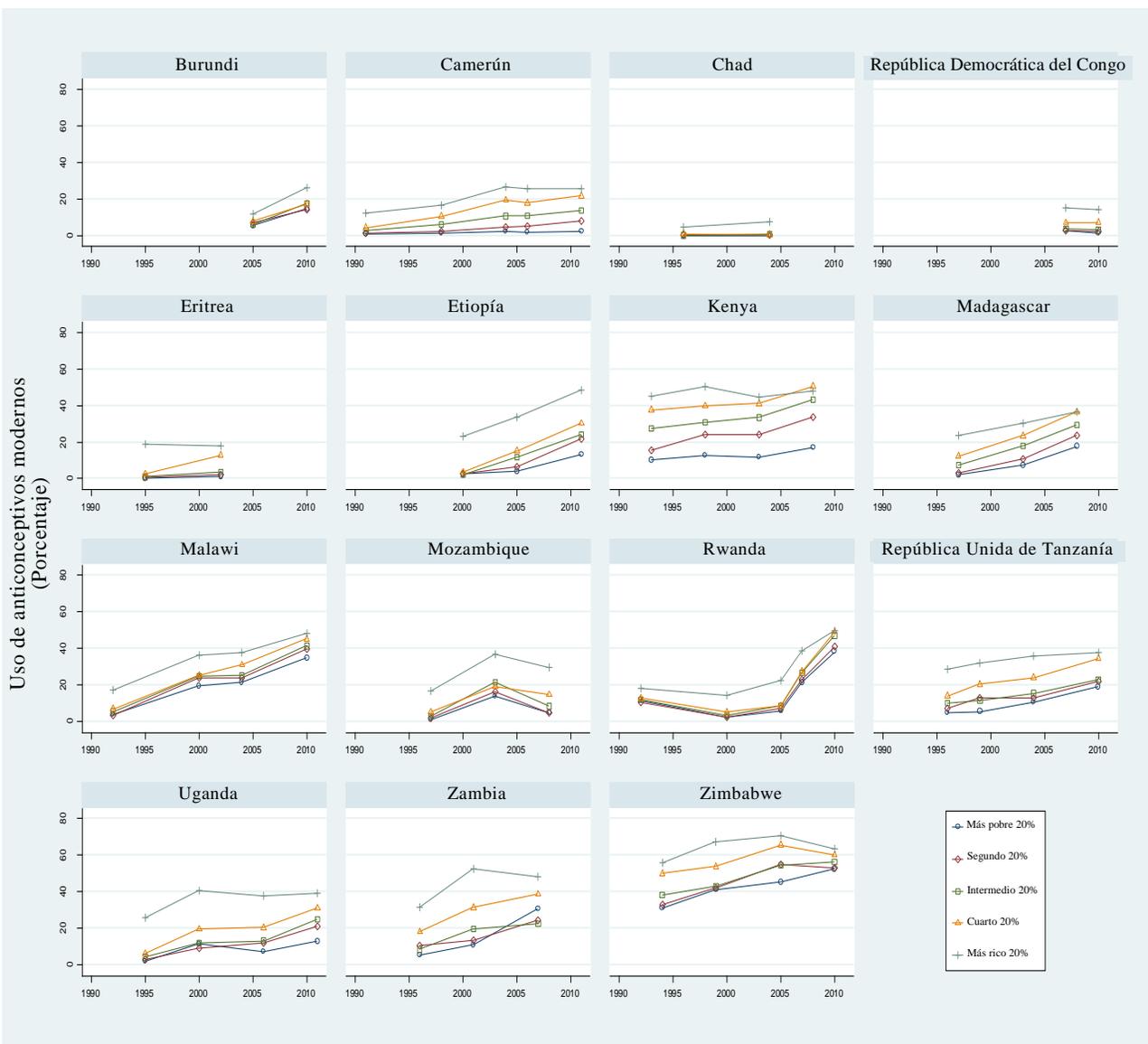
²⁴² N. Ortayli y S. Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, núm. 2 (2010), págs. 101 a 108; L. Alkema y cols., "National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis", *The Lancet*, vol. 381, núm. 9878 (2013), págs. 1642 a 1652.

Gráfico 23
Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en África del Norte y África Occidental, por quintil de riqueza de los hogares



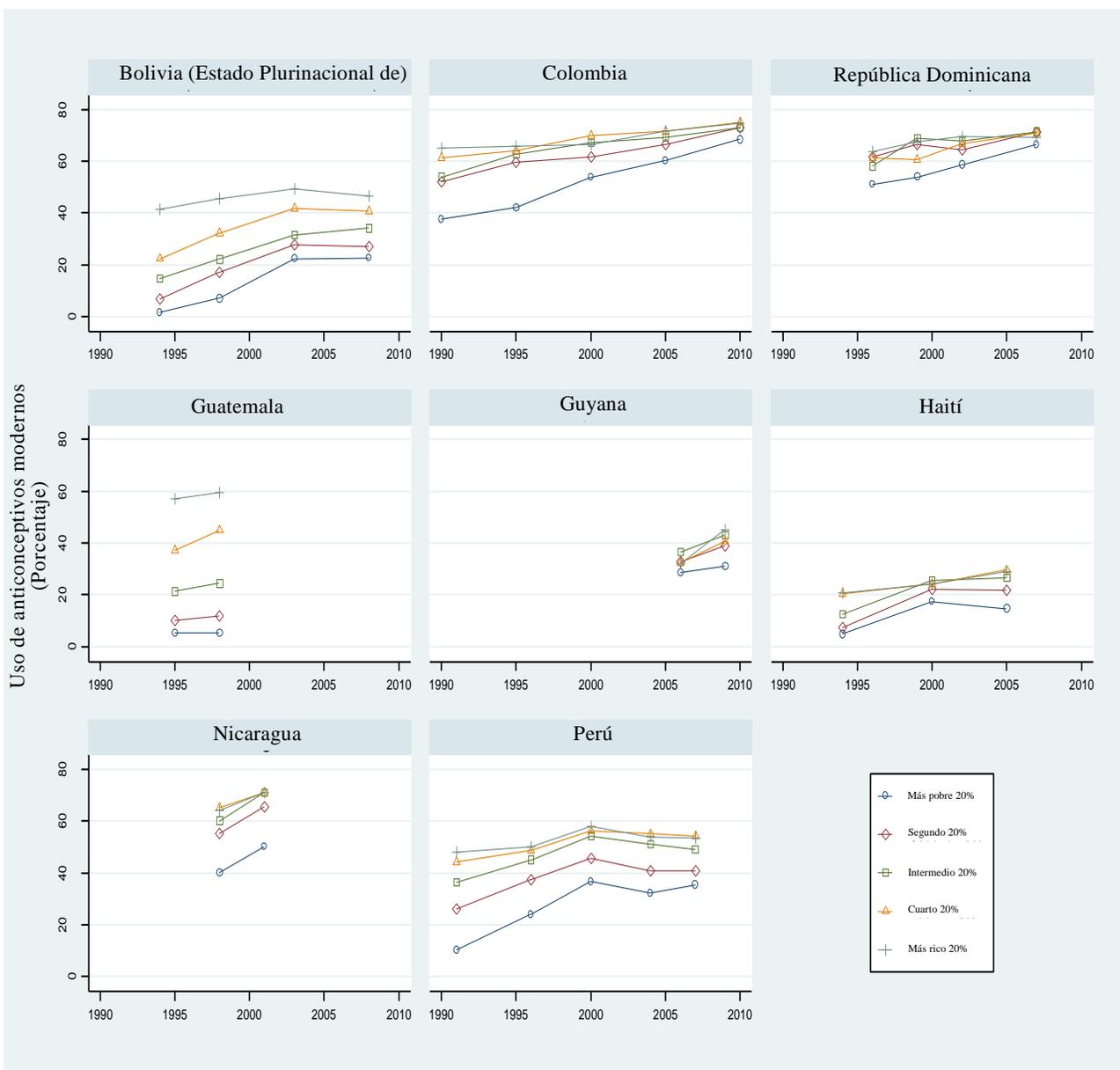
Fuente: Encuestas demográficas y de salud, en www.measuredhs.com (consultadas el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultadas el 15 de junio de 2013); todos los países que tenían datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

Gráfico 24
Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en África Oriental, Central y Meridional, por quintil de riqueza de los hogares



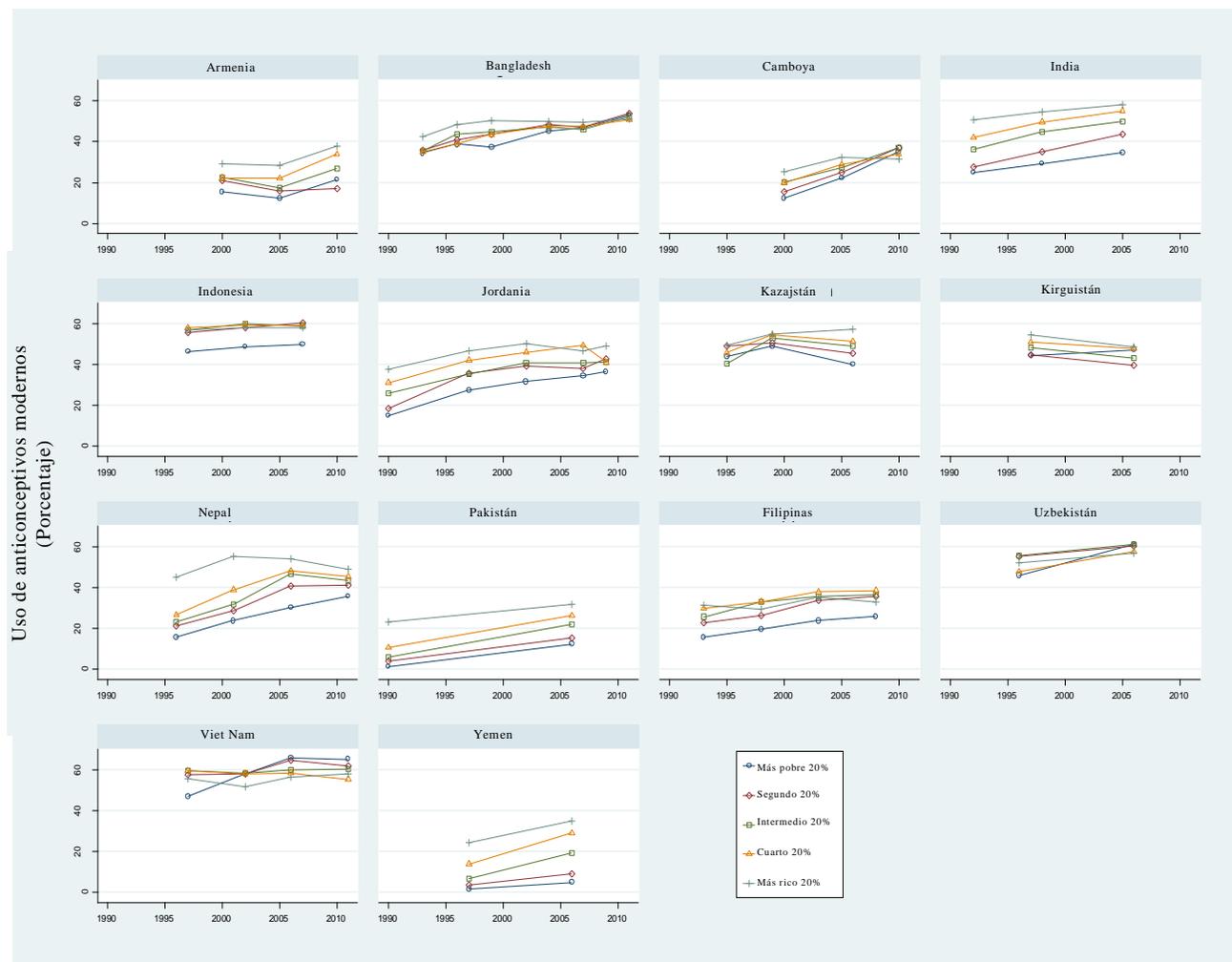
Fuente: Encuestas demográficas y de salud, en www.measuredhs.com (consultadas el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultadas el 15 de junio de 2013); todos los países que tenían datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

Gráfico 25
Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en América, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, en www.measuredhs.com (consultadas el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultadas el 15 de junio de 2013); todos los países que tenían datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

Gráfico 26
Tendencias en la tasa de uso de anticonceptivos modernos en Asia, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, en www.measuredhs.com (consultadas el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultadas el 15 de junio de 2013); todos los países que tenían datos disponibles para al menos dos momentos de referencia.

350. Las necesidades globales insatisfechas de métodos modernos de anticoncepción disminuyeron moderadamente, de un 20,7% en 1994 a un 18,5% en 2012²⁴³. En la actualidad, el 90% de las mujeres con necesidades insatisfechas vive en países en desarrollo, y los índices más elevados entre las mujeres y los hombres se registran en África. En 28 países del África Subsahariana, incluidos todos los países de África Occidental con excepción de uno, menos del 25% de las mujeres en

²⁴³ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *World Contraceptive Use 2012*.

edad reproductiva usaban anticonceptivos, y las necesidades insatisfechas ascendían hasta un 36%²⁴⁴.

351. Según indican los resultados de la encuesta mundial, aproximadamente 8 de cada 10 países se ocuparon de mejorar el acceso de las mujeres a información y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva (84%) y de mejorar el acceso de los hombres a información, asesoramiento y servicios sobre salud sexual y reproductiva (78%) durante los últimos cinco años. Asimismo, 8 de cada 10 países informaron de que habían abordado la cuestión de mejorar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para las mujeres (82%), así como para los adolescentes (78%). Sin embargo, el porcentaje disminuía cuando se trataba de prestar servicios de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad (55%) y a los pueblos indígenas y las minorías culturales (62%).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 15

Información y servicios relacionados con los métodos anticonceptivos

Otras normas de derecho no vinculantes. El artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979; en vigor desde 1981) establece que los Estados “adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (art. 12 1)). Además, el artículo 16 1) e) protege el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer ese derecho. A partir de esas normas, y reconociendo que existe una correlación entre las necesidades insatisfechas de anticonceptivos y las tasas más altas de embarazo entre las adolescentes, aborto y mortalidad materna y que los obstáculos para conseguir acceso a los medios anticonceptivos afectan desproporcionadamente a determinados grupos de población, desde 1994 los órganos encargados de la aplicación de tratados han venido instando a los Estados a que aseguren el acceso a los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, entre ellos los anticonceptivos hormonales y anticonceptivos de emergencia. Al explicar las obligaciones que incumben a los Estados en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación general núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000) afirma que “los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otro medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud”. Además, la observación general núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013),

²⁴⁴ J. Cleland e I. Shah, “The contraceptive revolution: focused efforts are still needed”, *The Lancet*, vol. 381, núm. 9878 (2013), págs. 1604 a 1606; Alkema y cols., “National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015”.

aprobada por el Comité de los Derechos del Niño, establece que los “métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo”.

a) Opciones de métodos anticonceptivos

352. Durante los últimos 20 años, las opciones de métodos anticonceptivos modernos se han diversificado considerablemente y las innovaciones de los productos se han orientado a facilitar la administración (y la extracción), disminuir las dosis y reducir los efectos secundarios²⁴⁵. Sin embargo, la gama actual de productos anticonceptivos no está exenta de riesgos de fracaso y efectos secundarios, algunos graves, y muchas mujeres presentan contraindicaciones clínicas a determinados métodos. Debido a que las preferencias por un método u otro y las necesidades clínicas varían, incluso en el transcurso de la vida, la posibilidad de contar con una serie de tipos diversos de métodos anticonceptivos constituye la característica distintiva de unos servicios de planificación de la familia seguros y de calidad basados en los derechos humanos, y el aumento de la diversidad de métodos suele aumentar el uso general de anticonceptivos.

353. En 1994, la gama de métodos anticonceptivos disponibles a nivel mundial estaba dominada por la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino, que representaban el 31% y el 24%, respectivamente, del uso total de anticonceptivos, seguidos por las píldoras, con un 14% de la tasa de uso a nivel mundial²⁴⁶. Veinte años después, esos tres métodos siguen predominando, pero ha ocurrido una diversificación de los métodos utilizados por las mujeres, incluso debido a un mayor uso de anticonceptivos inyectables e implantes, y ha aumentado el uso de preservativos masculinos. Los métodos únicos que predominaban en algunos países en la década de 1990 se mantenían (véase el gráfico 27), lo que parecía indicar que

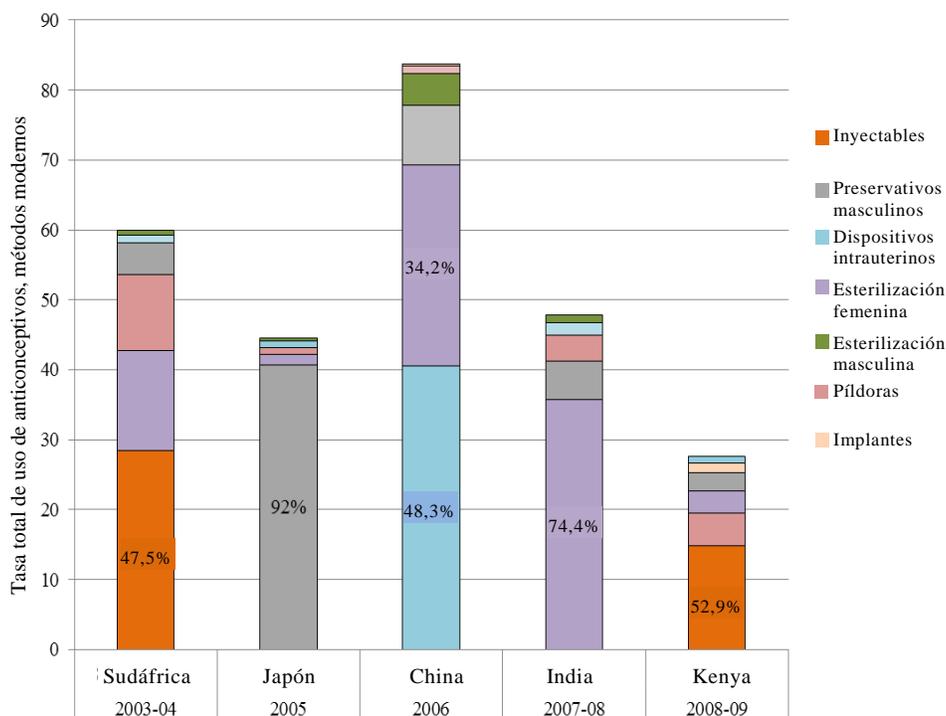
²⁴⁵ V. Brache y A. Faundes, “Contraceptive vaginal rings: a review”, *Contraception* 2010, vol. 82, núm. 5 (2010), págs. 418 a 427; Reproductive Health Supplies Coalition, “Caucus on new and underused reproductive health technologies: contraceptive implants”, julio de 2013, en http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4.pdf; L. Bahamondes, “Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo”, comentario en Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, revisado por última vez el 1 de diciembre de 2008), en http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/index.html; A. Nelson, “New low-dose extended-cycle pills with levonorgestrel and ethinyl estradiol: an evolutionary step in birth control”, *International Journal of Womens Health*, vol. 2 (2010), págs. 99 a 106.

²⁴⁶ A. Biddlecom y V. Kantorova, “Global trends in contraceptive method mix and implications for meeting the demand for family planning”, ponencia presentada en la XXVII Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, celebrada en Busan (República de Corea), en agosto de 2013; estimaciones basadas en modelos obtenidas a partir de, entre otros, Alkema y cols., “National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015”, mediante cálculos del uso de distintos métodos basados en *World Contraceptive Use 2012*.

en esos países la gama de productos o la capacidad de los proveedores de servicios era limitada²⁴⁷.

Gráfico 27

Distribución (porcentaje) de mujeres de 15 a 49 años de edad, por tipo de método anticonceptivo utilizado, destacando el predominio de un solo método en algunos países



Fuente: Sudáfrica, encuestas demográficas y de salud 2003-2004, informe final; Kenia, encuestas demográficas y de salud, informe final, 2008-2009; Japón, 13ª Encuesta Nacional de Fecundidad, 2005; China, Encuesta Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, 2006; India, Encuesta Distrital de Hogares e Instalaciones, 2007-2008. Citadas en Naciones Unidas, *World Contraceptive Use 2011*, en www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm (datos descargados y analizados el 5 de septiembre de 2013).

354. Los programas dominados por métodos únicos pueden ser representativos del legado dejado por anteriores políticas estatales de planificación familiar, que se han mantenido por la preferencia de la población y por las corrientes habituales de suministro de productos, el sesgo de los proveedores o la capacitación técnica²⁴⁸.

²⁴⁷ Sudáfrica, encuestas demográficas y de salud, informe final, 2003-2004; Kenia, encuestas demográficas y de salud, informe final, 2008-2009; Japón, 13ª Encuesta Nacional de Fecundidad, 2005; China, Encuesta Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, 2006; India, Encuesta Distrital de Hogares e Instalaciones (DLHS-3), 2007-2008; citadas en *World Contraceptive Use 2011* (datos descargados y analizados el 5 de septiembre de 2013).

²⁴⁸ E. E. Seiber, J. T. Bertrand y T. M. Sullivan, "Changes in contraceptive method mix in developing countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, núm. 3 (2007);

Independientemente de las razones de que estén dominados por un solo método, los programas de ese tipo no están en condiciones de responder a las necesidades diversas de las mujeres de retrasar o espaciar los nacimientos o poner fin a la reproducción; a la variación de sus necesidades de diferentes tecnologías anticonceptivas por razones de salud; o a las preferencias de los usuarios, en diferentes etapas de su vida, por métodos con determinadas características técnicas, como es el caso, entre otros, de los métodos controlados por los usuarios y los métodos reversibles.

355. Los programas de planificación familiar de calidad son aquellos que pueden ofrecer a los usuarios de forma segura y asequible una gran variedad de métodos con características clínicas distintas. El hecho de que haya países en los que sigue predominando un método único pone de relieve que sus programas nacionales optan por las ventajas comparativas de un método conocido, que ofrecen en masa, en lugar de invertir en los sistemas de salud con miras a diversificar los productos y garantizar que los proveedores adquieran los conocimientos necesarios para aplicar una variedad de métodos de manera segura y ofrecer asesoramiento informado al respecto.

b) Anticonceptivos de emergencia

356. Los anticonceptivos de emergencia están incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS²⁴⁹ desde 1995, así como en las normas, protocolos y directrices emitidos por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; están registrados en la mayoría de los países en desarrollo y desarrollados del mundo y están inscritos como productos de venta libre en más de 50 países²⁵⁰. No obstante, la falta de conocimientos e información sobre los anticonceptivos de emergencia obstaculiza su utilización en la mayoría de los países. Según determinó recientemente (2012) una comisión, en los casos en que los anticonceptivos de emergencia no estaban registrados, ello se debía por lo general a políticas que entremezclaban los anticonceptivos de emergencia y el aborto y a la oposición general a la anticoncepción²⁵¹. La Comisión observó que las restricciones al acceso a menudo obedecían a que de manera innecesaria se exigían recetas o a que el sector público no ofrecía el servicio y que los anticonceptivos de emergencia seguían siendo poco conocidos entre los proveedores de servicios de salud.

J. J. Brown, L. Bohua y S. S. Padmadas, "A multilevel analysis of the effects of a reproductive health programme that encouraged informed choice of contraceptive method rather than use of officially preferred methods, China 2003-2005", *Population Studies*, vol. 62, núm. 2 (2010), citado en "Changing China's contraceptive policy", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, núm. 4 (diciembre de 2010); D. R. Mishell, Jr., "Intrauterine contraception: an under-utilized method of family planning", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 12, núm. 1 (marzo de 2007).

²⁴⁹ OMS, Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, 18ª edición (Ginebra, abril de 2013); en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf.

²⁵⁰ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists (diciembre de 2013); en www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_EC-in-EMLs_Dec-2013.pdf.

²⁵¹ Estudio de un caso preparado para la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, en www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities/emergency-contraception.

c) **Esterilización masculina**

357. Si bien el número de hombres que usan preservativos ha aumentado en los lugares donde el VIH es motivo de preocupación, la participación masculina en la planificación familiar moderna apenas ha avanzado desde 1994, y son muy pocos los países que han notificado aumentos en la esterilización masculina en los últimos 20 años.

358. De los 92 países que tenían datos sobre el porcentaje de la tasa total de uso de anticonceptivos que cabía atribuir a la esterilización masculina²⁵² y que correspondían a más de dos momentos de referencia, de los cuales al menos uno se produjo en 2005 o en una fecha posterior, 38 países (41%) informaron de que no utilizaban la esterilización masculina y en solo 4 países la esterilización masculina representaba más del 10% del uso de medios anticonceptivos (el Reino Unido (21%), la República de Corea (17%), los Estados Unidos de América (14%) y Bhután (13%)). En 27 países (29%), entre ellos Sri Lanka (-4%), India (-2%), Tailandia (-2%), Myanmar (-1,4%) y los Estados Unidos de América (-0,5%), ha disminuido el uso relativo de la esterilización masculina desde 1994, lo que indica que o bien ha descendido de manera absoluta el uso de la esterilización masculina o bien hay una mayor dependencia de otros métodos anticonceptivos (sobre todo de los utilizados por las mujeres)²⁵³.

359. En 2002, 180 millones de mujeres recurrieron a la esterilización femenina, frente a 43 millones de hombres que utilizaron la esterilización masculina²⁵⁴. Esta disparidad es sorprendente, especialmente teniendo en cuenta que la esterilización femenina es más costosa, implica mayores riesgos de salud y es irreversible, en comparación con el procedimiento aplicable a los hombres, que es relativamente seguro y reversible. Las investigaciones sobre anticonceptivos hormonales masculinos sigue avanzando, aunque con lentitud²⁵⁵.

360. Los Estados deben, con carácter urgente, ofrecer y difundir ampliamente información y asesoramiento de alta calidad sobre los beneficios y riesgos de una gama completa de métodos anticonceptivos asequibles, accesibles y de calidad, prestando especial atención al doble método, que conlleva el uso asociado del preservativo masculino o femenino, debido al riesgo permanente de contraer infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH, y deben garantizar el acceso a productos anticonceptivos y a información sobre estos, independientemente del estado civil de las personas.

²⁵² Véase *World Contraceptive Use 2012* (nota 240). El primer momento de referencia es más cercano a 1994 y otro de ellos, a 2012; el momento límite es el año 2005. De los 194 países originales, se excluyeron 26 por falta de datos; 33 porque solo tenían datos para un momento de referencia, y 43 porque el último momento de referencia para el que tenían datos era anterior a 2005.

²⁵³ J. E. Darroch, "Male fertility control: where are the men?", *Contraception*, vol. 78, núm. 4 (2008), págs. S7 a S17.

²⁵⁴ EngenderHealth, *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends* (Nueva York, 2002), cap. 2.

²⁵⁵ J. K. Amory y W. J. Bremner, "Newer agents for hormonal contraception in the male", *Trends in Endocrinology and Metabolism*, vol. 11, núm. 2 (2000), págs. 61 a 66.

4. Aborto

361. El uso del aborto refleja muchas circunstancias que pueden ser difíciles de prevenir para las mujeres, como el fallo del anticonceptivo, la falta de conocimientos sobre el período fértil o sobre cómo usar el anticonceptivo, las deficiencias en el acceso o la asequibilidad de los anticonceptivos, los cambios de las aspiraciones de fecundidad, las diferencias en el deseo de un embarazo entre la mujer y su pareja, el temor a pedir a la pareja que utilice un método anticonceptivo, y las relaciones sexuales no planificadas o forzadas²⁵⁶. Las tasas de abortos varían drásticamente entre los distintos países (véase el cuadro 1)²⁵⁷ y las estimaciones recientes indican que están disminuyendo tanto la tasa de abortos como el número de muertes relacionadas con los abortos, conforme a las siguientes tendencias:

a) El riesgo de muerte debido a las complicaciones del aborto inseguro está decreciendo a nivel mundial y regional²⁵⁸. En general este avance se atribuye a la mejora de las tecnologías, una mayor utilización de las directrices de la OMS para el aborto sin riesgo y la atención posaborto y un mayor acceso al aborto en condiciones seguras;

b) Las tasas de mortalidad por aborto que se registran en África y en Asia, 460 y 160 muertes, respectivamente, por cada 100.000 abortos practicados en condiciones de riesgo²⁵⁷, siguen siendo escandalosamente altas;

c) La tasa total de abortos se redujo a nivel mundial de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en 1995 a 28 por cada 1.000 en 2003, y se ha mantenido estable en 29 por cada 1.000 en 2008²⁵⁵;

d) El número estimado absoluto de abortos disminuyó de 45,6 millones en 1995 a 41,6 millones en 2003 y luego aumentó a 43,8 millones en 2008²⁵⁵. Este incremento en números absolutos se atribuye al estancamiento de la tasa de abortos entre 2003 y 2008, combinado con el crecimiento de la población a través del tiempo;

e) Las tasas de abortos subregionales más elevadas se encuentran en Europa Oriental (43 por cada 1.000 mujeres), el Caribe (39), África Oriental (38) y Asia Sudoriental (36); la tasa subregional más baja es la de Europa Occidental (12)²⁵⁵;

f) Se estima que en 2008, el último año del que se tienen estimaciones, el 86% de todos los abortos tuvieron lugar en el mundo en desarrollo²⁵⁵.

362. Los gobiernos se comprometieron en el Programa de Acción, así como en las medidas clave para la ulterior ejecución del Programa de Acción, a asignar máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y hacer así todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Para cumplir ese compromiso tienen que darse ciertas condiciones esenciales, como asegurar que la población tenga conocimiento de los riesgos del embarazo y que hayan normas sólidas en materia de igualdad de género y acceso a precios razonables a una gama de métodos anticonceptivos

²⁵⁶ Gilda Sedgh y cols., "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816 (18 de febrero de 2012), págs. 625 a 632.

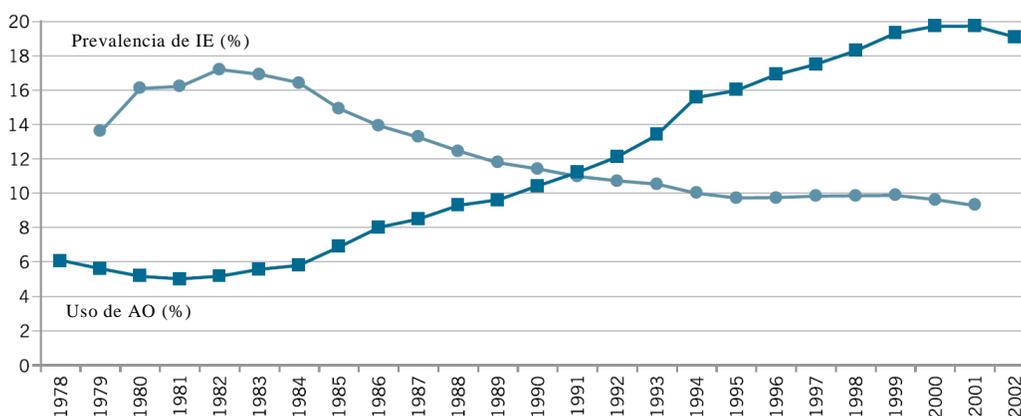
²⁵⁷ Datos compilados de Gilda Sedgh y cols., "Legal abortion worldwide: incidence and recent trends", *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, núm. 3 (septiembre de 2007), págs. 106 a 116.

²⁵⁸ OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sexta edición (Ginebra, 2011).

seguros y con características diferentes que permitan a la mayoría de las mujeres y los hombres utilizar un método que se ajuste a sus necesidades y a las posibles contraindicaciones. El aumento del uso de anticonceptivos en ocasiones se corresponde con una disminución directa de las tasas de abortos, como se observó en Italia durante un período de 20 años (véase el gráfico 28)²⁵⁹. Si bien la interacción entre la tasa de abortos y el uso de medios anticonceptivos modernos se ve afectada por otras condiciones, como las aspiraciones de fecundidad, cuando las tasas de fecundidad se mantienen constantes en el tiempo, un mayor uso de anticonceptivos modernos y eficaces se corresponde con una reducción de la tasa de abortos²⁶⁰.

Gráfico 28

Tasas de interrupción voluntaria del embarazo y uso de anticonceptivos orales entre mujeres en edad reproductiva, Italia, 1978-2002



Fuente: OMS, *Women and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Ginebra, 2013), gráfico 2D.4. En http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf.

Abreviaturas: IE = interrupciones del embarazo; AO = anticonceptivos orales.

²⁵⁹ Bustreo y cols., *Women and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (véase la nota 183); G. Benagiano, C. Bastianelli y M. Farris, "Contraception: a social revolution", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 12, núm. 1 (2007), págs. 3 a 12.

²⁶⁰ C. Marston y J. Cleland, "Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence", *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, núm. 1 (2003), págs. 6 a 13.

363. La igualdad de género puede influir en el riesgo de aborto de diversas formas, por ejemplo, al reorientar las expectativas sociales hacia un aumento de las conversaciones de la pareja acerca de la anticoncepción²⁶¹, la derogación de leyes discriminatorias, como las que exigen la notificación al cónyuge o su autorización, o la aprobación de leyes más estrictas que reduzcan la amenaza de violencia infligida por la pareja²⁶².

364. Aunque entre 1996 y 2003 se redujeron las tasas de abortos en todas las regiones del mundo, la disminución más significativa ocurrió en Europa²⁵⁵ (véase el gráfico 29), como reflejo de la acusada reducción en 2003 de las tasas relativamente altas de abortos que existían en Europa Oriental en 1996. En Europa Occidental las tasas de abortos han sido mucho más bajas y con el tiempo se han mantenido relativamente estables.

365. Las bajas tasas de abortos en Europa Occidental reflejan el amplio acceso a los anticonceptivos y a los conocimientos sobre la anticoncepción, incluida la educación sexual integral para los jóvenes, así como un alto grado de igualdad de género. Esos factores han creado un entorno favorable para el uso de anticonceptivos y la disminución de las tasas de abortos.

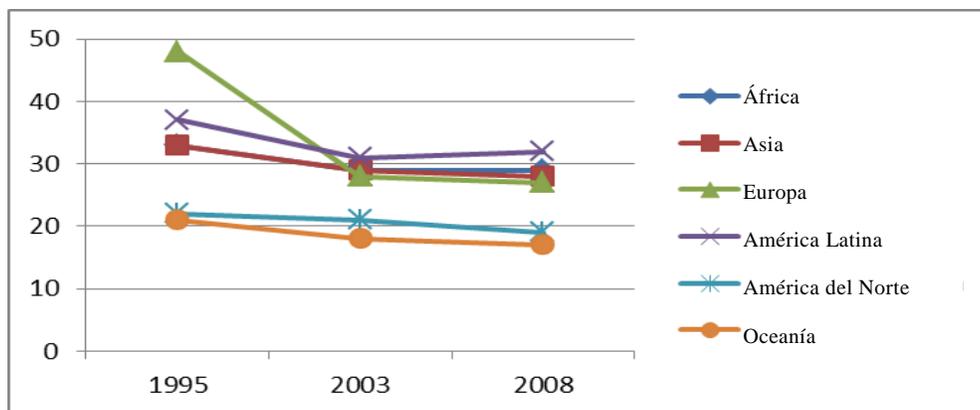
366. Los Estados deben esforzarse por eliminar la necesidad del aborto ofreciendo acceso universal a la educación sexual integral a partir de la adolescencia y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos métodos anticonceptivos modernos, a todas las personas que los necesiten; proporcionando acceso amplio y asequible a los preservativos masculinos y femeninos y acceso oportuno y confidencial a los anticonceptivos de emergencia; implementando programas en las escuelas y los medios de información que promuevan los valores de la igualdad de género y la comunicación entre los miembros de la pareja con respecto a las relaciones sexuales y la anticoncepción; y respetando, protegiendo y promoviendo los derechos humanos mediante la aplicación de las leyes que permiten a las mujeres y niñas vivir una vida libre de la violencia por razón de género.

²⁶¹ M. Do y N. Kurimoto, "Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 38, núm. 1 (2012), págs. 23 a 33; I. H. Masha y R. Ruben, "Communication, knowledge, social network and family planning utilization among couples in Mwanza, Tanzania", *African Journal of Reproductive Health*, vol. 17, núm. 3 (2013), págs. 57 a 69; A. A. Bawah, "Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment", *Studies in Family Planning*, vol. 33, núm. 2 (2002), págs. 185 a 194; W. I. De Silva, "Husband-wife communication and contraceptive behaviour in Sri Lanka", *Journal of Family Welfare*, vol. 40, núm. 2 (1994), págs. 1 a 13.

²⁶² G. E. Ely y M. D. Otis, "An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 26, núm. 16 (2011), pág. 3248; D. K. Kaye y cols., "Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda", *Tropical Medicine & International Health*, vol. 11, núm. 1 (2006), págs. 90 a 101; T. W. Leung y cols., "A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 77, núm. 1 (2002), págs. 47 a 54; D. Kaye, "Domestic violence among women seeking postabortion care", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, núm. 3 (2001), págs. 323 a 325; IPAS, "Youth perspectives reveal abortion stigma and gender inequity are barriers to education on safe abortion", en: www.ipas.org/en/News/2013/October/Youth-perspectives-reveal-abortion-stigma-and-gender-inequity-are-barriers-to-education-on.aspx.

Gráfico 29

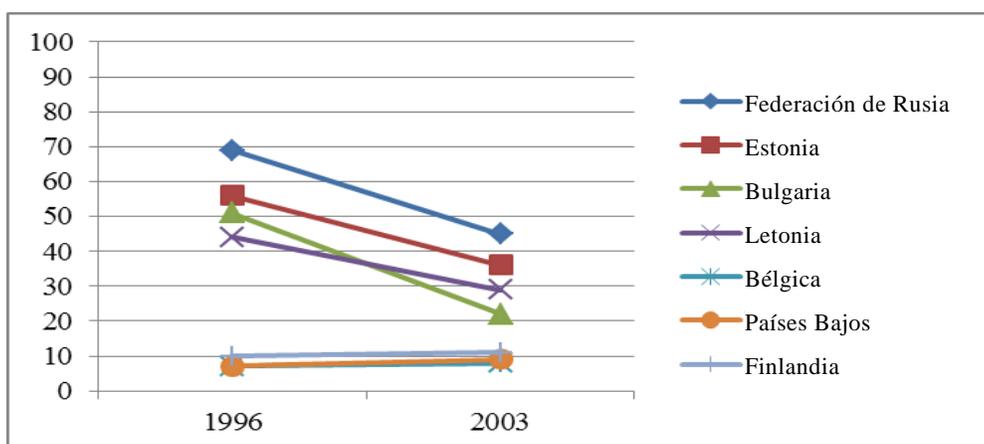
Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años, estimaciones regionales ponderadas, 1995, 2003 y 2008



Fuente: Gráfico basado en datos de G. Sedgh y cols., "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816 (18 de febrero de 2012).

Gráfico 30

Abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años en varios países de Europa donde existe el acceso legal al aborto, 1996 y 2003



Fuente: Gráfico basado en datos de G. Sedgh y cols., "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816 (18 de febrero de 2012).

Cuadro 1
Indicadores del aborto legal en lugares donde se dispone de información
relativamente completa, 2001-2006

<i>País/territorio</i>	<i>Año (últimas estimaciones disponibles)</i>	<i>Número de abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años</i>	<i>Número de abortos por cada 100 nacidos vivos</i>
Cuba	2004	57	109
Federación de Rusia	2003	45	104
Estonia	2003	36	82
Belarús	2003	35	91
Letonia	2003	29	69
Hungría	2003	26	57
Bulgaria	2003	22	52
Estados Unidos de América	2003	21	31
Nueva Zelandia	2003	21	33
Australia	2003	20	34
Suecia	2003	20	34
Puerto Rico	2001	18	28
Inglaterra y Gales	2003	17	29
Francia	2003	17	26
Eslovenia	2003	16	40
Lituania	2003	15	38
Dinamarca	2003	15	24
Noruega	2003	15	25
Canadá	2003	15	31
Singapur	2003	15	31
Israel	2003	14	14
República Checa	2003	13	29
Eslovaquia	2003	13	31
Escocia	2003	12	23
Italia	2003	11	25
Finlandia	2003	11	19
Países Bajos	2003	9	14
Alemania	2003	8	18
Bélgica	2003	8	14
Suiza	2003	7	15
Túnez	2000	7	9
Sudáfrica	2003	6	6
Nepal	2006	5	4

Fuente: Datos compilados de G. Sedgh y cols., "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816 (18 de febrero de 2012).

367. La disminución de las tasas de abortos en Europa Oriental refleja el hecho de que tras la desintegración de la Unión Soviética aumentaron la disponibilidad de servicios y productos de planificación familiar modernos y su utilización. Sin embargo, en las estimaciones para el período 2001-2005 persistían tasas de abortos comparativamente superiores (Federación de Rusia (45 por cada 1.000 mujeres), Estonia (36), Belarús (35), Bulgaria (26) y Letonia (29))²⁶⁶, hecho que coincidía con tasas de uso de anticonceptivos modernos comparables a las de Europa Occidental (las tasas de uso de anticonceptivos para cualquier año del período 2000-2006 son las siguientes: Federación de Rusia (64,6% de las mujeres de 15 a 49 años), Estonia (57,9%), Belarús (56%), Bulgaria (40,1%) y Letonia (55,5%))²⁶³ y que apuntaba a un uso deficiente o al posible fallo de los medios anticonceptivos. Se observa una discordancia similar en Cuba, país que tiene una de las tasas de abortos más altas del mundo (57 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años)²⁵⁶ y, sin embargo, unas tasas de uso notificado de anticonceptivos modernos comparativamente elevadas; su tasa de uso de anticonceptivos fue de 72,1% en 2000 y de 71,6% en 2006)²⁶². Estos casos ponen de manifiesto que el acceso a los medios anticonceptivos es necesario, pero tal vez no sea suficiente, para reducir el número de abortos y que tal vez sea preciso examinar y entender otros patrones culturales de conducta, incluidos el significado social y simbólico asociado al uso de anticonceptivos en determinadas relaciones, las normas de comunicación entre los miembros de la pareja, las expectativas sociales sobre las prácticas sexuales, el significado asociado localmente al aborto, y el riesgo de relaciones sexuales forzadas, y realizar intervenciones con respecto a esos comportamientos.

368. Se han hecho avances importantes en la reducción de las muertes por aborto inseguro desde 1994, sobre todo en los países que han introducido modificaciones complementarias y de gran alcance en la legislación y en la práctica para tratar el aborto como un problema de salud pública (véase más adelante el caso del Uruguay). No obstante, el número de muertes relacionadas con el aborto se ha mantenido estable en los últimos años, aunque el número total de muertes maternas ha seguido bajando. En 2008 se estimaba que 47.000 muertes maternas se debían al aborto en condiciones de riesgo, lo que suponía una disminución frente a las 69.000 muertes que ocurrieron en 1990²⁶⁴. Pero dado que el número de muertes por aborto inseguro disminuyó más lentamente que el número total de muertes maternas, los abortos en condiciones de riesgo parecen dar cuenta del creciente porcentaje de muertes maternas a nivel mundial²⁶⁵.

²⁶³ Las tasas de uso de anticonceptivos provienen de la base de datos Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx>).

²⁶⁴ E. Ahman e I. Shah, "New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 115, núm. 2 (2011), págs. 121 a 126.

²⁶⁵ K. Ringheim, "Sexual and reproductive health and rights thematic report", documento de antecedentes preparado para el examen del Programa de Acción para después de 2014 (junio de 2013).

Estudio de casos – Eliminación de las muertes maternas causadas por abortos en condiciones de riesgo

Uruguay

Desde 2001, el Uruguay ha hecho importantes progresos en la reducción de las muertes maternas resultantes de abortos realizados en condiciones inseguras mediante la aplicación del Modelo Uruguayo de Prevención de Riesgo y Daño, que se basa en los compromisos asumidos para cumplir el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Con ese modelo se procura reducir los riesgos y la morbilidad causada por el aborto en condiciones de riesgo, que provocó el 42% de las muertes maternas en 2001, el 28% en 2002, y el 55% en 2003.

El modelo se basa en tres pilares: el respeto a la decisión de la mujer, el carácter confidencial y la práctica profesional comprometida, y el tratamiento del aborto como un problema de salud pública, no como un asunto jurídico o penal. Todas las mujeres, entre ellas las adolescentes, tienen acceso a un equipo multidisciplinario de ginecólogos, parteras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales que les proporcionan información, asesoramiento y atención antes y después del aborto, incluida información sobre alternativas al aborto, los métodos de aborto existentes y sus riesgos, siguiendo un enfoque integral de la atención de salud que incluye el tratamiento de las complicaciones, la rehabilitación y el acceso a los anticonceptivos. Una clave del éxito del modelo radica en que todos los profesionales de la salud sexual y reproductiva están capacitados para proporcionar asesoramiento antes y después del aborto.

Poco tiempo después de aplicado el modelo se observaron resultados alentadores. Entre 2004 y 2007 se registraron en el Uruguay dos casos de muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo y entre 2008 y 2011 no se produjeron fallecimientos por dicha causa. Según la OMS, este modelo puede adaptarse y reproducirse en otros países.

En 2012, el Uruguay se convirtió en el tercer país de América Latina, después de Cuba y Guyana, en despenalizar el aborto mediante la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que garantiza el derecho de la mujer a recurrir al aborto en condiciones seguras hasta la semana 12 de gestación, y hasta la semana 14 en caso de violación. Las adolescentes están amparadas por esta ley, que hace énfasis en el concepto de “autonomía progresiva”, basado en el artículo 8° del Código de la Niñez y la Adolescencia, que se refiere al proceso de desarrollo y evolución de las facultades de cada individuo para poder ejercer todos sus derechos.

Esa iniciativa, junto con la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008), que exige a los proveedores de servicios de salud públicos y privados que proporcionen servicios de atención integral de la salud sexual y reproductiva, incluidos el asesoramiento privado y confidencial y el acceso libre a medios anticonceptivos de calidad en los servicios públicos, y la Ley de Educación Sexual (2009), que institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de la educación académica, desde el preescolar hasta la formación de docentes, han contribuido a que el Uruguay ostente la tasa de mortalidad materna más baja de América Latina y la tercera más baja de América. En 2012, el último año para el que hay datos disponibles, la tasa de mortalidad materna en el Uruguay fue de 10,3 por cada 100.000 nacidos vivos.

369. Casi todos (97%) los abortos que se producen en África (fuera de África Meridional) y en América Central y América del Sur siguen realizándose en condiciones de riesgo²⁵⁵. Tras esa cifra, sin embargo, se ocultan enormes diferencias entre las distintas regiones: el riesgo de muerte por aborto es 15 veces mayor en África que en América Latina y el Caribe²⁶³. También en África fue menor la disminución del número de muertes relacionadas con abortos en condiciones de riesgo desde 1990²⁶⁶. El número estimado de muertes en América Latina pasó de 80 a 30 por cada 100.000 abortos, mientras que en África cayó de la pasmosa cifra de 680 muertes por cada 100.000 abortos a 460 muertes (520 muertes en África Subsahariana)²⁶⁵.

370. En el Programa de Acción se reconoció que los abortos realizados en condiciones no adecuadas eran un importante problema de salud pública y que los gobiernos tenían la responsabilidad de ofrecer cuidados y asesoramiento posaborto. En 1995, la OMS elaboró recomendaciones técnicas para mejorar la calidad de los servicios relacionados con el aborto en los lugares donde el procedimiento fuera legal y la atención urgente de mujeres que sufrieron complicaciones después de un aborto; esta última revestía especial importancia en los países donde el aborto no era legal²⁶⁷. En 1999, a propósito del examen quinquenal del Programa de Acción, la OMS inició una serie de consultas que dieron como resultado la publicación del folleto *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, guía que fue aprobada en julio de 2003 y publicada en los idiomas oficiales de la OMS y otros muchos idiomas no oficiales. Varios organismos atribuyen el descenso reciente de las defunciones relacionadas con el aborto a un mayor uso de las directrices que figuran en esa publicación.

371. Los Estados deben adoptar medidas concretas para reducir urgentemente las complicaciones y las muertes relacionadas con el aborto mediante un mayor acceso de todas las mujeres que sufren de complicaciones del aborto inseguro a una atención posaborto no discriminatoria, y velar por que todos los proveedores tomen las medidas indicadas en la publicación de la OMS *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* para ofrecer una atención de calidad y eliminar los obstáculos jurídicos a los servicios. Los Estados deben eliminar los obstáculos jurídicos que impiden a las mujeres y las niñas acceder a un aborto sin riesgos, incluso revisando las restricciones existentes en las leyes sobre el aborto vigentes, a fin de salvaguardar la vida de las mujeres y las niñas y, en los lugares donde el aborto es permitido por ley, asegurarse de que todas las mujeres tengan fácil acceso a servicios de aborto de buena calidad y en condiciones seguras.

372. Según reveló la encuesta mundial, solo el 50% de los países se habían ocupado de la cuestión de garantizar el acceso a “un aborto sin riesgo dentro del marco legal” durante los últimos cinco años. Sin embargo, un mayor porcentaje de países (65%) había abordado la cuestión de “prevenir y manejar las consecuencias de los abortos inseguros”. El porcentaje de gobiernos que se ocupaba de esta cuestión era inversamente proporcional a la riqueza de los países. Es decir, que mientras un 69% de los países de ingresos más bajos se ocupaban de esa cuestión con políticas,

²⁶⁶ Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª edición (Ginebra, 2012).

²⁶⁷ P. F. A. Van Look y J. Cottingham, “The World Health Organization’s safe abortion guidance document”, *American Journal of Public Health*, vol. 103, núm. 4 (abril de 2013), págs. 593 a 596.

asignaciones presupuestarias y medidas concretas, solo un 29% de los países más ricos hacía lo propio. Ello tal vez refleje la mayor prevalencia de abortos en condiciones de riesgo en los países de ingresos más bajos.

373. El acceso a servicios integrales de aborto sin riesgos y al tratamiento de las complicaciones del aborto varía mucho entre los países y regiones y dentro de ellos. En cuanto al tratamiento de las complicaciones del aborto, las pruebas basadas en datos del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal ponen de manifiesto que las mujeres residentes en zonas rurales tienen mucho menos acceso a dichos servicios en la mayoría de los países en desarrollo²⁶⁸.

374. Al agrupar a los países según la situación actual de su legislación sobre el aborto (más restrictiva, ligeramente menos restrictiva, menos restrictiva)²⁶⁹, el porcentaje de países que se ocupaba de la cuestión de “prevenir y manejar las consecuencias de los abortos inseguros” era más bajo (72%) entre los que tenían las leyes más restrictivas. De manera análoga, solo el 48% de los países que tenían las leyes más restrictivas abordaban la cuestión del acceso a “un aborto sin riesgo dentro del marco legal”.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 16

El aborto

Otras normas de derecho no vinculantes. A partir de 1994, las normas de derechos humanos han evolucionado para fortalecer y ampliar las obligaciones de los Estados con respecto al aborto. En una serie de observaciones finales, los órganos de vigilancia de la aplicación de los tratados han resaltado la interrelación que existe entre las leyes que restringen el aborto, la mortalidad materna y el aborto en condiciones inseguras²⁷⁰, han condenado la prohibición absoluta del aborto²⁷¹ y han instado a los Estados a eliminar las medidas punitivas previstas para las mujeres y niñas que abortan y para las personas que prestan servicios de aborto²⁷². Además,

²⁶⁸ Análisis basado en datos del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI) (<http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm>).

²⁶⁹ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Abortion Policies 2013*, en www.unpopulation.org.

²⁷⁰ Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité del sexto informe periódico del Paraguay (CEDAW/C/PRY/CO/6, párr. 31 a)) y del cuarto informe periódico de Chile (CEDAW/C/CHI/CO/4, párr. 20); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos segundo, tercero y cuarto combinados de Filipinas (E/C.12/PHL/CO/4, párr. 31); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del tercer informe periódico de Zambia (CCPR/C/ZMB/CO/3, párr. 18).

²⁷¹ Observaciones finales del Comité contra la Tortura formuladas tras el examen por el Comité del informe inicial de Nicaragua (CAT/C/NIC/CO/1, párr. 16); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del sexto informe periódico de El Salvador (CCPR/C/SLV/CO/6, párr. 10); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del tercer informe periódico de Chile (E/C.12/1/Add.105, párrs. 26 y 53).

²⁷² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 relativa al artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de

los órganos de vigilancia de la aplicación de los tratados han puesto de relieve que, como mínimo, el Estado debe despenalizar el aborto y asegurar el acceso al aborto cuando el embarazo ponga en peligro la salud o la vida de la mujer, en casos de anomalía fetal grave y cuando el embarazo haya sido resultado de la violación o el incesto²⁷³. No obstante, el Comité de Derechos Humanos observó que esas excepciones podrían no ser suficientes para garantizar los derechos humanos de la mujer, y que, cuando la ley lo permitiera, debían establecerse servicios de aborto y estos debían ser accesibles, aceptables y de buena calidad²⁷⁴. Los órganos creados en virtud de tratados han resaltado que, independientemente de la situación jurídica de cada país, los Estados deben velar por que se preste atención posaborto adecuada y con carácter confidencial²⁷⁵.

El aborto en las mujeres jóvenes

375. En 2008, el 41% (8,7 millones) de todos los abortos realizados en condiciones de riesgo correspondía a mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad de países en desarrollo; de esa cifra, 3,2 millones de abortos inseguros correspondían a jóvenes de entre 15 y 19 años²⁷⁶. Las adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones tras abortos realizados en condiciones de riesgo, y las mujeres menores de 25 años representan casi la mitad de todas las muertes relacionadas con el aborto²⁵⁷. Hay indicios de que las adolescentes tienden a demorarse más en buscar cómo abortar y que, incluso en los países donde el aborto es legal, recurren al aborto en condiciones inseguras por temor y por la falta de conocimientos y la escasez de recursos económicos²⁷⁵.

Discriminación contra la Mujer sobre la mujer y la salud, aprobada por el Comité en su 20º período de sesiones (véase A/54/38/Rev.1, primera parte, cap. I, secc. A); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del cuarto informe periódico de Costa Rica (CCPR/C/79/Add.107, párr. 11); observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del cuarto informe periódico de Nicaragua (CRC/C/NIC/CO/4, párr. 59 b)).

²⁷³ Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del informe inicial del Chad (CRC/C/15/Add.107, párr. 30), el tercer informe periódico de Chile (CRC/C/CHL/CO/3, párr. 56) y el cuarto informe periódico de Costa Rica (CRC/C/CRI/CO/4, párr. 64 c)); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del tercer informe periódico de Guatemala (CCPR/C/GTM/CO/3, párr. 20); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del tercer informe periódico de la República Dominicana (E/C.12/DOM/CO/3, párr. 29) y el tercer informe periódico de Chile (E/C.12/1/Add.105, párr. 53).

²⁷⁴ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del quinto informe periódico de Polonia (CCPR/CO/82/POL, párr. 8).

²⁷⁵ Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico de Eslovaquia (E/C.12/SVK/CO/2, párr. 24); observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité del cuarto informe periódico de Chile (CEDAW/C/CHI/CO/4, párr. 20).

²⁷⁶ I. Shah y E. Ahman, "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women", *Reproductive Health Matters*, vol. 20, núm. 39 (2012), págs.169 a 173.

Estudio de casos – Estrategias de planificación familiar eficaces que redundan en tasas de abortos muy bajas

Países Bajos

Los Países Bajos constituyen un ejemplo excelente de un país donde la aplicación de un enfoque pragmático e integral de la planificación familiar, especialmente con respecto a los jóvenes, ha redundado en una de las tasas de abortos más bajas del mundo. Para finales de los años sesenta, los médicos de familia de los Países Bajos ofrecían servicios de planificación de la familia. En 1971, la planificación familiar quedó incluida en el sistema nacional público de seguros médicos, que proporciona anticonceptivos a título gratuito. La educación sexual es universal e integral y se basa en indicadores comunes de las Naciones Unidas. El nivel de empoderamiento de las mujeres neerlandesas está entre los más elevados del mundo²⁷⁷. La tasa de uso de anticonceptivos por los jóvenes sexualmente activos es una de las más elevadas entre cualquier población joven y, como consecuencia de ello, la tasa de abortos en los Países Bajos oscila entre 5 y 9 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años, una de las más bajas del mundo. En los Países Bajos, el aborto es legal, seguro, de acceso fácil y muy poco frecuente²⁷⁸.

376. En el Programa de Acción los gobiernos se comprometieron a asignar la máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y, por tanto, a “hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto”. Un examen más detenido de las políticas y prácticas de los países con un número reducido de abortos como los Países Bajos puede arrojar enseñanzas valiosas sobre cómo reducir los embarazos no deseados en otros países.

5. Mortalidad materna

377. Entre todos los indicadores de salud sexual y reproductiva, los mayores avances desde 1994 se han conseguido en la razón de mortalidad materna. En 1994, más de medio millón de mujeres morían cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto que en su mayoría eran prevenibles; para 2010, la razón de mortalidad materna se había reducido en un 47%, de 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 210²⁷⁹.

378. No obstante, se estima que en todo el mundo aún mueren cada día 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, y las diferencias entre las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo siguen siendo marcadas. En 2010, el 99% de todas las muertes maternas a nivel mundial correspondía a los países en desarrollo²⁷⁸. El riesgo de muerte por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer muera por esas causas) es de apenas 1 en 3.800 mujeres en el mundo desarrollado, mientras que ese riesgo es de 1 en 150 en las regiones en desarrollo y de 1 en 39 en África

²⁷⁷ *The World's Women 2010: Trends and Statistics* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.10.XVII.11).

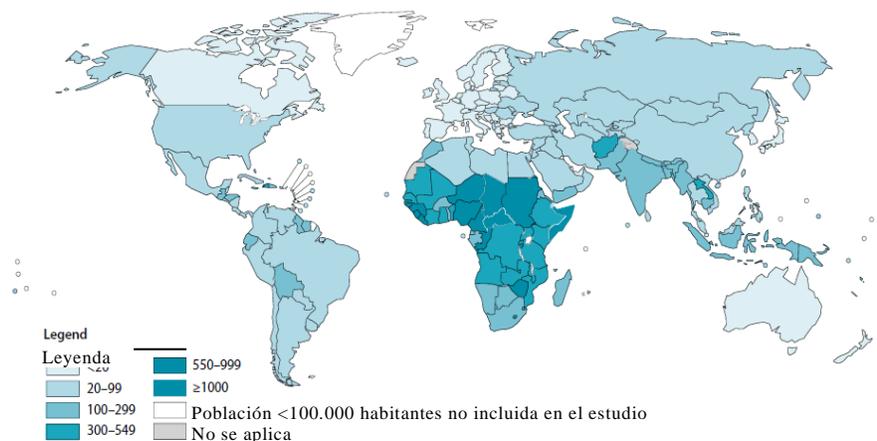
²⁷⁸ *Sexual and Reproductive Health: The Netherlands in International Perspective* (2009), en www.rutgerswpf.org/sites/default/files/Sexual-and-reproductive-health.pdf.

²⁷⁹ OMS y cols., *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010 – WHO, UNICEF and the World Bank Estimates* (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2012).

Subsahariana²⁷⁸. Aunque a nivel mundial todavía no se ha llegado a cumplir la meta A del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de “reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna”, 10 países la habían alcanzado en 2010 y otros 9 se encontraban en vías de cumplirla para 2015²⁸⁰. En cambio, 26 países han experimentado un aumento de la mortalidad materna desde 1990, en gran parte debido a las muertes relacionadas con el VIH, y en África Subsahariana, el VIH y las causas asociadas a la maternidad son actualmente las dos causas predominantes de muerte prematura de las mujeres²⁷⁸.

Gráfico 31
Razón de mortalidad materna, por país, 2010

(Número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates* (Ginebra, OMS, 2012).

Nota: En 2010, 40 países tenían una elevada razón de mortalidad materna. De esos países, solamente el Chad y Somalia tenían una razón extremadamente alta, de 1.100 y 1.000, respectivamente. Los otros ocho países con la razón de mortalidad materna más elevada eran: República Centroafricana (890), Sierra Leona (890), Burundi (800), Guinea-Bissau (790), Liberia (770), Sudán (730), Camerún (690), y Nigeria (630). Aunque la razón de mortalidad materna era elevada en la mayoría de los países de África Subsahariana, en Mauricio (60), Santo Tomé y Príncipe (70) y Cabo Verde (79) era baja, mientras que en Botswana (160), Djibouti (200), Namibia (200), el Gabón (230), Guinea Ecuatorial (240), Eritrea (240) y Madagascar (240) era moderada. Solo cuatro países de fuera de la región del África Subsahariana tenían una razón de mortalidad materna elevada: República Democrática Popular Lao (470), Afganistán (460), Haití (350), y Timor-Leste (300).

379. Los países con razones de mortalidad materna inaceptablemente elevadas siguen estando concentrados en las regiones en desarrollo, principalmente en África Subsahariana, donde numerosos factores, como la pobreza y los sistemas de salud precarios, perpetúan las tasas más altas de mortalidad materna²⁷⁸.

380. La hemorragia posparto, la sepsis puerperal, el parto obstruido, las complicaciones causadas por abortos inseguros y la hipertensión arterial se encuentran

²⁸⁰ Bangladesh, Camboya, China, Egipto, Eritrea, Guinea Ecuatorial, Nepal, República Democrática Popular Lao y Viet Nam. OMS, *Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción – Primer informe del Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño* (Ginebra, 2012).

entre las principales causas, todas prevenibles, de las muertes maternas²⁸¹. A nivel nacional existen muchas desigualdades económicas y geográficas en el acceso de las mujeres a una atención obstétrica de emergencia para el tratamiento de esos problemas de salud, lo que apunta a una cobertura insuficiente de proveedores cualificados y servicios de salud de calidad para muchas mujeres pobres, especialmente en las zonas rurales o remotas.

381. Los logros obtenidos en la supervivencia materna en los últimos 20 años pueden atribuirse en parte a los adelantos en los cuidados prenatales, la atención del parto por personal cualificado, la atención obstétrica de emergencia y la planificación familiar en determinados sectores de la sociedad; sin embargo, la mayoría de los países en desarrollo no están en vías de alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (mejorar la salud materna) y sus metas de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, y en ninguna región la brecha es tan pronunciada como en África Subsahariana²⁸².

382. Los Estados deben eliminar la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles con la mayor urgencia posible fortaleciendo los sistemas de salud y asegurando así el acceso universal de todas las mujeres, incluidas las que viven en zonas rurales y distantes, a servicios de calidad en la atención prenatal, la atención del parto por personal cualificado, la atención obstétrica de emergencia y la atención posnatal.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 17

Mortalidad materna

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos ha aprobado múltiples resoluciones en las que declara que la mortalidad materna vulnera los derechos humanos, incluida la resolución 18/2, relativa a la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y los derechos humanos (2011), en la que el Consejo reconoció que “un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad se sustenta[ba], entre otros, en los principios de la rendición de cuentas, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la no discriminación y la cooperación internacional” y alentó a los Estados y a las demás partes interesadas, incluidas las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones no gubernamentales, a que adoptaran “medidas a todos los niveles para abordar las causas profundas e interrelacionadas de la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, como la pobreza, la malnutrición, las prácticas nocivas, la falta de servicios de atención de la salud accesibles y adecuados, y de información y educación, y la desigualdad entre los géneros, prestando particular atención a la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas”.

²⁸¹ C. Patton y cols., “Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data”, *The Lancet*, vol. 374, núm. 9693 (2009), págs. 881 a 892.

²⁸² Ahman y Shah, “New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality” (véase la nota 263); Organización Mundial de la Salud y cols., *Trends in Maternal Mortality* (véase la nota 278).

a) **Morbilidad materna y cánceres del sistema reproductor**

383. Se estima que, por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, otras 20 sufren enfermedades asociadas a la maternidad²⁸³, incluidas las complicaciones graves y las afecciones de larga duración. Las causas subyacentes de la morbilidad materna son las mismas que las de la mortalidad materna²⁸⁴, entre ellas la pobreza y la falta de atención por personal cualificado. La mayoría de esas enfermedades, como la fístula obstétrica, son totalmente prevenibles si se dispone de asistencia cualificada durante el parto y de atención obstétrica de emergencia como medio de apoyo.

384. La fístula obstétrica representa la incapacidad de la comunidad mundial para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas y lograr la igualdad en la distribución de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y en el acceso a ellos. Se estima que hay entre 2 y 3,5 millones de mujeres afectadas por la fístula obstétrica en el mundo en desarrollo, sobre todo en África Subsahariana y Asia, donde se produce el mayor número de partos de adolescentes y el acceso a la atención obstétrica de emergencia es escaso, y a esas cifras se agregan cada año entre 50.000 y 100.000 nuevos casos. La fístula obstétrica, lesión que casi se ha eliminado en el mundo desarrollado, sigue afectando a las más pobres entre los pobres: las mujeres y las niñas que viven en algunas de las regiones del mundo donde más escasean los recursos²⁸⁵. **Los Estados deben aplicar medidas para asegurar la eliminación de la fístula obstétrica estableciendo la prestación de servicios de atención de la salud materna de alta calidad para todas las mujeres y la rehabilitación y reintegración de las supervivientes de fístula obstétrica en sus comunidades.**

385. **La morbilidad materna debe utilizarse como un indicador de la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y la realización progresiva del derecho de las mujeres a la salud.**

386. En el Programa de Acción se incluían compromisos sobre la lucha contra la infertilidad y el cáncer del sistema reproductor. La infertilidad es una fuente de angustia personal para muchas mujeres y parejas, pero también, en muchas partes del mundo, la incapacidad de quedar embarazada es una causa de exclusión social de la mujer e incluso de divorcio. En el Programa de Acción se instó a la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, una de las principales causas de infertilidad secundaria, así como al tratamiento de la infertilidad, según resultara viable. En todo el mundo, alrededor del 2% de las mujeres no logra concebir (infertilidad primaria) y casi el 11% de ellas no logra concebir después de haber tenido al menos un hijo (infertilidad secundaria). En los países de bajos ingresos, la infertilidad suele ser causada por infecciones de transmisión sexual y

²⁸³ UNFPA, “Surviving childbirth but enduring chronic ill health”, en www.unfpa.org/publi/mothers/pid/4388.

²⁸⁴ Véase www.who.int/topics/maternal_health/en/, consultado el 22 de abril de 2013.

²⁸⁵ L. Wall y cols., “The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world”, *Obstetrics and Gynecological Survey*, vol. 60, núm. 7 (2005), págs. S1 a S51; S. Bernstein y C. Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, (Nueva York, Millennium Project, 2006); Campaign to end fistula (www.endfistula.org); B. Osotimehin, “Obstetric fistula: ending the health and human rights tragedy”, *The Lancet*, vol. 381, núm. 9879 (18 de mayo de 2013), págs. 1702 y 1703.

complicaciones derivadas de abortos en condiciones de riesgo²⁸⁶. La infertilidad es más elevada en algunos países de Asia Meridional (hasta un 28%) y África Subsahariana (hasta un 30%), pero la infertilidad primaria ha disminuido en Asia Meridional, y los dos tipos de infertilidad han disminuido en África Subsahariana. Debido al crecimiento de la población, el número de parejas afectadas por la infertilidad en el mundo ascendió de 42 millones en 1990 a 48,5 millones en 2010²⁸⁷.

387. Cada año, más de medio millón de mujeres desarrolla el cáncer de cuello uterino, el segundo cáncer más común entre las mujeres de entre 15 y 44 años de todo el mundo. Más de 275.000 mujeres mueren de esa enfermedad cada año, la gran mayoría (242.000) en las regiones en desarrollo, especialmente en África Subsahariana. Si bien la encuesta mundial se llevó a cabo antes de que se reconocieran de manera generalizada los efectos de la vacuna contra el virus del papiloma humano, y por consiguiente no incluyó preguntas sobre este tema, ese adelanto tecnológico ofrece grandes esperanzas en la lucha contra el cáncer de cuello uterino²⁸⁸.

388. El cáncer de mama era, y sigue siendo, el cáncer más común entre las mujeres de los países de altos ingresos, y actualmente afecta a 70 de cada 100.000 mujeres. En los países de bajos ingresos la incidencia disminuye a menos de la mitad, pero debido a la falta de acceso al diagnóstico y tratamiento, la mortalidad en el mundo en desarrollo es similar a la de los países desarrollados²⁸⁵.

389. Los Estados deben reconocer y hacer frente a la creciente carga de los cánceres del sistema reproductor asociada al aumento de la esperanza de vida, especialmente el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino, realizando inversiones para su detección rutinaria en el nivel de atención primaria y la remisión de la mujer a profesionales cualificados en los niveles superiores de atención de la salud.

b) Atención prenatal

390. El porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal al menos una vez durante el embarazo aumentó en todo el mundo de un 63% en 1990 a un 80% en 2010, una mejora general de un 30% aproximadamente. Pero esos logros enmascaran diferencias entre las regiones: en 2010, en África Meridional se había alcanzado una tasa de cobertura en los cuidados prenatales del 94%, mientras que en África Occidental solo un 67% de las mujeres habían sido atendidas al menos una vez durante el embarazo. En América Latina, casi todas las mujeres recibieron atención prenatal durante el embarazo al menos una vez (96%) y el 88% de ellas habían sido atendidas al menos cuatro veces²⁸⁹.

²⁸⁶ OMS, *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana* (Ginebra, 2009).

²⁸⁷ M. N. Mascarenhas y cols., "National, regional and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys", *PLoS Medicine*, vol. 9, núm. 12 (2012).

²⁸⁸ WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, *Human Papillomavirus and Related Cancers in World: Summary Report 2010*, actualizado el 15 de noviembre de 2010, en www.hpvcentre.net/; y Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (www.iarc.fr).

²⁸⁹ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, *Eliminación de las desigualdades en salud: cada mujer y cada niña/niño cuentan* (Ginebra, Federación Internacional de Sociedades de la

391. Según la encuesta mundial, el 88% de los países había abordado el tema del “aumento del acceso a la atención prenatal” en los últimos cinco años. Como promedio, los países que se ocupaban de esa cuestión tenían tasas de mortalidad materna superiores a las de los países que no informaron de que lo hacían, lo que sugiere que los gobiernos de países con tasas de mortalidad materna más altas estaban prestando una atención especial a la cuestión en el momento de la encuesta. Además, cabe asociar una mayor atención del gobierno a un descenso más pronunciado de las tasas de mortalidad materna; esta situación es más evidente en los países de bajos ingresos.

392. Pese a que una elevada proporción de países informó de que se ocupaban de la atención prenatal, era reducido el porcentaje de países que en los últimos cinco años habían adoptado políticas y medidas y habían asignado partidas presupuestarias para suministrar “una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas” (71%), y menor aún el porcentaje de países que notificaron que se ocupaban de “proporcionar protección social y asistencia médica a las embarazadas adolescentes” (65%).

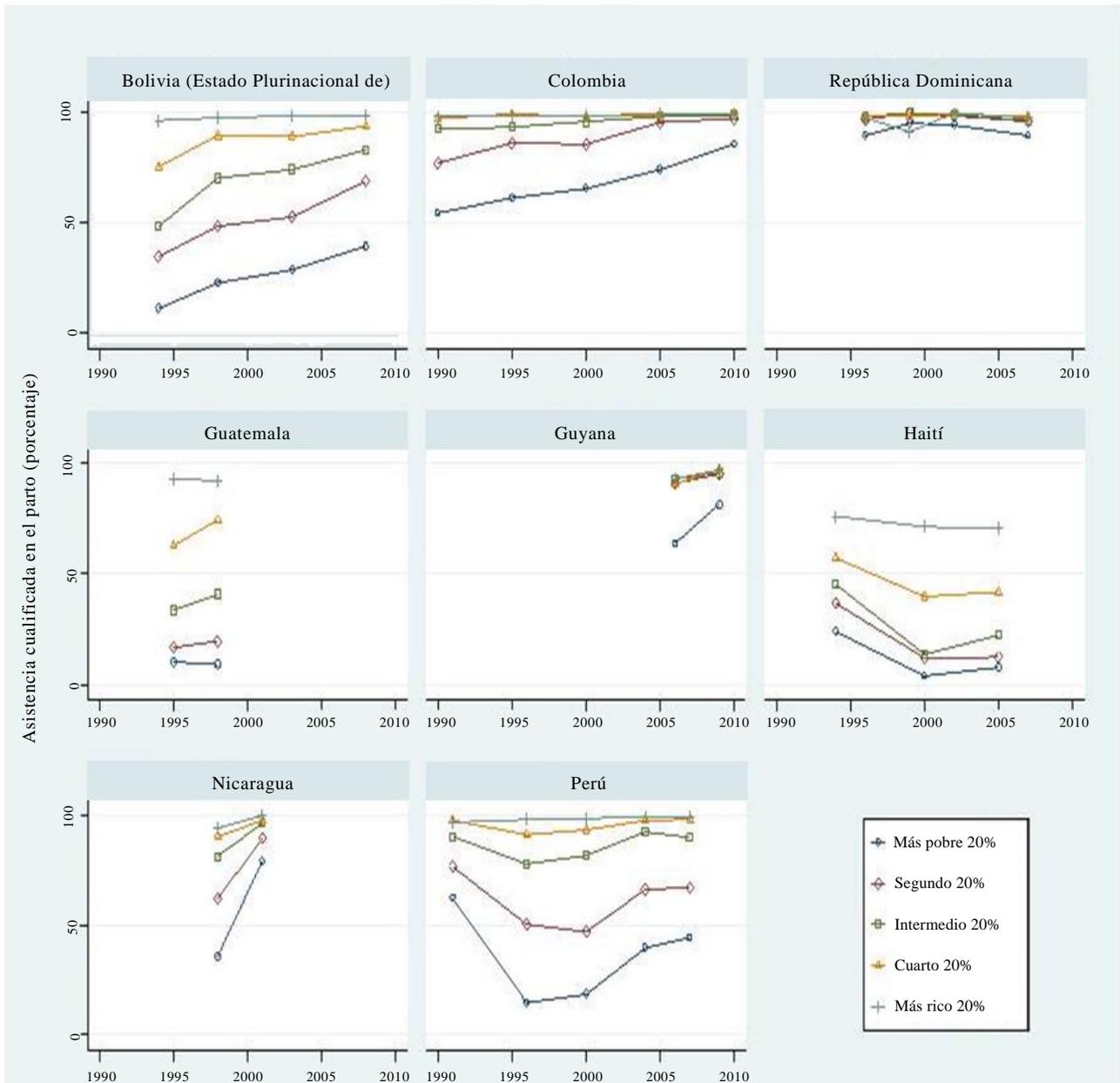
c) Asistencia cualificada en el parto

393. El porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado en los países en desarrollo aumentó de un 56% en 1990 a un 67% en 2011. Pese a las tendencias positivas, el acceso a una buena atención de la salud materna sigue siendo muy desigual entre las distintas regiones y, dentro de los países, entre las mujeres pobres y las más ricas. Existe una correlación entre la probabilidad de contar con asistencia cualificada en el parto y la riqueza, como queda demostrado cuando los progresos diferenciados que se han registrado en los países se clasifican por quintil de riqueza de los hogares (véanse los gráficos 32 a 35).

394. La comparación hecha entre los gráficos 32 a 35 y los gráficos 23 a 26 revela que la distribución de la tasa de uso de anticonceptivos por quintil de riqueza de los hogares es más equitativa que la distribución de la asistencia cualificada en el parto, que tiene una mayor cobertura entre los pobres. De hecho, desde el punto de vista operacional, para los sistemas de salud deficientes resulta mucho más fácil ofrecer medios anticonceptivos que asistencia cualificada en el parto, pues la distribución de píldoras o preservativos no depende de que haya profesionales de la salud cualificados para atender con urgencia a una mujer que necesite sus cuidados, sino que puede realizarse de forma pasiva, adelantándose a las necesidades. Las disparidades en la prestación de asistencia cualificada resaltan la capacidad limitada de muchos sistemas de salud para brindar a las mujeres pobres una atención básica de la salud sexual y reproductiva.

Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2011); *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.12.I.4).

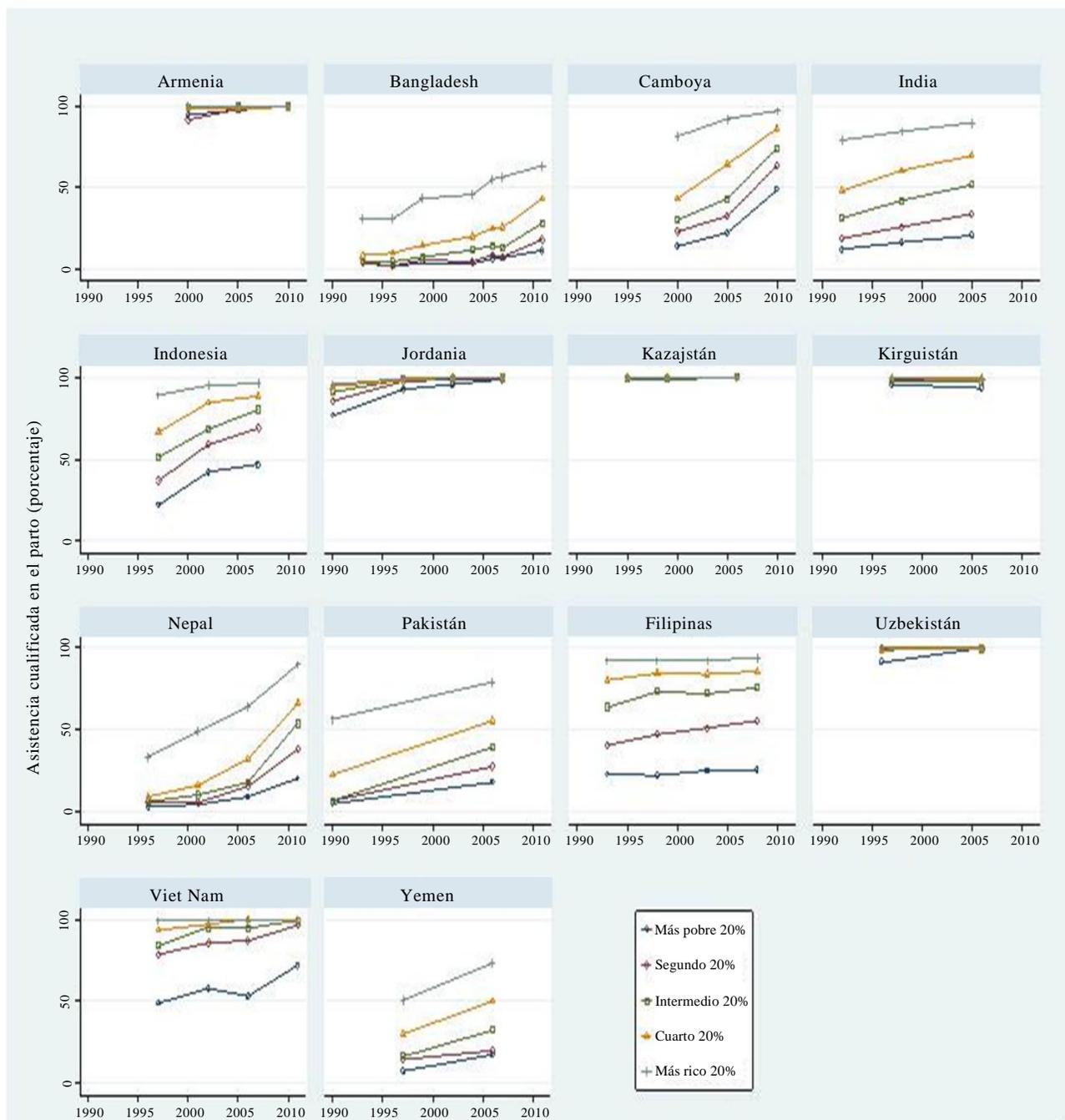
Gráfico 32
Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en América, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia, en www.measuredhs.com (consultado el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultado el 15 de junio de 2013).

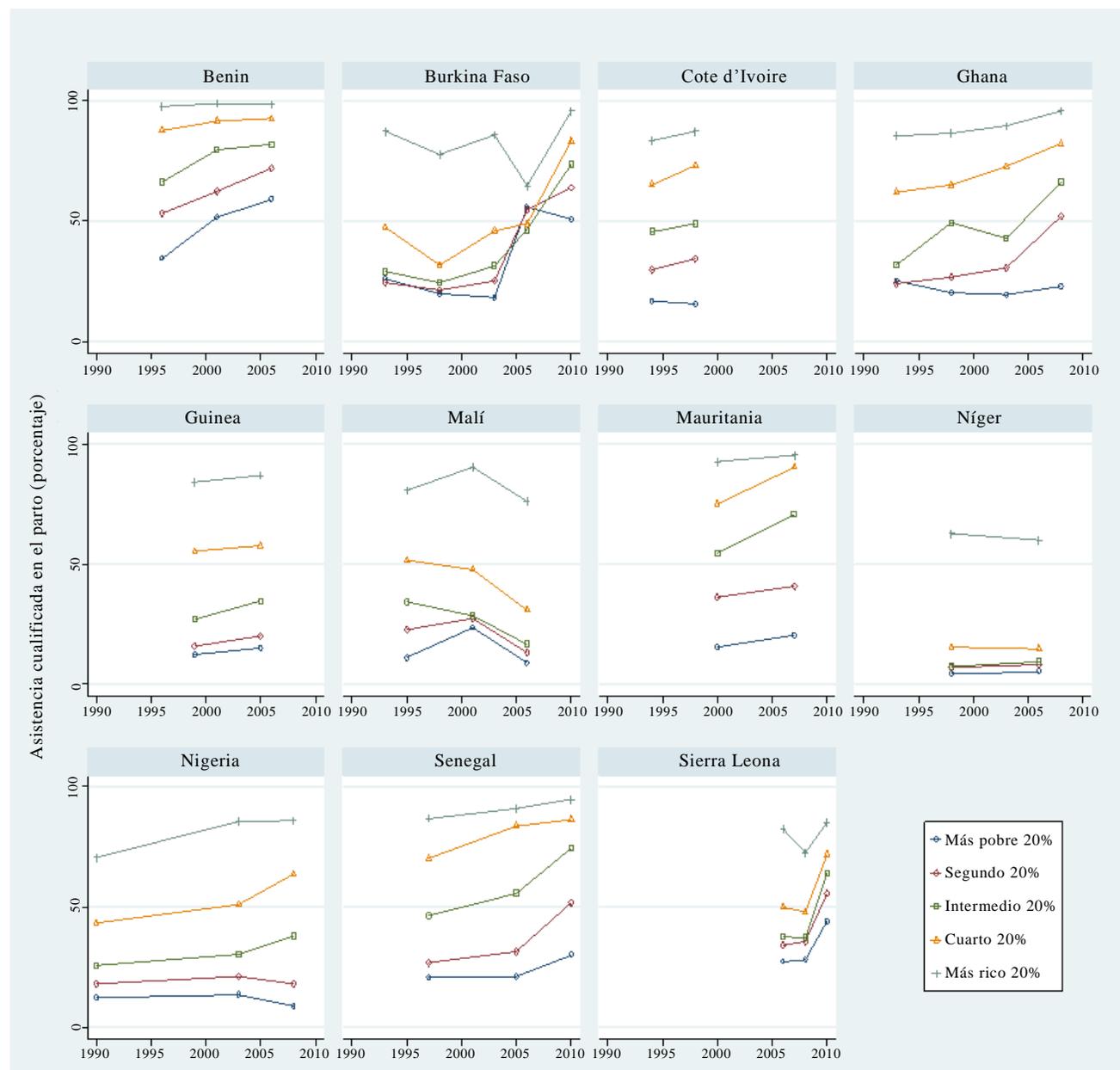
Gráfico 33

Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en Asia, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia, en www.measuredhs.com (consultado el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultado el 15 de junio de 2013).

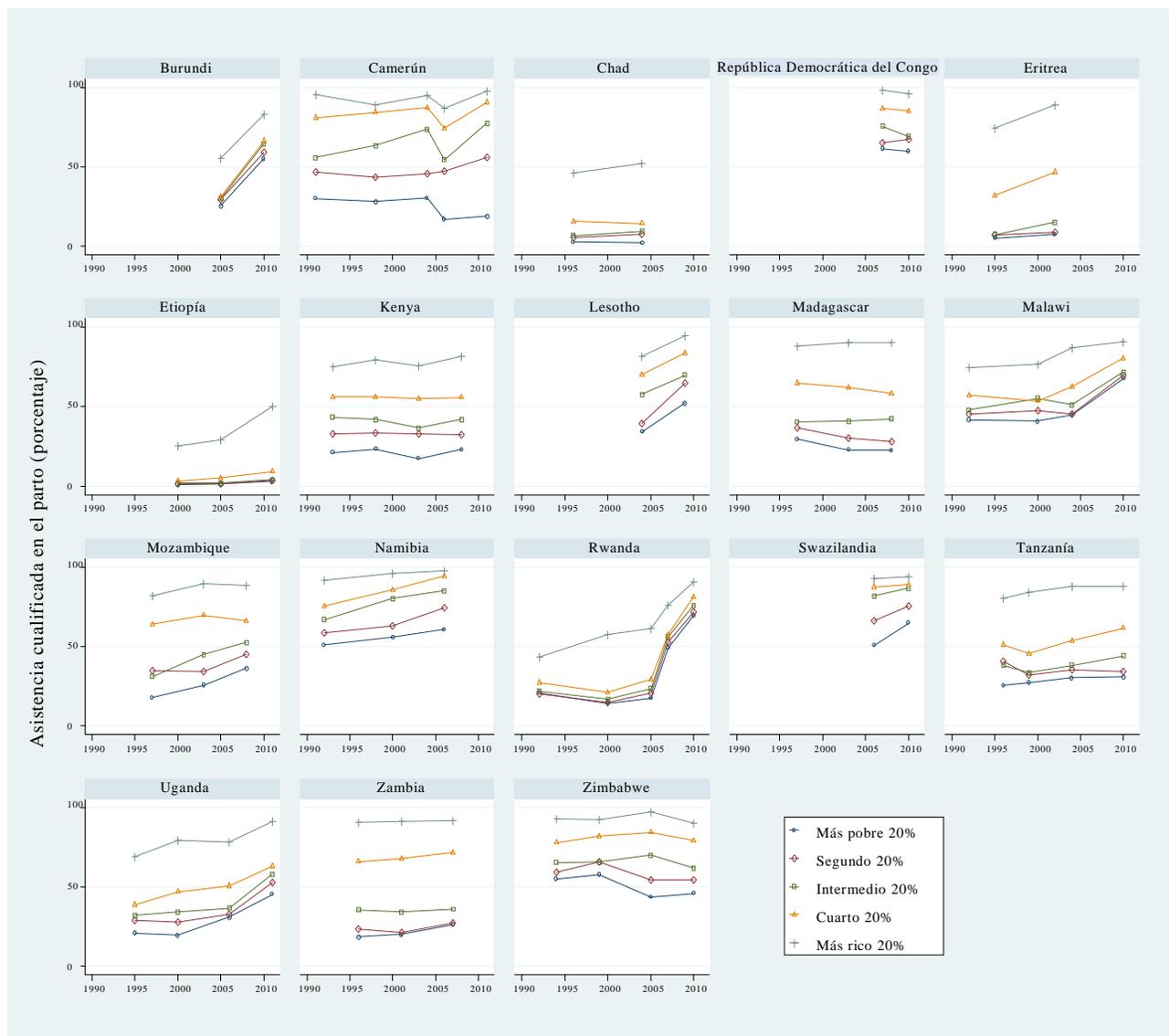
Gráfico 34
Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en África del Norte y África Occidental, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia, en www.measuredhs.com (consultado el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultado el 15 de junio de 2013).

Gráfico 35

Tendencias en la atención del parto por personal cualificado en África Oriental, Central y Meridional, por quintil de riqueza de los hogares



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, todos los países con datos disponibles para al menos dos momentos de referencia, en www.measuredhs.com (consultado el 15 de junio de 2013); encuestas a base de indicadores múltiples, en www.unicef.org/statistics/index_24302.html (consultado el 15 de junio de 2013).

395. El acceso de las mujeres de las zonas urbanas y rurales también es notablemente desigual, pues las que viven en zonas rurales tienen muchas menos probabilidades de contar con un asistente cualificado en el parto que las mujeres de las zonas urbanas. Ello se debe en parte a la gran escasez de trabajadores de la salud en los 58 países en los que ocurre el 91% de las muertes maternas. En conjunto, se

han observado pocos progresos en la disponibilidad de asistencia cualificada durante el parto en África Subsahariana como región²⁹⁰.

396. La disponibilidad y accesibilidad de la atención cualificada del parto proporcionada por personal de salud debidamente capacitado garantiza que todas las mujeres tengan un parto normal y en condiciones seguras, lo que reduce significativamente los riesgos de complicaciones en el parto y, por tanto, la necesidad de atención obstétrica de emergencia. Por esa razón, la presencia de personal cualificado en el parto no solo es eficaz en función de los costos, también es un valioso indicador de la madurez y el perfeccionamiento de un sistema de salud, pues indica que es accesible y capaz de responder a las necesidades de todos, especialmente de los pobres.

d) Atención obstétrica de emergencia

397. Incluso aunque hay un profesional de la salud presente en el momento del nacimiento, pueden surgir complicaciones del parto en aproximadamente el 15% de todos los embarazos; en la mayoría de los casos, esas complicaciones pueden resolverse si se dispone de atención obstétrica de emergencia de calidad y de fácil acceso para todas las mujeres²⁹¹. Sin embargo, en 2010, alrededor de 287.000 mujeres murieron por complicaciones del parto²⁹², y millones más sufren enfermedades crónicas derivadas de ellas, lo que demuestra la falta de acceso equitativo a la atención obstétrica de emergencia²⁹³.

398. Las cinco principales causas de mortalidad materna —la hemorragia posparto, la sepsis puerperal, el aborto en condiciones inseguras, la hipertensión y el parto obstruido— pueden ser tratadas por personal bien capacitado que disponga de equipos adecuados y pueda proporcionar los cuidados obstétricos de emergencia necesarios²⁹². La atención obstétrica de emergencia básica incluye la capacidad de administrar antibióticos parenterales, fármacos uterotónicos y anticonvulsivos parenterales para la preeclampsia y la eclampsia, extraer la placenta y restos placentarios y realizar el parto vaginal instrumentado y la reanimación neonatal básica. Los servicios integrales de atención obstétrica de emergencia también incluyen las competencias quirúrgicas para realizar cesáreas y transfusiones de sangre. Se recomienda que por cada 500.000 habitantes haya al menos cinco establecimientos que ofrezcan atención obstétrica de emergencia básica y que al menos uno de ellos ofrezca atención de nivel integral²⁹⁴.

399. Desde 1994 la atención obstétrica de emergencia se ha convertido en un componente clave de las iniciativas mundiales para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, en los países en desarrollo la cobertura de los servicios de atención obstétrica de emergencia sigue siendo deficitaria, pues en los países que tienen niveles altos y moderados de mortalidad materna es insuficiente el número de

²⁹⁰ UNFPA, *El estado de las parteras en el mundo, 2011: Cuidar la salud, salvar vidas* (Nueva York, 2011).

²⁹¹ Véase UNFPA, “Atención obstétrica de emergencia – Lista de verificación para planificadores”, en www.unfpa.org/sv.

²⁹² Millennium Development Goals and Beyond. Fact sheet on target 5.A (www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml).

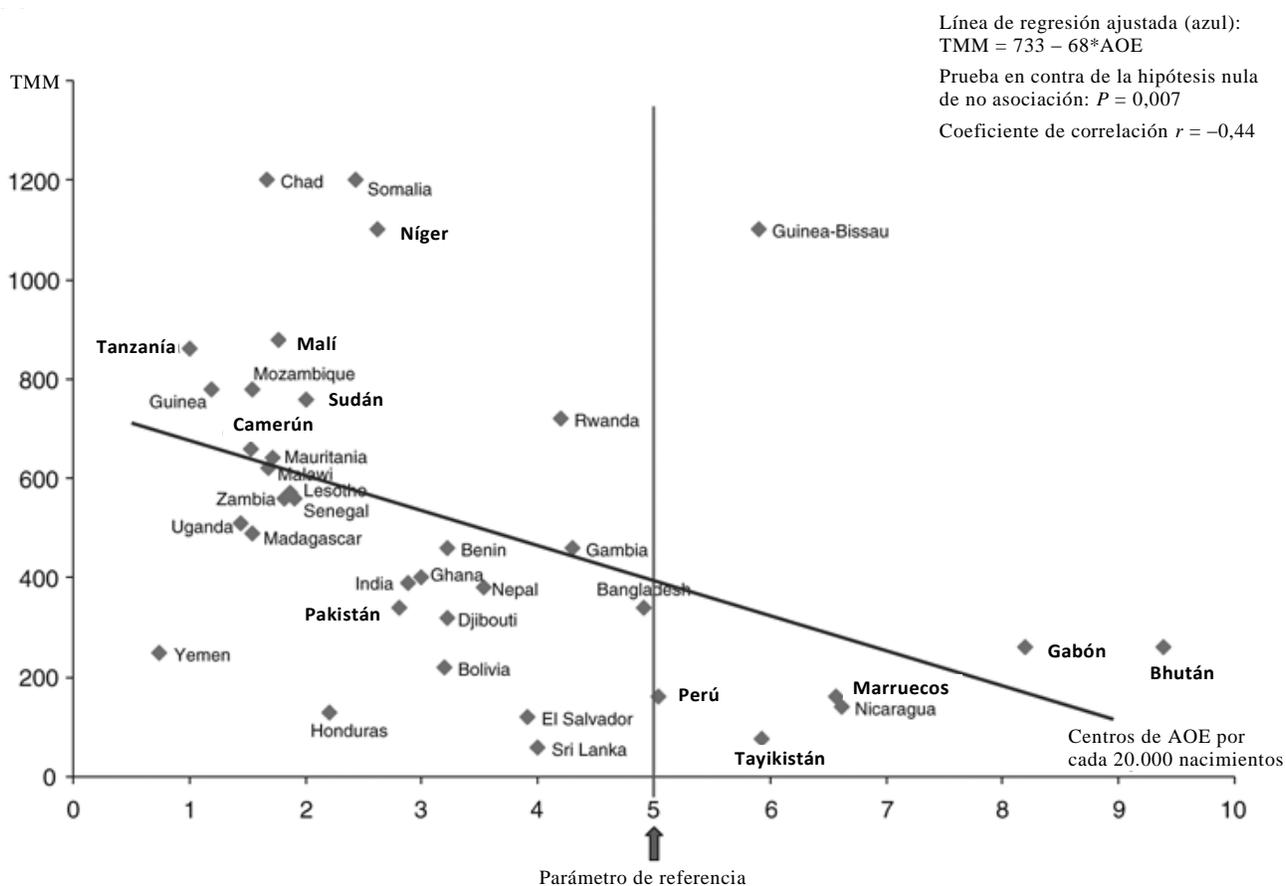
²⁹³ UNFPA, “Setting standards for emergency obstetric and newborn care” (véase www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4385, consultado el 12 de diciembre de 2013).

²⁹⁴ OMS y cols., *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009).

instalaciones que ofrecen servicios básicos de atención obstétrica de emergencia. Además, la mayoría de los establecimientos que ofrecen atención materna no pueden prestar todos los servicios que permitirían clasificarlos como centros de atención obstétrica de emergencia.

Gráfico 36

Asociación entre la cantidad de centros que ofrecen atención obstétrica de emergencia por cada 20.000 nacimientos y la mortalidad materna



Fuente: S. Gabrysch, P. Zanger y O. M. R. Campbell, "Emergency contraceptive care availability: a critical assessment of the current indicator", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 17, núm. 1 (enero de 2012), págs. 2 a 8.

Nota: El gráfico fue elaborado por los autores a partir de los datos de *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010 – WHO, UNICEF and the World Bank Estimates* (Ginebra, OMS, 2012) y de las tasas de mortalidad materna que figuran en esa publicación; las estimaciones sobre los centros de atención obstétrica de emergencia se elaboraron a partir de UNICEF, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* y de A. Paxton y cols., "Global patterns in availability of emergency obstetric care", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 93 (2006), utilizando las tasas brutas de natalidad nacionales de UNdata (<http://data.un.org>). El parámetro de referencia —cinco centros de atención obstétrica de emergencia por cada 20.000 nacimientos— está representado por la línea vertical.

Abreviaturas: TMM = tasa de mortalidad materna; AOE = atención obstétrica de emergencia.

400. En el gráfico 36 que antecede se resalta la interrelación entre la mortalidad materna y la cantidad de establecimientos que ofrecen atención obstétrica de emergencia, medida por cada 20.000 nacimientos. Los autores del análisis defienden el valor de esta medida de la disponibilidad de centros de atención obstétrica de emergencia.

401. Si por un lado muchas mujeres no tienen acceso a la atención obstétrica de emergencia, las cesáreas que pueden ser médicamente innecesarias parecen consumir una parte desproporcionada de los recursos económicos globales y el número “excesivo” de cesáreas tiene importantes repercusiones negativas para la equidad en salud, tanto dentro de los países como entre ellos. Un estudio realizado por la OMS sobre el número de cesáreas realizadas en 137 países en los que había ocurrido alrededor del 95% de los nacimientos a nivel mundial en ese año determinó que en un total de 54 países se practicaban pocas cesáreas (tasas inferiores al 10% de los partos), mientras que en 69 países se recurría excesivamente a ellas (tasas superiores al 15%), y que el resto de los países quedaban en una posición intermedia. Según las estimaciones del estudio, en 2008 se habían dejado de practicar más de 3,1 millones de cesáreas necesarias, pero, al mismo tiempo, se habían realizado 6,2 millones de cesáreas innecesarias. El costo del “número excesivo” de cesáreas practicadas a nivel mundial se estimó en unos 2.300 millones de dólares en gastos de atención de la salud, mientras que el costo de las cesáreas “necesarias” a nivel mundial era de unos 432 millones de dólares²⁹⁵.

402. En los lugares donde existen centros de atención obstétrica de emergencia, los factores socioculturales, la accesibilidad geográfica y la asequibilidad de la atención y la calidad de los servicios continúan obstaculizando la atención obstétrica de emergencia²⁹². La distribución desigual de los centros de atención obstétrica de emergencia entre las zonas rurales y las urbanas exagera las desigualdades que sufren las mujeres de las zonas rurales, que son más propensas a dar a luz en el hogar y que, en caso de complicaciones, deben recorrer largas distancias por caminos en mal estado²⁹⁶. Los datos sobre el porcentaje de mujeres que en 2005 tuvieron acceso a los servicios de tratamiento de la hemorragia posparto ponen de manifiesto las diferencias en el acceso entre las mujeres de las zonas rurales y las de las zonas urbanas (véanse los gráficos 37 a 39) y la gran variabilidad de un país a otro²⁹⁷.

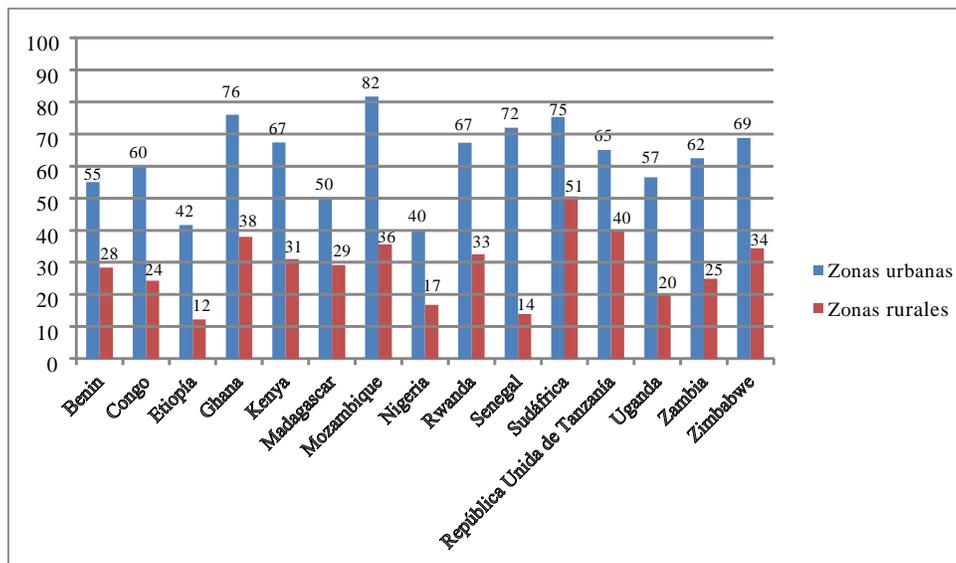
403. Esos obstáculos persistentes y las deficiencias de cobertura demuestran que se necesitan inversiones para hacer efectiva la atención de la salud reproductiva y salvar la vida de las mujeres en muchos países en desarrollo y llevar los cuidados especializados y obstétricos de emergencia a las mujeres que los necesitan.

²⁹⁵ L. Gibbons y cols., “The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage”, documento de antecedentes núm. 30 preparado para *Informe sobre la salud en el mundo* (Organización Mundial de la Salud, 2010).

²⁹⁶ UNFPA, “Urgent response: providing emergency obstetric and newborn care”, en www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-Urgent.pdf.

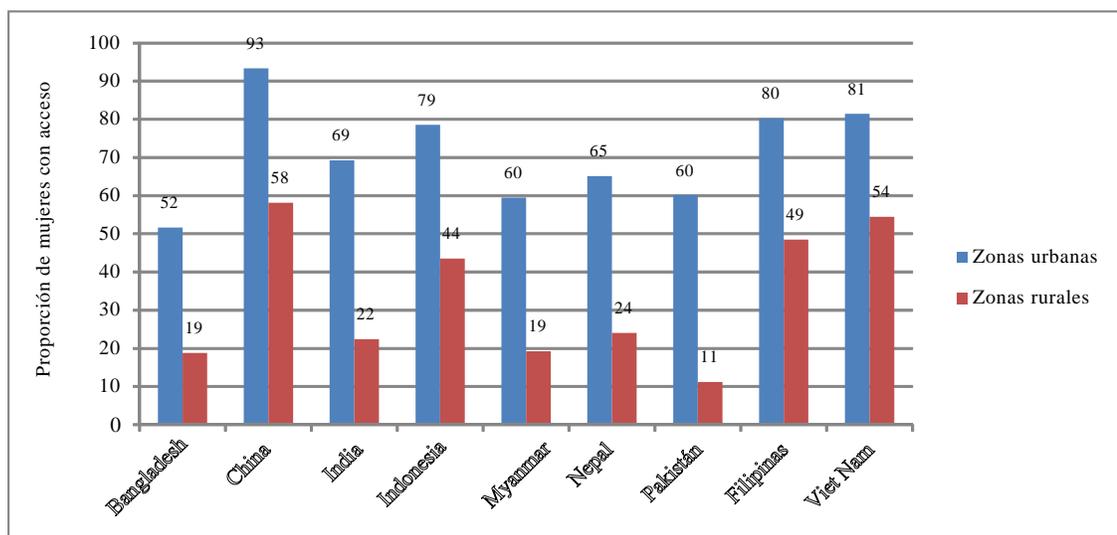
²⁹⁷ El Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI) es un indicador métrico desarrollado por Futures Group International que ofrece datos procedentes de unos 50 países en desarrollo sobre 81 indicadores de servicios de salud materna y neonatal para evaluar de forma comparativa distintos aspectos de los servicios de salud materna y neonatal, incluidos la capacidad de los centros de salud y hospitales de distrito para prestar servicios de salud materna; el acceso a los servicios en las zonas rurales y urbanas; la atención médica materna y neonatal recibida; la prestación de servicios de planificación familiar; y servicios normativos y de apoyo.

Gráfico 37
Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de África, 2005



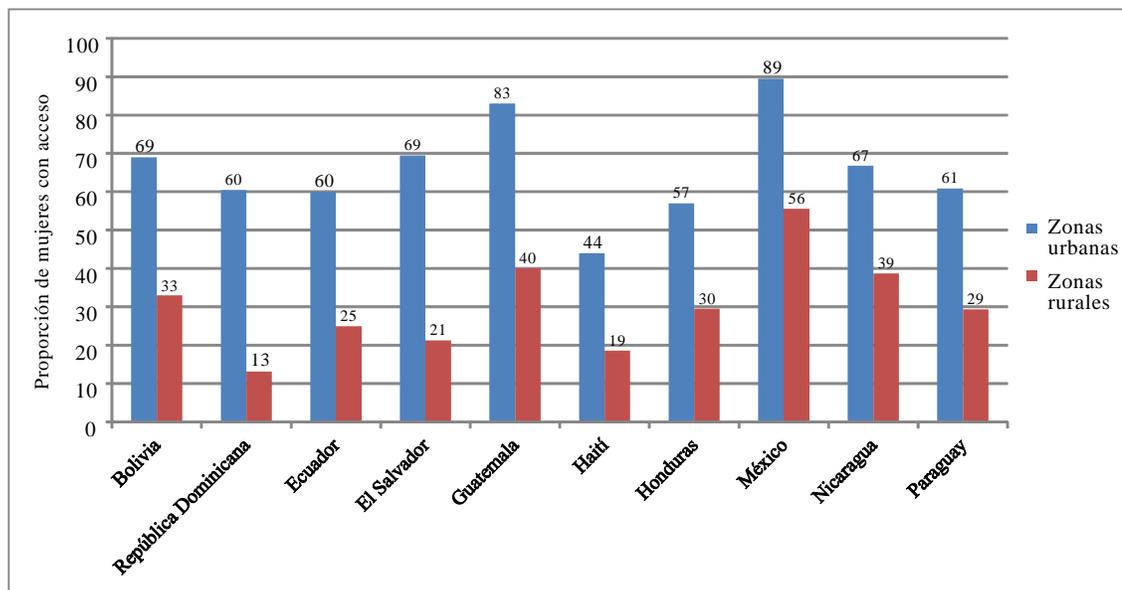
Fuente: Análisis basado en datos del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal, en www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm.

Gráfico 38
Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de Asia, 2005



Fuente: Análisis basado en datos del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal, en www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm.

Gráfico 39
Proporción estimada de mujeres con acceso al tratamiento de la hemorragia posparto, por zonas urbanas y rurales, en algunos países de América Latina y el Caribe, 2005



Fuente: Análisis basado en datos del Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal, en www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmmpi.cfm.

404. Aunque en la encuesta mundial el 79% de los países informó de que se había ocupado de la cuestión de proporcionar remisión a “la atención obstétrica de emergencia básica e integral”, el porcentaje de países que notificaron que tenían una distribución geográfica adecuada de los centros de atención obstétrica de emergencia variaba de un 40% en África a un 97% en Europa. Por consiguiente, las medidas adoptadas resultaban insuficientes en los países cuyos sistemas de salud eran precarios y donde el personal cualificado era insuficiente y estaba mal distribuido.

405. La distribución de los servicios de atención de la salud está estrechamente vinculada a la razón de mortalidad materna, pues el 96% de los países que tenían una razón de mortalidad materna muy baja informaron en la encuesta mundial de que la distribución geográfica de sus centros de atención obstétrica de emergencia era adecuada, pero esa cifra caía a un 29% en el caso de los países cuya razón de mortalidad materna se encontraba entre las más altas.

6. Infecciones de transmisión sexual

406. Desde 1994 parece haber aumentado notablemente el número de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual, incremento impulsado en parte por el crecimiento de la población joven en zonas de alta incidencia, incluidas América y África Subsahariana. Las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual

suelen encontrarse entre los hombres y las mujeres de zonas urbanas de 15 a 35 años de edad, el período de mayor actividad sexual²⁹⁸.

407. En 1995, la OMS estimó que entre las personas de 15 a 49 años de edad había 333 millones de casos de las cuatro principales infecciones de transmisión sexual curables: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. En 2008, esa cifra había aumentado a 499 millones, en gran medida debido a un gran aumento de los casos de tricomoniasis, de 167 millones a 276,4 millones (un incremento del 65%), y de los casos de gonorrea, de 62 millones a 106 millones (un incremento del 71%). Estos aumentos coincidieron con una disminución del 12% en los casos de sífilis, de 12 millones a 10,6 millones²⁹⁷.

408. Si bien la disminución de la sífilis es notable, los 10 millones de casos restantes son una importante carga para la salud reproductiva: cuando la sífilis afecta a mujeres embarazadas (lo que ocurrió en alrededor de 1,3 millones de embarazos en 2008) y se deja sin tratamiento, el 21% de esos embarazos resultará en la muerte del feto y el 9% en la muerte del recién nacido²⁹⁹. Muchas infecciones de transmisión sexual contribuyen a causar infertilidad tanto en las mujeres como en los hombres, y la gonorrea y la clamidiasis no tratadas en mujeres embarazadas pueden provocar graves enfermedades neonatales, entre ellas la ceguera. Además, la presencia de más de una infección de transmisión sexual (incluidas la gonorrea, la clamidiasis, la sífilis y el virus del herpes simple) aumenta la susceptibilidad a la infección por el VIH y también la infectividad del VIH en las personas que viven con el virus. Por otra parte, el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer de cuello uterino, que cada año provoca la muerte de unas 266.000 mujeres, más del 85% de las cuales viven en países con escasos recursos³⁰⁰. El virus del papiloma humano también ha sido asociado a cánceres de ano y orofaríngeos³⁰¹.

409. No todas las inversiones hechas con posterioridad a 1994 para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva han tenido resultados positivos. Las intervenciones de bajo costo para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual en mujeres, aunque ampliamente promovidas, tuvieron resultados limitados, con excepción de las de detección de la sífilis. La promoción generalizada del diagnóstico sindrómico mediante algoritmos de las infecciones de transmisión sexual en mujeres que presentaban secreciones vaginales no ha resultado fiable y provocó el tratamiento excesivo; esos métodos han resultado mucho más eficaces en los hombres³⁰². En general, dado que los síntomas de las enfermedades de

²⁹⁸ OMS, "Global prevalence and incidence of curable sexually transmitted infections: overview and estimates", documento WHO/HIV_AIDS/2001.02; OMS, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis – Methods and Results used by WHO to Generate 2005 Estimates* (Ginebra, 2011).

²⁹⁹ OMS, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections*.

³⁰⁰ Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización, Human Papilloma Virus fact sheet, en: [www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hvpv-\(human-papillomavirus\)](http://www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hvpv-(human-papillomavirus)).

³⁰¹ Véase Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (www.cdc.gov/hpv/cancer.html, consultado el 20 de diciembre de 2013).

³⁰² OMS, "Sexually transmitted infections", nota descriptiva núm. 110 (noviembre de 2013), en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/; R. Snow y K. P. Bista, "International consultative workshop on STI case management in South Asia, Kathmandu, Nepal, July 2001" (seminario consultivo internacional sobre manejo de infecciones de transmisión sexual en Asia Meridional, Katmandú, Nepal, julio de 2001), informe de la reunión (Proyecto del Centro

transmisión sexual se presentan con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, el diagnóstico inicial y tratamiento de los hombres puede ser una manera más económica de controlar dichas enfermedades en una población y se justifica hacer una mayor inversión en ese ámbito³⁰³.

410. Las técnicas de la reacción en cadena de la polimerasa han mejorado enormemente el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual, pero los costos limitan su empleo generalizado. Las pruebas de diagnóstico rápidas, económicas y precisas serían útiles en lugares donde los recursos sean escasos, pero las de diagnóstico de la sífilis aún no están ampliamente disponibles y las de detección de clamidia todavía están en desarrollo³⁰⁴. Los laboratorios bien equipados son un componente fundamental de los sistemas de salud de nivel de remisión, valiosos para la detección de infecciones de transmisión sexual y otras diversas enfermedades, por lo que se justifica invertir en ellos. La vacuna contra el virus del papiloma humano ha resultado muy eficaz y ofrece muchas esperanzas de protección contra ciertas cepas del virus.

411. La OMS ha emprendido gestiones a nivel mundial para consolidar la mejor información disponible sobre las infecciones de transmisión sexual en distintos países, pero los datos indican que, salvo en algunos países ricos, hay deficiencias generalizadas en la vigilancia epidemiológica y que, por tanto, los resúmenes de datos globales deben interpretarse con cautela.

412. En dos estudios recientes³⁰⁵ la OMS puso de relieve la mala calidad y la cobertura limitada de los datos sobre infecciones de transmisión sexual. No hay sistemas centinela de vigilancia epidemiológica para recoger datos sobre las infecciones de transmisión sexual a nivel mundial. Los datos sobre la sífilis y, en menor medida, sobre la gonorrea resistente a medicamentos se recogen a través del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA, una iniciativa de colaboración de la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF. El gráfico 40 ilustra que hay pocos datos sobre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual entre las mujeres embarazadas, primer paso necesario para identificar y tratar los casos de infecciones de transmisión sexual, y que, según esos datos, se realizan pocas pruebas de detección en la primera visita prenatal en varios países de África, América del Sur, el Oriente Medio y partes de China. Esta situación puede ser un reflejo de los servicios de salud sexual y reproductiva insuficientes en algunas de esas regiones; cabe tener en cuenta que los países de América del Norte y Europa tienen sistemas de vigilancia independientes y más modernos que no se reflejan en el gráfico.

Nacional de Lucha contra el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual y la Universidad de Heidelberg).

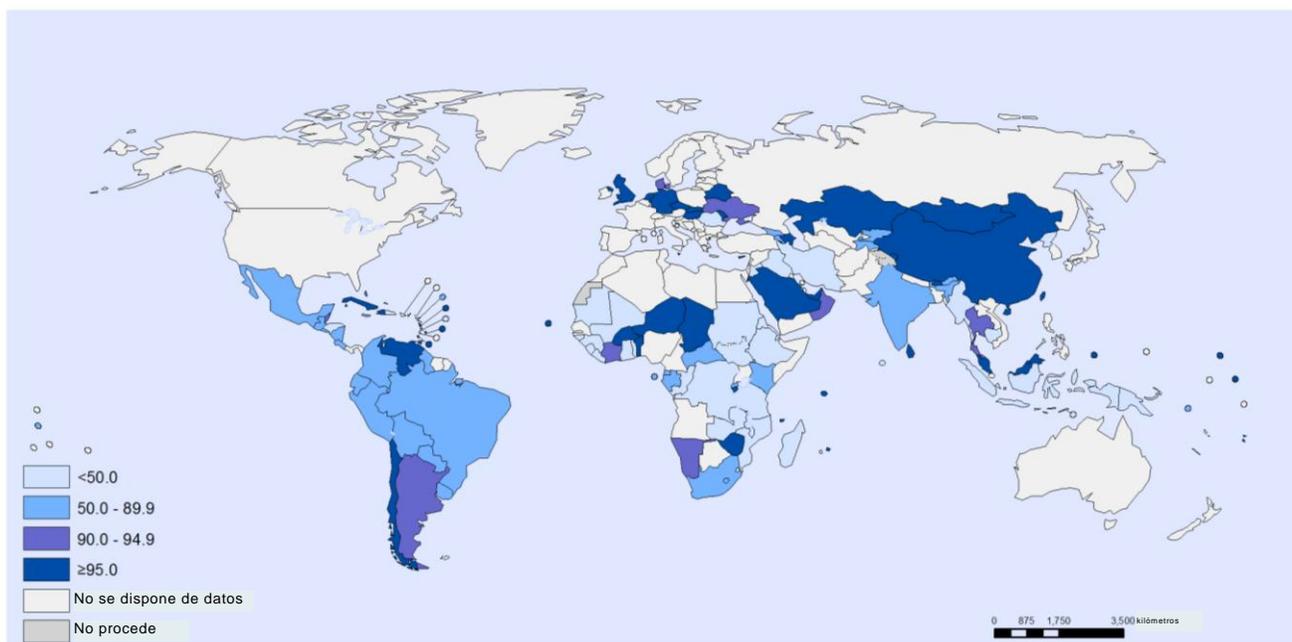
³⁰³ K. L. Dehne, R. Snow y K. R. O'Reilly, "Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public benefits?", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, núm. 5 (2000).

³⁰⁴ OMS, *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015: romper la cadena de transmisión* (Ginebra, 2007); OMS, "Sexually transmitted infections", ficha descriptiva núm. 110 (noviembre de 2013).

³⁰⁵ OMS, *WHO Baseline Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2012* (Ginebra, 2013), en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85376/1/9789241505895_eng.pdf.

Gráfico 40

Porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal y son sometidas a una prueba de detección de la sífilis en la primera visita, últimos datos disponibles desde 2005



Fuente: OMS, galería de mapas del Observatorio mundial de la salud, en www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html.

413. A la luz de las necesidades actuales, la OMS y sus organismos asociados están pidiendo que se hagan esfuerzos mundiales concertados para establecer la vigilancia sistemática de las infecciones de transmisión sexual, que comprenda la detección y el tratamiento eficaz de los casos. Para lograr fortalecer los sistemas de salud pública con mejores datos para obtener estimaciones de las infecciones de transmisión sexual y, en última instancia, controlar la propagación de esas infecciones y limitar la morbilidad resultante será preciso poner en práctica urgentemente esa propuesta³⁰⁶.

414. **Los Estados y los asociados en la esfera de la salud a nivel mundial deben comprometerse a reforzar la vigilancia de la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en los planos nacional y mundial, apoyar el desarrollo y uso generalizado de pruebas de diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual que sean precisas y asequibles y promover un mayor acceso al diagnóstico y el tratamiento de calidad de las infecciones de transmisión sexual, incluso para los hombres y los niños.**

7. Prevención del VIH

415. Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en todo el mundo en un 33%, desde un máximo de 3,4 millones anuales en 2001 a 2,3 millones en 2012. En 26 países de bajos y medianos ingresos el número de nuevas infecciones anuales por

³⁰⁶ OMS, “Sexually Transmitted Infections (STIs)”, documento WHO/RHR/13.02, en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf.

el VIH decreció en más de un 50% entre 2001 y 2012. En África Subsahariana, donde ocurre el 70% de todas las nuevas infecciones por el VIH, el número de nuevas infecciones entre los adultos ha disminuido en un 34% desde 2001. Sin embargo, en los últimos años, el número de nuevas infecciones aumentó en Europa Oriental y Asia Central, aunque disminuyó en Ucrania. En cambio, las nuevas infecciones siguen en alza en el Oriente Medio y África del Norte³⁰⁷.

416. La reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH en adultos refleja en gran medida la disminución de la transmisión por vía sexual. Sin embargo, los logros obtenidos a nivel regional en la prevención del VIH ocultan las importantes disparidades que existen dentro de los países y entre ellos. Por ejemplo, en todo el sur de África se siguen produciendo nuevas infecciones por el VIH a pesar del amplio conocimiento de la enfermedad y un buen acceso a los preservativos. En Sudáfrica, el país con el mayor número absoluto de personas que viven con el VIH, el número de nuevas infecciones por año disminuyó rápidamente tras alcanzar su nivel máximo en 1998, pero el ritmo de esa disminución se aminoró entre 2004 y 2011, y la incidencia del VIH sigue siendo elevada incluso después de la reducción considerable que se produjo de 2011 a 2012³⁰⁸.

417. Las personas que se inyectan drogas, aunque constituyen entre un 0,2% y un 0,5% de la población mundial, representan aproximadamente entre un 5% y un 10% de todas las personas que viven con el VIH³⁰⁶. En Europa Oriental y Asia Central, la prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales es una prioridad fundamental, pues en algunos países más del 40% de las nuevas infecciones ocurre entre las personas que se inyectan drogas. En los países donde el elevado consumo de drogas inyectables está estrechamente relacionado con la incidencia del VIH, los gobiernos todavía no han demostrado un compromiso político sólido para hacer frente al problema y carecen de sistemas de datos adecuados para la vigilancia epidemiológica³⁰⁶.

418. A nivel mundial, los trabajadores sexuales, ya sean mujeres, hombres o transgéneros, corren un mayor riesgo de contraer el VIH, y las trabajadoras sexuales tienen 13,5 veces más probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres. Sin embargo, la financiación de programas de prevención del VIH entre los trabajadores sexuales sigue siendo desproporcionadamente baja pese al riesgo a que se exponen. Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres también corren un mayor riesgo de contraer el VIH, lo que explica el número desproporcionado de nuevas infecciones que se ha registrado en América y Asia; entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los jóvenes y los desamparados corren un riesgo aún mayor. Los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y otras poblaciones que corren un mayor riesgo de contraer el VIH siguen enfrentando el estigma y la discriminación y, en muchos casos, leyes punitivas que agravan sus vulnerabilidades y obstaculizan las actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo³⁰⁶.

419. El 92% de los gobiernos que respondieron a la encuesta mundial notificó que en los últimos cinco años se había ocupado de la cuestión de “mejorar el acceso a servicios de prevención, tratamiento, y atención de infecciones de transmisión

³⁰⁷ ONUSIDA, *Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013* (véase la nota 16).

³⁰⁸ ONUSIDA, Base de datos en línea AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx).

sexual/VIH, para los grupos de población vulnerables y poblaciones en riesgo”, aunque con resultados dispares.

420. La prevención de las nuevas infecciones por el VIH depende en grado considerable de los cambios de comportamiento. La eficacia de los enfoques dirigidos a provocar cambios de ese tipo varía de una región a otra. En varios países africanos aumentaron los comportamientos sexuales de riesgo entre 2000 y 2012 y existen indicios de un incremento significativo del número de parejas sexuales en algunos países (en Burkina Faso, el Congo, Côte d’Ivoire, Etiopía, el Gabón, Guyana, Rwanda, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe) y una reducción del uso de preservativos en otros (en Côte d’Ivoire, el Níger, el Senegal y Uganda)³⁰⁶. Entender y combatir la persistencia de comportamientos sexuales de riesgo ante la difusión de los conocimientos y el acceso generalizado a los preservativos, así como sus vínculos con las normas de género y la desigualdad estructural, es un importante desafío en materia de salud pública para el decenio venidero.

421. Es necesario reunir bajo los auspicios de las Naciones Unidas a los gobiernos, los expertos y las organizaciones de la sociedad civil para abordar la disparidad en los resultados, el hecho de que no se hayan modificado los comportamientos en algunas partes del mundo y los indicios de que las prácticas de prevención están disminuyendo en muchos países de alto riesgo.

422. Los Estados y los asociados en la esfera de la salud a nivel mundial deben abordar las marcadas diferencias en los resultados de las actividades de prevención del VIH en distintas partes del mundo y en distintos grupos de población, realizar estudios para comprender las causas subyacentes de esas disparidades y compartir las experiencias resultantes de la aplicación de políticas para reducir las infecciones por el VIH en las poblaciones de alta incidencia.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 18

El VIH y el SIDA

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. Desde 1994 se han producido avances considerables en materia de protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y el SIDA. La Asamblea General ha aprobado tres declaraciones sobre el VIH y el SIDA, incluidas la Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, que figura en el anexo de la resolución 65/277 (2011) y en la que reafirma “que la plena efectividad de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos es un elemento esencial en la respuesta mundial frente a la epidemia del VIH”. La Comisión de Derechos Humanos aprobó una serie de resoluciones sobre la protección de los derechos humanos que viven las personas con el VIH y el SIDA, incluida la resolución 2005/84 sobre la protección de los derechos humanos en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (2005).

Otras normas de derecho no vinculantes. Las directrices internacionales relativas al VIH/SIDA y los derechos humanos aprobadas en 1997 presentaron un marco para promover los derechos de las personas que viven con el VIH y el SIDA. Desde que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han venido abordando cada vez más los derechos de las personas que viven con el VIH, incluso en sus observaciones generales y observaciones finales. Esos órganos han determinado que los Estados deben garantizar a las mujeres y los hombres infectados igualdad de disfrute de sus derechos humanos³⁰⁹ y que debe facilitarse el acceso a medicamentos antirretrovirales asequibles³¹⁰, y que los Estados deben adoptar medidas para erradicar los obstáculos que impiden el acceso a ellos³¹¹. Deben asignarse recursos suficientes a los programas de lucha contra el VIH y el SIDA³¹² y debe supervisarse su eficacia³¹³. Se ha instado también a los Estados a que tomen medidas para combatir la estigmatización y discriminación asociadas al VIH y el SIDA³¹⁴. Los Estados deben velar por que las personas que viven con el VIH puedan tomar de manera voluntaria decisiones informadas acerca de la reproducción³¹⁵. Los órganos encargados de la vigilancia de la aplicación de los tratados también han recomendado a los Estados que se ocupen de determinadas poblaciones, como las mujeres jóvenes, los habitantes de las zonas rurales, los grupos de minorías étnicas, las personas de edad y otros grupos en situaciones vulnerables³¹⁶.

- ³⁰⁹ Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos inicial, segundo y tercero combinados de Etiopía (A/51/38), cap. IV, secc. B.2, párr. 161.
- ³¹⁰ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos) (E/2001/22, anexo IV); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del cuarto informe periódico del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los territorios dependientes de la Corona y los territorios dependientes de ultramar (E/C.12/1/Add.79, párr. 40); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico de Kenya (CCPR/CO/83/KEN, párr. 15).
- ³¹¹ Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del informe inicial de Honduras (E/C.12/1/Add/57, párrs. 26 y 47) y del informe inicial de Zambia (E/C.12/1/Add.106, párr. 30).
- ³¹² Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño (véase A/59/41, anexo IX).
- ³¹³ Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del informe inicial de Zambia (CRC/C/15/Add.206, párr. 51 d)).
- ³¹⁴ Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico de Bhután (CRC/C/BTN/CO/2, párr. 59 d)) y de los informes periódicos segundo y tercero combinados de Kazajstán (CRC/C/KAZ/CO/3, párr. 54 d)).
- ³¹⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 relativa al artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer sobre la mujer y la salud, aprobada por el Comité en su 20º período de sesiones (véase A/54/38/Rev.1, primera parte, cap. I, secc. A).
- ³¹⁶ Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos segundo y tercero combinados de la República de Moldova (CEDAW/C/MDA/CO/3, párr. 31) y del informe inicial de Myanmar (A/55/38, cap. IV, secc. B, párr. 96); observaciones finales del Comité de Derechos Humanos formuladas tras el examen por el Comité del segundo informe periódico de

8. Tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH y SIDA

423. Lo que pronto se convertiría en la pandemia del VIH no se había manifestado plenamente cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994. Se calcula que en 1993 ya vivían con el VIH unos 14 millones de personas, pero fue después de la Conferencia que estalló la pandemia. Se estima que diez años más tarde, en 2003, unos 31,7 millones de personas vivían con el VIH, y que tres cuartas partes de ellas vivían en África³¹⁷. Los gobiernos y las instituciones de asistencia reaccionaron ante la epidemia, pero no antes de que el número de muertes por el SIDA alcanzara un máximo de 2,3 millones por año en 2005³⁰⁶. En cuanto a la carga mundial de morbilidad, el VIH, que en 1990 ocupaba el lugar 33 entre las principales causas de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, pasó a ser la quinta causa más importante en 2010. Aunque es cierto que las muertes causadas por el SIDA han disminuido notablemente hasta una cifra estimada de 1,6 millones de personas en 2012³⁰⁶, el SIDA sigue siendo la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años de edad) en todo el mundo³¹⁸. En África Subsahariana, las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva son el SIDA y las causas relacionadas con la maternidad³¹⁹.

424. Según las nuevas directrices revisadas de tratamiento contra el VIH de la OMS (2013), los 9,7 millones de personas que en 2012 recibieron tratamiento antirretroviral representaban solo el 34% de las personas que podían recibirlo³⁰⁶. Se hicieron cambios en las directrices de tratamiento al surgir nuevas pruebas de las ventajas que entrañaba iniciar el tratamiento con antirretrovirales en una etapa más temprana del curso natural de la infección por el VIH. Por consiguiente, pese a que se ha ampliado el acceso a los medicamentos antirretrovirales, el porcentaje de personas que son elegibles para recibir el tratamiento queda muy por debajo de la meta del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio de alcanzar el acceso universal al tratamiento con antirretrovirales para 2015³⁰⁶. Si bien se han implantado programas de tratamiento en muchos países, la prestación de servicios sigue siendo problemática en los lugares donde los sistemas de salud son precarios y no hay personal suficiente y el estigma crea obstáculos para realizar pruebas de detección y ofrecer atención. Cabe destacar que a nivel mundial la cobertura del tratamiento con antirretrovirales para los niños elegibles para recibirlo era muy inferior que para los adultos, y la ampliación del acceso sigue favoreciendo a los adultos³⁰⁶.

425. El porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que tienen acceso a la terapia antirretroviral ha aumentado drásticamente debido a la continua

Lituania (CCPR/CO/80/LTU, párr. 12); observaciones finales del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales formuladas tras el examen por el Comité del informe inicial de China (incluidos Hong Kong y Macao) (E/C.12/1/Add.107, párr. 60); observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuladas tras el examen por el Comité de los informes periódicos quinto y sexto combinados de Zambia (CEDAW/C/ZMB/CO/5-6, párr. 36 a) y de los informes periódicos cuarto, quinto, sexto y séptimo combinados de Uganda (CEDAW/C/UGA/CO/7, párr. 46).

³¹⁷ ONUSIDA, base de datos en línea AIDSInfo (www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx). Datos descargados el 5 de diciembre de 2013.

³¹⁸ OMS, “Salud de la mujer”, nota descriptiva núm. 334 (septiembre de 2013), en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/.

³¹⁹ OMS y cols., *Trends in Maternal Mortality* (véase la nota 278).

ampliación de los programas de lucha contra la transmisión vertical, cuya cobertura ascendía al 63% a nivel mundial en 2012. No obstante, hay variaciones considerables en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo entre las regiones del mundo, pues la cobertura es superior al 90% en Europa Oriental y Central y en el Caribe, pero sigue siendo inferior al 20% en las regiones del Pacífico y el Oriente Medio y África del Norte. Entre los países donde la epidemia estaba generalizada, 13 ofrecían medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical a menos del 50% de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH, y otros 13 países tenían una cobertura de servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo de un 80%³⁰⁶. Las diferencias en la cobertura de ese tipo de servicios en los países con epidemias generalizadas no parecen ser un reflejo de las diferencias en la prevalencia del VIH a nivel nacional³²⁰.

426. Si bien los programas para prevenir la transmisión de madre a hijo han aumentado el acceso de las mujeres embarazadas al tratamiento, las embarazadas siguen recibiendo medicamentos antirretrovirales para su salud en menor grado que la población en general³⁰⁶. Persisten también las diferencias entre los sexos en el acceso a los servicios de pruebas y asesoramiento sobre el VIH³²¹, así como al tratamiento³²², y en el uso de esos servicios. Los logros alcanzados en la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil se han traducido en una reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo pues se impidió que más de 670.000 niños contrajeran la infección. En 2012, 260.000 niños se infectaron en países de ingresos bajos y medianos, cifra que representó una reducción del 35% desde 2009.

427. Los Estados deben garantizar el acceso universal a la información, educación y servicios de asesoramiento sobre el VIH, incluidos los análisis voluntarios y confidenciales, haciendo especial hincapié en los jóvenes y las personas que corran un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, y comprometerse a facilitar el acceso universal a la terapia antirretroviral en el menor tiempo posible, con el objetivo de eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo, mejorar el seguimiento de los niños menores de 1 año expuestos al VIH, aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de las madres y de todas las personas que viven con el SIDA, y proteger a todas las personas que viven con el VIH del estigma, la discriminación y la violencia.

³²⁰ ONUSIDA, base de datos en línea AIDSInfo, en: www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx.

³²¹ P. Glick y D. Sahn, "Changes in HIV/AIDS knowledge and testing behavior in Africa: how much and for whom?", *Journal of Population and Economics*, vol. 20, núm. 2 (2007), págs. 383 a 422; S. Mitchell y cols., "Equity in HIV testing: evidence from a cross sectional study in ten Southern African countries", *BMC International Health and Human Rights*, vol. 10, núm. 23 (2010); R. C. Snow, M. Madalane y M. Poulsen, "Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa", *AIDS Care*, vol. 22, núm. 9 (2010), págs. 1060 a 1065; A. E. Yawson, P. Dako-Gyeke y R. Snow, "Sex differences in HIV testing in Ghana, and policy implications", *AIDS Care*, vol. 24, núm. 9 (2013), págs. 1181 a 1185.

³²² P. Braitstein y cols., "Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration", *Journal of Women's Health*, vol. 17, núm. 1 (2008), págs. 47 a 55; P. Dako-Gyeke, R. Snow y A. E. Yawson, "Who is utilizing anti-retroviral therapy in Ghana: an analysis of ART service utilization", *International Journal of Equity in Health*, vol. 11, núm. 62 (2012); A. S. Muula y cols., "Gender distribution of adult patients on highlight active anti-retroviral therapy (HAART) in Southern Africa: a systematic review", *BMC Public Health*, vol. 7 (abril de 2007).

428. En cuanto a la “erradicación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la mejora de la esperanza de vida de las madres VIH-positivas”, la encuesta mundial indica que el 86% de los países informó de que se había ocupado de la cuestión durante los últimos cinco años; el 97% de los 38 países en los que el ONUSIDA considera que el impacto del VIH y el SIDA es elevado informó de que se había ocupado de la cuestión durante el mismo período. Aunque las metas todavía no se han alcanzado, este dato indica que hay una mayor concentración de los esfuerzos en los países más necesitados.

E. Enfermedades no transmisibles

429. Desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo las enfermedades no transmisibles han cobrado mucha mayor importancia en la composición de la carga de morbilidad en el mundo en desarrollo. Se ha registrado un aumento del 30% en el número de muertes relacionadas con las enfermedades no transmisibles (en especial, las cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes) a nivel mundial entre 1990 y 2010³²³. En todas las regiones salvo en África, los fallecimientos por enfermedades no transmisibles superan a los causados por el conjunto de las afecciones maternas, las originadas en el período perinatal, las transmisibles y los trastornos de la nutrición³²⁴. Las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles son superiores en las regiones más desarrolladas, especialmente en Europa Oriental, donde las personas de edad representan una mayor proporción de la población. Sin embargo, las tasas de mortalidad de las enfermedades no transmisibles en función de la edad demuestran que las personas que viven en África corren un riesgo más alto de muerte por este tipo de enfermedades que en cualquier otra región³²⁵. Se prevé que la mortalidad por causas no transmisibles aumente en un 44% entre 2008 y 2030 en todo el mundo, con la carga de morbilidad más alta en los países de ingresos bajos y medianos donde las tasas de crecimiento de la población son mayores y la longevidad está aumentando³²³.

430. Aproximadamente la mitad de todas las enfermedades no transmisibles puede atribuirse a la hipertensión (13% de las muertes mundiales), el consumo de tabaco (entre 9% y 10%), el nivel alto de colesterol y glucosa (6%), la inactividad física (entre 6% y 7%) y la obesidad (entre 5% y 7%)³²⁶. Por lo tanto, es importante llegar a los jóvenes desde una etapa temprana de la vida mediante la educación de los adolescentes, los jóvenes y los padres sobre las ventajas del ejercicio físico y de una dieta saludable y sobre los riesgos del consumo nocivo de alcohol y tabaco.

1. Enfermedades no transmisibles y desigualdad

431. Si bien los comportamientos y los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles se suelen asociar con las personas que viven en los

³²³ R. Lozano y cols., “Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, vol. 380, núm. 9859 (15 de diciembre de 2012), págs. 2095 a 2128.

³²⁴ OMS, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010* (Ginebra, 2011).

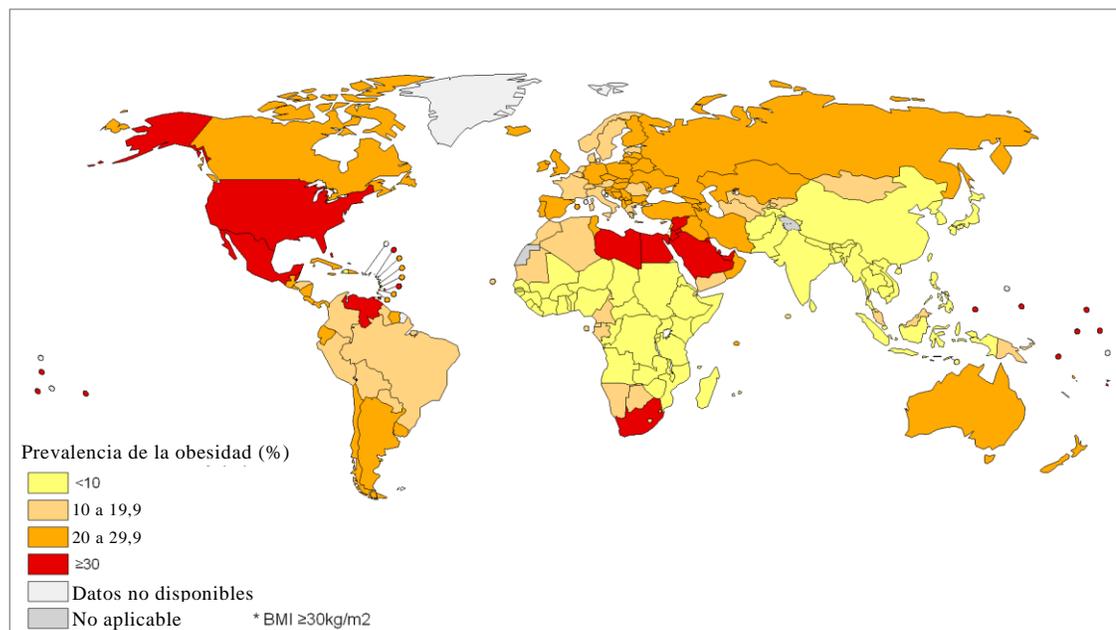
³²⁵ Naciones Unidas, “Population ageing and the non-communicable diseases”, *Population Facts*, núm. 2012/1.

³²⁶ Sawyer y cols. “Adolescence: a foundation for future health”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9826 (2012), págs. 1630 a 1640; OMS, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*.

países de ingresos más altos, se está produciendo una “globalización de estilos de vida poco saludables”³²⁷. Por ejemplo, la prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008, y es elevada en países de regiones desarrolladas y menos desarrolladas (véase el gráfico 41).

Gráfico 41

Prevalencia de la obesidad en adultos de ambos sexos de 20 o más años, normalizada según la edad, 2008



Fuente: galería de mapas del Observatorio mundial de la salud de la OMS en http://www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html (25 de octubre de 2013).

432. En todas las regiones las mujeres son más propensas a padecer obesidad que los hombres³²⁸. Se ha incrementado el número de niños pequeños obesos en todas las regiones, pero el aumento más rápido se registra en los países de ingresos bajos y medianos, donde se prevé que el nivel de obesidad se duplique en 2015 con respecto a 1990³²⁹. Los pobres pueden estar predispuestos a padecer enfermedades no transmisibles debido a factores como el bajo peso al nacer, una nutrición inadecuada durante la infancia y la exposición al humo ambiental. En su mayoría las enfermedades no transmisibles son afecciones crónicas que aumentan el absentismo laboral, reducen la población activa y entrañan un costo económico, por la pérdida de productividad, al igual que sanitario.

433. En los países en desarrollo las afecciones y las muertes causadas por enfermedades no transmisibles se producen a edades más tempranas y afectan a los

³²⁷ D. Bloom y cols., *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases* (Ginebra, Foro Económico Mundial, 2011).

³²⁸ OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012* (Ginebra, 2012).

³²⁹ OMS, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010*, pág. 24.

adultos en los años de mayor generación de ingresos³³⁰. Entre las personas menores de 60 años se registra una proporción muy superior de fallecimientos relacionados con enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medianos (29%) que en los países de ingresos altos (13%). Por otra parte, los pobres tienen más probabilidades que los ricos de sufrir una muerte prematura³²³.

2. Enfermedades mentales

434. Las afecciones mentales son una enfermedad no transmisible importante que afecta a cientos de millones de personas en todo el mundo y constituye la principal causa de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos por este tipo de enfermedad³²⁶. Los trastornos depresivos representan en torno a un tercio de ese número, dado que los padecen 154 millones de personas en todo el mundo, y se ha comprobado que son más comunes entre las mujeres, en especial entre las jóvenes. Según datos de Alzheimer's Disease International, en la actualidad 44 millones de personas viven con la enfermedad, número que aumentará a 135 millones en 2050. Por otra parte, también en 2050, el 71% de los casos se registrará en países de ingresos bajos y medianos³³¹.

435. Existe una relación directa entre enfermedad mental y pobreza: las condiciones de pobreza aumentan el riesgo de estrés, malnutrición, violencia y exclusión social, mientras que las enfermedades mentales amplían las posibilidades de caer en la pobreza o de seguir inmerso en ella³³². Los trastornos de la salud mental y las enfermedades cardiovasculares representan el 70% de la pérdida de la producción económica, y está previsto que la carga económica mundial de las enfermedades no transmisibles se duplique entre 2010 y 2030³²⁶. Si bien los daños económicos serán mayores en los países de ingresos altos, la mejora de la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos debe constituir una prioridad de desarrollo³³³.

3. Prevención de enfermedades no transmisibles desde la adolescencia

436. La mayoría de las enfermedades no transmisibles y cerca del 70% de las muertes prematuras entre los adultos están íntimamente relacionadas con cuatro comportamientos que comienzan o se ven reforzados en la adolescencia: el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo y una ingesta excesiva de alimentos o una nutrición inadecuada³³⁴. Por ejemplo, el hábito de fumar suele comenzar en la adolescencia y es la causa de una de cada seis muertes relacionadas con las enfermedades no transmisibles³³⁵. Se estima que reducir la oferta y demanda de tabaco evitaría 5,5 millones de fallecimientos en más de 10 años en 23 países de

³³⁰ W. Baldwin y L. Amato, "Global burden of noncommunicable diseases", Fact sheet (Washington D.C., Oficina de Información Demográfica, julio de 2012).

³³¹ Alzheimer's Disease International, "Policy brief. For Heads of Government: the global impact of dementia 2013-2050" (Londres, diciembre de 2013); en www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief.

³³² C. Lund y cols., "Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 378, núm. 9801 (2011), págs. 1502 a 1514.

³³³ "Mental health care: the economic imperative", *The Lancet*, vol. 378, núm. 9801 (2011), pág. 1440.

³³⁴ M.D. Resnick y cols., "Seizing the opportunities of adolescent health", *The Lancet*, vol. 376, núm. 9826 (2012), págs. 1564 a 1567.

³³⁵ R. Beaglehole y cols., "Priority actions for the non-communicable disease crisis". *The Lancet*, vol. 377, núm. 9775 (2011), págs. 1438 a 1447.

ingresos bajos y medianos con una elevada carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles³³⁴. Por otro lado, según los datos recabados en Europa y países de ingresos bajos y medianos, el consumo de alcohol entre los jóvenes está aumentando y comenzando a una edad más temprana³³⁶.

437. La educación para la salud en el transcurso de la vida debería comenzar con los jóvenes, incorporada en los planes de estudio, y debería conjugarse con una educación sexual integral, dado que muchos hábitos relacionados con la salud a largo plazo se inician y adquieren a una edad temprana y se entrelazan con aspectos de la formación de la identidad y las aspiraciones de la adultez.

438. Los Estados deberían reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles mediante la promoción de comportamientos saludables entre los niños y los adolescentes a través de los programas de estudio, los medios de comunicación y en el marco de la educación sexual integral, con mecanismos para luchar contra el consumo de tabaco y otras adicciones, y favorecer una alimentación y una nutrición saludables, el ejercicio físico, y la gestión del estrés y la atención de la salud mental.

F. Cambio de patrones en la esperanza de vida

439. En el plano mundial la esperanza de vida al nacer para ambos sexos aumentó 5,2 años, es decir, de 64,8 años entre 1990 y 1995 a 70 entre 2010 y 2015, lo que se traduce en cambios en la esperanza de vida al nacer de las mujeres de 67,1 a 72,3 años y de 62,5 a 67,8 años en el caso de los hombres en el mismo período³³⁷.

440. Todas las regiones del mundo experimentaron aumentos en la esperanza de vida, y el progreso ha sido constante en casi todas ellas, excepto en África y Europa. En el continente africano, la esperanza de vida aumentó lentamente en la década de 1990, dado que la mortalidad fue mayor en una serie de países por el VIH y el SIDA, y los conflictos. No obstante, en la década de 2000 volvió a aumentar, por lo que en las últimas dos décadas la esperanza de vida en África es 6,5 años superior. Del mismo modo, en Europa el aumento de la esperanza de vida en la década de 1990 fue lento, ya que una serie de estados sucesores de la ex Unión Soviética experimentaron un incremento de la mortalidad. Sin embargo, la esperanza de vida aumentó de nuevo en la década de 2000. En la actualidad, el África Subsahariana presenta la esperanza de vida más baja, situada en 56 años, 14 menos que la media mundial. De hecho, todos los países del mundo con una esperanza de vida inferior a 60 años (un total de 30) se encuentran en África, entre ellos seis que están por debajo de los 50 años: Sierra Leona, Botswana, Swazilandia, Lesotho, la República Democrática del Congo y la República Centroafricana³³⁶.

441. Si bien del análisis general se desprende la conocida noción de que en promedio las mujeres son más longevas que los hombres, según los estudios nacionales, subnacionales y de las tendencias, este patrón no es tan fijo, dado que la amplitud de las diferencias entre los géneros varía significativamente de una

³³⁶ R. Beaglehole y cols., "Measuring progress on the NCDs: one goal and five targets", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9850 (2012), págs. 1283 a 1285.

³³⁷ *World Population Prospects: The 2012 Revision (ST/ESA/SER.A/336)*.

población a otra y ha ido cambiando con el tiempo³³⁸. Los países que se encuentran en las primeras fases de su transición demográfica y epidemiológica presentan un diferencial de esperanza de vida entre dos y tres años superior en el caso de las mujeres. En estos contextos, el agua insalubre, las infecciones, la nutrición inadecuada, la falta de acceso a la atención médica y otras condiciones estructurales provocan una elevada mortalidad en todos los grupos de edad, en particular durante la niñez. Estas mismas condiciones aumentan la vulnerabilidad de las mujeres durante el embarazo y el parto y elevan las tasas de fecundidad como medio de protección contra la alta mortalidad infantil y en la niñez, lo que a su vez intensifica el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida de la mujer³³⁷.

442. La creciente epidemia de VIH anuló el aumento de la esperanza de vida registrado en muchos países africanos en la década de 1970³³⁹, con más repercusión en el caso de las mujeres, debido en parte a que sufrían una mayor mortalidad relacionada con el SIDA, al tener más probabilidades de contagiarse por transmisión sexual como consecuencia de un mayor riesgo biológico y una falta de empoderamiento en las relaciones sexuales³⁴⁰. Actualmente, en determinados países de África, los hombres tienen una esperanza de vida superior a la de las mujeres³³⁷.

443. En las ex repúblicas soviéticas la ventaja de las mujeres respecto de los hombres en lo que a esperanza de vida se refiere es notable (10 años o más). El hecho de que la esperanza de vida de los hombres disminuyera a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990 amplió esa diferencia³⁴¹. La esperanza de vida entre los hombres aumentó marginalmente, pero desde entonces se ha estancado. Los motivos del retroceso de la esperanza de vida en el caso de los hombres son debatibles, pero se atribuyen en parte a un aumento del estrés, las enfermedades del corazón y las causas de muerte relacionadas con el consumo de alcohol por la inestabilidad política. Estas variaciones en la esperanza de vida ilustran la influencia de los contextos social y político en la salud y la longevidad³³⁷.

444. En los países industrializados de ingresos altos las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres (de 4 a 7 años más). Estas diferencias entre los géneros fueron más acusadas en la década de 1970, debido en gran parte a las elevadas tasas de hombres fumadores en los decenios anteriores. La reducción de la diferencia entre los hombres y las mujeres en lo que respecta a la esperanza de vida en época reciente responde en parte a la disminución del número de hombres fumadores en los últimos 20 años³⁴².

³³⁸ A. T. Geronimus y R. C. Snow, "The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice", en *Women and Health*, 2ª ed., M. B. Goldman, R. Troisi y K. M. Rexrode, eds. (Londres, Academic Press, 2013).

³³⁹ J. Adjtunji y E.R. Bos, "Levels and trends in mortality in sub-Saharan Africa: an overview", en: *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. 2ª ed., D.T. Jamison y cols., eds. (Washington D.C., Banco Mundial, 2006).

³⁴⁰ J. A. Higgins, S. Hoffman y S.L. Dworkin, "Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS", *American Journal of Public Health*, vol. 100, núm. 3 (2010), págs. 435 a 445.

³⁴¹ V. Shkolnikov, M. McKee y D. A. Leon, "Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s", *The Lancet*, vol. 357, núm. 9260 (2001), págs. 917 a 921; D.A. Leon y cols., "Huge variation in Russian mortality rates 1984 a 94: artefact, alcohol or what?", *The Lancet*, vol. 350, núm. 9075 (1997), págs. 383 a 388.

³⁴² F. C. Pampel, "Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality", *Population and Development Review*, vol. 28, núm. 1 (2002), págs. 77 a 104; "Sex differentials in life

445. Las desigualdades en cuanto a la esperanza de vida son dinámicas, esto es, cambian con el tiempo, dentro de una población y entre poblaciones distintas, como reflejo de contextos políticos, económicos y epidemiológicos variables. Dado que un deber primordial de los Estados es respetar, promover y proteger los derechos humanos de su pueblo, la esperanza de vida es un indicador global de la medida en que estos cumplen esa obligación e invierten adecuadamente en las capacidades, la salud, la protección social y la resiliencia de sus ciudadanos.

G. Programa inconcluso de fortalecimiento de los sistemas de salud

446. Pese a décadas de avances médicos e innovaciones sin precedentes en la atención de la salud, persisten fuertes desigualdades en cuanto a la accesibilidad y la calidad de los sistemas sanitarios dentro de un país y entre un país y otro. El África Subsahariana y, en menor medida, Asia Meridional siguen teniendo algunos de los sistemas de salud menos accesibles y más frágiles, si se utilizan para medirlos indicadores de operaciones, como la densidad de personal sanitario, la cobertura de servicios esenciales, el mantenimiento de registros y el agotamiento de las existencias, o logros en materia de salud. Dentro de determinados países de ingresos medianos y altos, abundan focos de baja o deficiente cobertura o calidad de los sistemas de salud en el caso de ciertas zonas o poblaciones, como los pueblos indígenas, los barrios marginales urbanos y las personas sin seguro médico y los indocumentados.

1. Efecto del VIH y el SIDA en los sistemas de salud

447. La ayuda internacional para luchar contra el VIH se destinó en gran parte a la elaboración de programas verticales específicos sobre el virus en lugar de a la implantación de servicios en los sistemas de salud existentes. El objetivo de esa estrategia era permitir una puesta en marcha rápida y urgente de los servicios relacionados con el VIH para al mismo tiempo provocar en un escenario ideal efectos indirectos que reforzaran los sistemas de salud más ampliamente. No obstante, las estructuras verticales que no integraron el VIH y el SIDA en sistemas de salud más amplios recibieron críticas por desviar recursos, desplazar a otros servicios de los sistemas sanitarios y comprometer el fortalecimiento de esos sistemas en general al primar un enfoque basado en una única enfermedad³⁴³. Si

expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age group and causes of death from recent and historical data”, *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, núm. 25 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.88.XIII.6); Geronimus y Snow, “The mutability of women’s health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice”.

³⁴³ D. Yu y cols., “Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?”, *Globalization and Health*, vol. 4, núm. 8 (2008); Columbia University, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, “Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa”, informe de una conferencia celebrada en Bellagio (Italia), septiembre de 2008 (2009); W.M. El-Sadr y E. J. Abrams, “Scale-up of HIV care and treatment: can it transform healthcare services in resource-limited settings?”, *AIDS*, vol. 21 (octubre de 2007), págs. S65 a S70; K.A. Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”, *Health Affairs*, vol. 31, núm. 7 (2012), págs. 1406 a 1414; A. Buvé, S. Kalibala y J. McIntyre, “Stronger health systems for

bien es necesario conceder una atención prioritaria y destinar recursos a los servicios de emergencia para casos urgentes potencialmente muy graves, es imperativo, no obstante, maximizar los beneficios y reforzar los sistemas de salud con el fin de ofrecer una prevención y unos cuidados a largo plazo y de alcance amplio durante toda la vida.

448. El VIH y la salud sexual y reproductiva están íntimamente relacionados, de manera que en el 80% de los casos, la transmisión del virus ocurre por vía sexual, y, en el 10%, se produce durante el embarazo, el parto o la lactancia³⁴⁴. Pese a ello, en los años siguientes a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la financiación para los programas de salud sexual y reproductiva siguió estancada en muchos países, mientras que la ayuda para el VIH aumentó de manera espectacular³⁴⁵.

449. Ha habido mucho debate, aunque pocas pruebas concluyentes, acerca de si del aumento de la financiación y la ampliación de los programas sobre el VIH se han derivado efectos indirectos en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, un análisis económico reciente utilizó datos de las encuestas demográficas y por hogares y del sistema de notificación de los países acreedores de la OCDE a fin de estudiar el efecto de la ayuda de los donantes para el VIH *per capita* en la prestación de servicios de salud materna en el África Subsahariana entre 2003 y 2010. Si se comparan los resultados anuales en materia de salud con el desembolso de ayuda para el VIH del año anterior, el estudio demuestra que la asistencia para el desarrollo relacionada con el VIH tuvo escaso efecto en las tasas de prestación de servicios de salud materna (información ofrecida por las madres sobre visitas de atención prenatal o asistencia cualificada en el parto). Sin embargo, en zonas con una reducida densidad de personal sanitario y baja prevalencia del VIH, la financiación relacionada con el virus contribuyó más a la implantación de servicios de salud materna, lo que indica que los dólares destinados al SIDA producen efectos multiplicadores en los sistemas de salud que no cuentan con una financiación suficiente, en especial donde la presencia del virus y la enfermedad es menos aguda³⁴⁶.

450. Los Estados deberían incorporar plenamente la atención del VIH y la salud sexual y reproductiva mediante una ampliación considerable del acceso a servicios de calidad para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, en particular las pruebas del VIH; integrar el asesoramiento sobre el VIH en una mejor información sobre salud sexual y reproductiva para todas las personas, en especial los adolescentes y los jóvenes;

more effective HIV/AIDS prevention and care”, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18, núm. (2003), págs. S41 a S51.

³⁴⁴ I. Askew y M. Berer, “The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review”, *Reproductive Health Matters*, vol. 11, núm. 22 (2003), págs. 51 a 73; N. Duce y A. Nolan, “Seizing the big missed opportunity: linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa”, *Reproductive Health Matters*, vol. 15, núm. 30 (2007), págs. 190 a 201.

³⁴⁵ Yu y cols., “Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?”; J. Shiffman, “Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?”, *Health Policy and Planning*, vol. 23, núm. 2 (2008), págs. 95 a 100; Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”.

³⁴⁶ Grépin, “HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa”.

garantizar la continuidad de la atención anterior al embarazo, prenatal y postparto y la salud infantil para todas las mujeres y los niños, con independencia de si tienen o no el virus; y responder a las necesidades de anticonceptivos de todas las personas, en concreto de las seropositivas.

2. Recursos humanos para la salud

451. Según las últimas cifras de la reciente publicación de la OMS y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, el déficit mundial de personal sanitario en 2013 se situó en 7,2 millones y se estima que pueda alcanzar los 12,9 millones en 2035³⁴⁷. Se trata de un marcado aumento con respecto al déficit estimado de la fuerza de trabajo en 2006 de aproximadamente 4,3 millones de profesionales en 57 países con una escasez crítica³⁴⁸. En ese momento el déficit de personal sanitario era más grave en 36 países de África y Asia Sudoriental, debido a las necesidades de Bangladesh, la India e Indonesia (véase el cuadro 2). El conjunto de países con una densidad baja de recursos humanos sanitarios o con una escasa cobertura de servicios ha cambiado desde entonces. Entre los 57 países con una escasez crítica originalmente, 46 disponen de datos que indican aumentos en el número de médicos, enfermeras y parteras. Sin embargo, estas mejoras netas se ven neutralizadas por el crecimiento de la población a lo largo del tiempo, que sigue agudizando la escasez de personal sanitario³⁴⁶.

Cuadro 2

Déficits críticos estimados de médicos, enfermeras y parteras por región en 2006

Región de la OMS	Número de países		En países con déficit		
	Total	Con déficit	Número total	Déficit estimado	Aumento necesario en porcentaje
África	46	36	590 198	817 992	139
América	35	5	93 603	37 886	40
Asia Sudoriental	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europa	52	0	–	–	–
Países del Mediterráneo oriental	21	7	312 613	306 031	98
Países del Pacífico occidental	27	3	27 260	32 560	119
Mundo	192	57	3 355 728	2 358 470	70

Fuente: OMS, *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, cuadro 1.3, en www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1.

³⁴⁷ Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y OMS, *A Universal Truth: No Health without a Workforce*, resumen (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

³⁴⁸ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud* (Ginebra, 2006), cap. 1; en http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1.

452. Sobre la base de los umbrales estimados (22,8, 34,5 y 59,4 por cada 10.000 habitantes) de profesionales cualificados de la salud (parteras, enfermeras y médicos), elaborados para demostrar patrones de disponibilidad mundial, del informe de la OMS citado anteriormente se desprenden las siguientes conclusiones³⁴⁶:

a) “83 países se sitúan por debajo del umbral de los 22,8 profesionales cualificados de la salud por cada 10.000 habitantes”; esto representa el número más bajo de médicos, enfermeras y parteras necesarios para prestar servicios de salud básicos;

b) “100 países se sitúan por debajo del umbral de 34,5 profesionales cualificados de la salud por cada 10.000 habitantes”;

c) “118 países se sitúan por debajo del umbral de 59,4 profesionales cualificados de la salud por cada 10.000 habitantes”;

d) “68 países se sitúan por encima del umbral de 59,4 profesionales cualificados de la salud por cada 10.000 habitantes”.

Estas conclusiones ponen de manifiesto que se mantiene el desequilibrio en la distribución del personal sanitario entre los países; además, estos déficits de profesionales de la salud siguen siendo más acusados en el África Subsahariana y partes de Asia³⁴⁶.

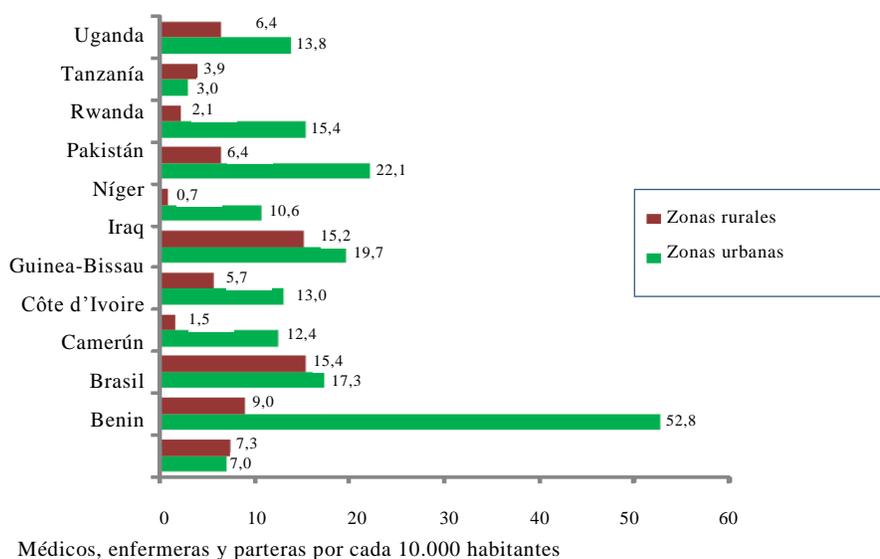
453. El personal sanitario se distribuye globalmente de tal manera que los países con las mayores necesidades y la carga de morbilidad más elevada presentan el número de profesionales de la salud y la densidad de personal sanitario más bajos en términos absolutos (esto es, de profesionales de la salud por unidad de población). Europa tiene una densidad de personal sanitario de 18,9 por cada 1.000 habitantes, aproximadamente ocho veces la de África, donde la densidad de profesionales de la salud se sitúa en 2,3 por cada 1.000 habitantes³⁴⁷. La región de América tiene cerca del 10% de la carga de morbilidad global y el 37% del personal sanitario mundial, mientras que África presenta el 24% de la carga de morbilidad global y el 3% del personal sanitario mundial. De los 49 países con los ingresos *per capita* más bajos (según datos del Banco Mundial), solo cinco llegan al umbral mínimo fijado por la OMS de 23 doctores, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes³⁴⁷.

454. Además del déficit en el volumen total de personal sanitario en muchos países, la escasez se agrava por la distribución espacial desigual dentro de cada país, con una mayor proporción de profesionales sanitarios, especialmente de los más cualificados, concentrada en los centros urbanos³⁴⁹. Muchos países ricos y pobres cuentan con programas de incentivos, que han tenido distinto grado de éxito, para corregir la distribución desigual. La India, por ejemplo, está probando en la actualidad un programa rural de servicios consistente en recompensar a los médicos con oportunidades de formación de posgrado tras desempeñar su labor en una zona remota o rural³⁵⁰.

³⁴⁹ L. Chen y cols., “Human resources for health: overcoming the crisis”, *The Lancet*, vol. 364, núm. 9449 (2004), págs. 1984 a 1990; OMS, “Achieving the health related MDGs: it takes a workforce” (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html).

³⁵⁰ “Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas”, *Spotlight on Health Workforce Statistics*, núm. 8 (octubre de 2009); en: www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf; N. Dreesch y cols., “An approach to estimating

Gráfico 42
Comparación de la densidad de médicos, enfermeras y parteras entre zonas urbanas y rurales en determinados países en 2005



Fuente: OMS, Departamento de Recursos Humanos para la Salud, “Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas”, Spotlight on Health Workforce Statistics, núm. 8 (octubre de 2009), en http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf.

455. La epidemia de VIH supuso una enorme presión para los sistemas de salud poco preparados, lo que puso de manifiesto y agudizó el déficit crítico de personal sanitario justo en el momento en que resultaba más acuciante disponer de recursos humanos de ese tipo. La epidemia acrecentó la necesidad de personal sanitario para ampliar rápidamente el tratamiento, de tal forma que, según las estimaciones más elevadas, se requerían aproximadamente 120.000 profesionales de la salud para cumplir el objetivo de la OMS de ofrecer terapia retroviral a 3 millones de personas en 2005³⁵¹. Al mismo tiempo, las condiciones de trabajo precarias generaron riesgos de transmisión ocupacional, y el aumento de la carga de trabajo, la escasa remuneración y el acceso extremadamente limitado a medicinas esenciales contribuyeron a que la moral fuera baja y las tasas de abandono elevadas. Algunos profesionales de la salud se trasladaron al sector privado, hecho que según muchos apartó a recursos humanos fundamentales de los programas públicos³⁵². No obstante, la crisis de personal ha fomentado la voluntad política de formar y retener a los profesionales de la salud y ha conducido a la aplicación de estrategias para

human resource requirements to achieve Millennium Development Goals”, *Health Policy and Planning*, vol. 20, núm. 5 (2005), págs. 267 a 276.

³⁵¹ L. R. Hirschhorn y cols., “Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings”, *Human Resources for Health*, vol. 4 (2006).

³⁵² B. Samb y cols., “Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic”, *New England Journal of Medicine*, vol. 357, núm. 24 (2007), págs. 2510 a 2514; Yu y cols., “Investment in HIV/AIDS programs: does it strengthen health systems in developing countries?”.

reducir la presión sobre la fuerza de trabajo del sector sanitario, por ejemplo, mediante la delegación de funciones y la ampliación de programas comunitarios dirigidos a este personal³⁵³.

456. Existen pruebas que ilustran una fuerte correlación entre una baja densidad de personal sanitario y unos resultados deficientes en la esfera de la salud, entre ellos la incapacidad para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio³⁵⁴. Si bien la mayoría de las regiones han experimentado avances significativos en la profesionalización de la atención de los partos desde 2000, el menor progreso se ha registrado en el África Subsahariana (véase el gráfico 43), donde personal no experto y parteras tradicionales asisten en la mayoría de los alumbramientos. Menos del 55% de las mujeres de África dan a luz con una partera cualificada, mientras que en las demás regiones³⁵⁵ ese porcentaje se sitúa en más del 80%, de modo que África está muy lejos de cumplir los objetivos relativos al porcentaje de nacimientos asistidos por parteras cualificadas establecidos en las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción (1999)³⁵⁶. Según un estudio realizado en 58 países donde se produce el 91% de todas las muertes maternas, existía un déficit agudo de personal sanitario y nueve países necesitaban aumentar entre 6 y 15 veces su número de parteras para cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Si se duplicara la cantidad de parteras cualificadas en esos 58 países, se estima que se podría evitar el 20% de las muertes maternas³⁵⁴.

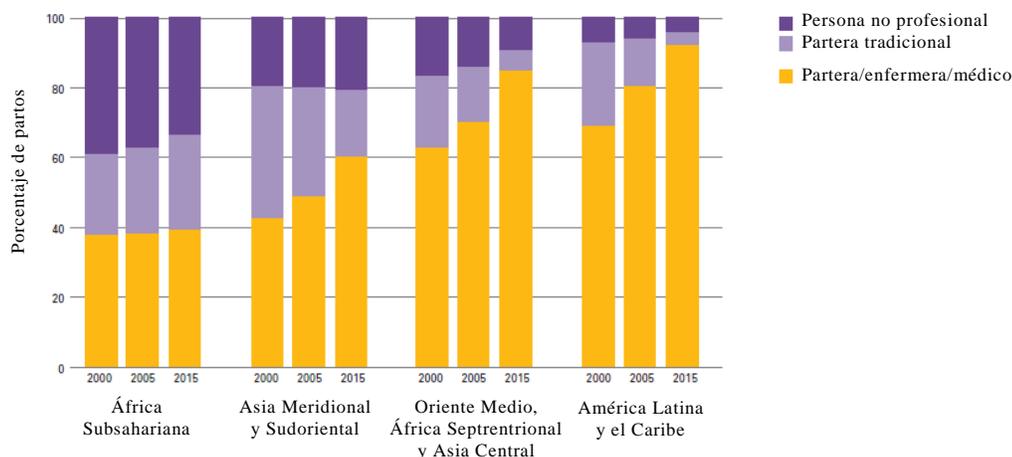
³⁵³ F. Rasschaert y cols., “Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, núm. 1 (2001), pág. S3.

³⁵⁴ N. Speybroeck y cols., “Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes”, documento de antecedentes preparado para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006* (Organización Mundial de la Salud, 2006).

³⁵⁵ Naciones Unidas, UNFPA, *El estado de las parteras en el mundo* (véase la nota 289).

³⁵⁶ En virtud de las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción, “los países deben usar el porcentaje de partos asistidos por personas calificadas como indicador de referencia. Para 2005, en los lugares en que la tasa de mortalidad materna es muy elevada, por lo menos el 40% de los partos deberán ser atendidos por personal de salud idóneo; para 2010, esta cifra deberá ser el 50% como mínimo y para 2015, el 60% como mínimo. Todos los países deben redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80% de todos los partos sean asistidos por personas calificadas, para 2010, el 85%, y para 2015, el 90%” (resolución S/21-2 de la Asamblea General, anexo, párr. 64).

Gráfico 43
Porcentaje de partos con asistencia de profesionales en zonas escogidas, 2000 y 2005, con proyecciones para 2015



Fuente: Adaptado de OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!*, en UNFPA, *El estado de las parteras en el mundo 2011: cuidar la salud, salvar vidas*, gráfico 1.2, en http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMY_Full.pdf.

457. Muchos países pobres han respondido al déficit de profesionales de la salud con la delegación de funciones, es decir, mediante la formación de personal de nivel más bajo para que asuma tareas de mayor responsabilidad³⁵⁷. Los analistas también han venido reconociendo cada vez más que la idoneidad del personal sanitario de un país es un legado de dinámica duradera, que comprende la capacidad, las tradiciones y la adaptabilidad de las instituciones de formación, incentivos profesionales y normas de concesión de licencias que pueden estar obsoletos, las asociaciones entre países que pueden contribuir a la fuga de cerebros y la cultura institucional del personal sanitario.

458. Las evaluaciones nacionales comparativas y en profundidad de los recursos humanos para la salud han resultado valiosas y se reflejan en la labor reciente de la OMS, el Banco Mundial y el UNFPA, que han estado trabajando cada uno por su cuenta en esta cuestión en determinados países con una elevada carga de morbilidad. La iniciativa para los países con una alta carga de muertes maternas y de recién nacidos lanzada por la coalición de asociados H4+ está poniendo en marcha una serie de evaluaciones en ocho países para analizar la dotación de parteras con el objetivo final de mejorar el acceso a los servicios de estas profesionales y mejorar la calidad de su atención a nivel comunitario en un esfuerzo por acelerar el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio y lograr la sostenibilidad de los sistemas de salud³⁵⁸.

³⁵⁷ OMS, “Taking stock; task shifting to tackle health worker shortages”, documento WHO/HSS/2007.03 en www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf; K. Sherr y cols., “The role of non-physician clinicians in the rapid expansion of HIV care in Mozambique”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 52, núm. 1 (noviembre de 2009), págs. S20 a S23.

³⁵⁸ Iniciativa para los países con una alta carga de muertes maternas y de recién nacidos de H4+: directrices operacionales y marco de evaluación (abril de 2012).

459. Las evaluaciones sobre los profesionales sanitarios en los distintos países son sumamente necesarias a fin de ofrecer un diagnóstico de las políticas de recursos humanos para la salud y la oportunidad de una mayor planificación y corrección del déficit de personal sanitario, y reforzar la distribución equitativa de la atención.

460. Los Estados deberían llevar a cabo con urgencia las inversiones necesarias a largo plazo para la formación, contratación y recompensa de los profesionales sanitarios con el fin de aumentar su número y reforzar su capacidad, de forma que se ponga especial atención en garantizar que los recursos humanos permitan un acceso universal a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, en particular mediante evaluaciones nacionales y, en caso necesario, el refuerzo de las instituciones de formación en materia de salud para que presten toda la amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva necesarios; mejorar la capacidad, la retención y la supervisión del personal sanitario; invertir en personal de nivel medio con conocimientos en salud sexual y reproductiva como las parteras; y mejorar la remuneración y los incentivos profesionales para hacer frente a la distribución geográfica desigual del personal sanitario.

3. Sistemas de información sobre la gestión sanitaria

461. Otra deficiencia persistente en los sistemas de salud de los países pobres son los sistemas de información sobre la gestión que sirven para mantener las historias clínicas de los pacientes, las estadísticas de salud y los datos operacionales sobre las tasas de ocupación, la demanda de servicios ambulatorios, los flujos de existencias y los reembolsos, lo que permite a los gestores evaluar las intervenciones y el desempeño de los proveedores y, en última instancia, disponer de una base empírica para la planificación, la gestión y la mejora del sistema de salud³⁵⁹.

462. Mientras que los países más ricos con un amplio acceso a computadoras e Internet han hecho progresos a partir de los sistemas de información sobre la gestión en papel o electrónicos, la mayoría de los países pobres dependen de sistemas de información en papel, lo que interrumpe la continuidad de la atención a los pacientes y reduce el uso eficiente de los datos. Uno de los cambios notables en los sistemas de salud desde 1994, en particular en la última década, ha sido la rápida evolución del acceso a Internet, que ha hecho cada vez más viable la posibilidad de una gran transición de los sistemas de historias clínicas en papel a los informatizados, o al sistema electrónico de información sobre la gestión sanitaria³⁶⁰.

463. El VIH y el SIDA han motivado varias inversiones recientes para mantener historias clínicas electrónicas en los países pobres. El número de pacientes afectados por el virus no localizables puso de manifiesto la precariedad extrema de los sistemas de información sanitaria y de historias clínicas en muchos países. Un estudio de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil en 18

³⁵⁹ C. Allen y D. Jazayeri, "Experience in implementing the OpenMRS medical record system to support HIV treatment in Rwanda", en *MEDINFO 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics Studies in Health Technology and Informatics - Building Sustainable Health Systems*, vol. 129, parte 1, K. A. Kuhn, J. R. Warren y T-Y Leong, eds., *Studies in Health Technology and Informatics* (Amsterdam, IOS Press, 2007), págs. 382 a 386.

³⁶⁰ C. AbouZhar y T. Boerma, "Health information systems: the foundations of public health", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 83, núm. 8 (2005), págs. 578 a 583.

países concluyó que solo se diagnosticó al 9% de los niños nacidos de madres seropositivas en su primera consulta de inmunización³⁶¹. Al tiempo que la comunidad global redobló sus esfuerzos para ofrecer terapia antirretroviral en los países pobres, los programas sobre el VIH y el SIDA recibieron inversiones específicas al objeto de realizar un seguimiento de los pacientes en tratamiento para garantizar que lo estaban cumpliendo³⁶². De ahí que la vigilancia especializada del VIH y el control del cumplimiento de la terapia estén contribuyendo a la expansión de los sistemas de historias clínicas electrónicas en África, aunque no hay pruebas suficientes sobre si esos avances se están aplicando en todo el sector de la salud³⁶³. **Los Estados deberían dar una nueva orientación al sistema sanitario para permitir la continuidad de la atención mediante sistemas de información sobre la gestión sanitaria que faciliten la circulación de las historias clínicas y la integración responsable de la atención comunitaria, primaria y de remisión con la adecuada consideración a la confidencialidad y la privacidad.**

464. Con un reconocimiento más amplio del potencial de las historias clínicas electrónicas en el sector de la salud, determinados países están trabajando para integrar esos sistemas en otras esferas además del seguimiento del VIH, pero surgen dificultades como la falta de personal técnico cualificado, las interrupciones en la cobertura de Internet y los cortes de energía.

465. Si bien los sistemas de información sobre la gestión sanitaria en papel o informatizados pero no basados en Internet son menos eficientes en muchos casos, sí que pueden seguir teniendo un valor sustancial para la mejora y la rendición de cuentas del sistema de salud. Por ejemplo, la vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a ella vincula los sistemas de información sanitaria a las iniciativas de mejora de la calidad. La implantación de la vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a ella depende mucho de que exista un sistema de información sobre la gestión que funcione bien, pero tiene potencial para reducir la mortalidad materna independientemente de la forma en que se recopilen o resuman los datos de esos sistemas de información³⁶⁴.

466. Entre los rápidos avances en la tecnología móvil desde 1994 está la cobertura de telefonía móvil del 85,5% a nivel mundial en 2011³⁶⁵. Además, las nuevas oportunidades de integración de los sistemas móviles de información sanitaria tienen potencial para conectar lugares remotos y mejorar la atención en ellos. Con el 70% de todos los usuarios de telefonía móvil en los países de ingresos bajos y medianos, las posibilidades de llegar a las partes más remotas y rurales del mundo a través de los sistemas móviles de información sanitaria son prometedoras. Se han

³⁶¹ A.S. Ginsbug y cols. "Provision of care following prevention of mother-to-child HIV transmission services in resource-limited settings", *AIDS*, vol. 21, núm. 18 (2007), págs. 2529 a 2532.

³⁶² M. Forster y cols, "Sistemas de historias clínicas electrónicas, calidad de los datos y pérdidas de seguimiento: encuesta sobre los programas de tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 86, núm. 12 (2008), págs. 939 a 947.

³⁶³ Yu y cols., "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?" (véase la nota 342).

³⁶⁴ OMS y cols., *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance-Information for Action to prevent maternal Death* 2013. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013), en www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/index.html.

³⁶⁵ Véase www.itu.int/ict/statistics.

puesto en marcha múltiples iniciativas, desde la información semanal de muertes maternas en Camboya mediante sistemas móviles hasta el control de la falta de existencias de suministros de salud reproductiva y las autopsias verbales en los países con una elevada mortalidad materna a través de teléfono móvil. Sigue existiendo una necesidad sustancial de normalización y directrices para aumentar la interoperatividad entre los sistemas de ciber salud, pero los avances tecnológicos ofrecen una posibilidad genuina de que los sistemas de salud introduzcan mejoras importantes en el funcionamiento y la utilidad de su sistema de información sobre la gestión sanitaria en la próxima década³⁶⁶.

4. Seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva

467. En efecto, los entornos operativos deficientes de los sistemas de información sobre la gestión sanitaria y la falta de eficacia para gestionar en general provocan con frecuencia cuellos de botella que reducen las posibilidades de prestar servicios de salud de calidad, tanto de salud sexual y reproductiva como para otro tipo de necesidades sanitarias. Los compromisos relacionados con la planificación familiar, la detección de infecciones de transmisión sexual y la salud materna tienden a acaparar la tecnología y los suministros necesarios disponibles, aunque en condiciones de escasez de recursos, sistemas ineficientes de información sobre la gestión sanitaria e inadecuada gestión de los programas, muchos países y sistemas de salud carecen de una financiación constante para los suministros y sus procesos de planificación deficientes dan lugar al agotamiento de los suministros de salud reproductiva³⁶⁷.

468. A mediados de la década de 1990, los organismos de las Naciones Unidas, los ministerios y los donantes reconocieron la necesidad de adoptar un enfoque de desarrollo en la cadena de suministro y la seguridad del abastecimiento de suministros para la planificación familiar y la salud reproductiva, e institucionalizaron su preocupación común sobre la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva, que se logra cuando todos los individuos pueden obtener y utilizar suministros de salud reproductiva de su elección, asequibles y de calidad cuando los necesiten. Se puso en marcha una serie de proyectos específicos como la Iniciativa de Suministro en 2001, la Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, que se estableció y amplió posteriormente en 2004, el Fondo Temático para asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva del UNFPA en 2004 y su programa mundial para mejorar la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva en 2007³⁶⁸. Por otro lado, la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños³⁶⁹ y la iniciativa de Planificación Familiar 2020³⁷⁰ seguirán

³⁶⁶ OMS, *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Phone Technologies: Second Global Survey on eHealth*, Global Observatory for eHealth series, vol. 3 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011).

³⁶⁷ UNFPA, *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report* (Nueva York, 2010); en www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6437.

³⁶⁸ J. Solo, "Reproductive health commodity security: leading from behind to forge a global movement" (Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, 2011) en www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Access/JulieSolo.pdf.

³⁶⁹ Véase www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities.

³⁷⁰ Véase www.familyplanning2020.org/images/content/FP2020_ICFP_Release_13-Nov-2013_FINAL.pdf.

ocupándose de la cuestión de la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva de forma coordinada y coherente.

469. Los esfuerzos en materia de seguridad del abastecimiento de suministros se han centrado principalmente en la oferta, que abarca las provisiones y las adquisiciones y se extiende a la infraestructura, en particular vehículos y personal capacitado y motivado. Pese al creciente reconocimiento de la necesidad de estimular cada vez más la demanda de suministros y mejorar sus indicadores, aún no se ha aplicado una estrategia clara.

5. Cobertura sanitaria universal

470. Cada año, como consecuencia del gasto directo en atención de la salud, alrededor de 150 millones de personas sufren problemas financieros graves y otros 100 millones se sitúan por debajo del umbral de pobreza. Y lo que es peor: dado que las personas no tienen acceso a la atención médica, persisten unas tasas elevadas de mortalidad materna e infantil, así como de muertes y discapacidades debidas a otras causas que se podrían evitar³⁷¹.

471. La cobertura sanitaria universal se ha granjeado un apoyo internacional cada vez mayor en los últimos años. En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución para alentar a los países a efectuar la transición hacia la cobertura sanitaria universal. Las alternativas de financiación para lograr la cobertura sanitaria universal constituyó el tema principal del *Informe sobre la salud en el mundo* de 2010 y, en 2013 la atención se centró en la investigación sobre este tipo de cobertura. La mayoría de los países desarrollados, con la notable excepción de los Estados Unidos de América, disponen de cobertura sanitaria universal. No obstante, entre los países en desarrollo con una carga de morbilidad significativa parece abrumador el desafío de financiar de manera sostenible los planes de cobertura sanitaria universal³⁷².

472. Cada vez es más urgente examinar lo que constituirá el paquete de servicios de salud sexual y reproductiva que deberían quedar cubiertos en determinados lugares, dado el nuevo interés político mundial en la cobertura sanitaria universal. Se hace necesario detectar los componentes principales de los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva basados en los derechos, tanto en conjunto como los que podrían incorporarse por etapas, mediante la implantación paulatina de la cobertura sanitaria universal, como se afirmó en la reunión de expertos sobre la salud de la mujer, celebrada en Ciudad de México en 2013, en el contexto del proceso de examen posterior a 2014.

473. Existe el convencimiento generalizado de que con los recursos sanitarios se puede hacer mucho más en un contexto donde tanto los mecanismos de financiación como la prestación de servicios conceden prioridad a la prevención y la atención primaria. Y dado que gran parte de la salud sexual y reproductiva, en especial la educación sexual integral, la anticoncepción, la atención prenatal y el parto asistido por personal cualificado, entre otros aspectos, tiene más que ver con la prevención y

³⁷¹ K. Xu y cols., "Protecting households from catastrophic health spending", *Health Affairs*, vol. 26, núm. 4 (2007), págs. 972 a 983.

³⁷² OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal* (Ginebra, 2013); P. Ingun y cols., "The role of information systems in achieving universal health care", Technical Brief Series, núm. 10 (Organización Mundial de la Salud, 2010).

la atención primaria, hay perspectivas positivas para que la cobertura sanitaria universal incluya y promueva el acceso universal a elementos fundamentales de la salud sexual y reproductiva. La función de las organizaciones no gubernamentales que prestan servicios puede, no obstante, resultar de suma importancia para facilitar una cobertura integral en materia de salud sexual y reproductiva que garantice servicios esenciales como el aborto. Será importante como tal disponer de evaluaciones empíricas de la eficacia, los costos y la viabilidad de todas las dimensiones de la atención relacionadas con la salud sexual y reproductiva, en especial en una amplia variedad de lugares³⁷³.

474. Entre algunos ejemplos en que los planes de cobertura sanitaria universal han tenido éxito en países pobres se encuentra la puesta en marcha del Plan Comunitario de Seguro Médico (*mutuelles*) en Rwanda³⁷⁴. La utilización de acuerdos de financiación inicial y final ajustados a las necesidades específicas del país se ha traducido en mejoras notables en la cobertura del seguro de salud, coincidentes con una reducción del 50% en la mortalidad de los niños menores de 5 años y un aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos del 10% al 45%³⁷⁵. Otros ejemplos similares incluyen el aumento del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva después de la eliminación de las tasas cobradas a los usuarios en Burundi, Ghana, Nigeria y México³⁷⁶.

475. Al establecer planes de cobertura sanitaria universal, los Estados deberían garantizar mecanismos para: a) la participación justa y asequible de todos los beneficiarios potenciales en su país; b) la inclusión de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva dentro de los paquetes de cobertura sanitaria universal y la prestación de atención integral de la salud sexual y reproductiva, en especial a los jóvenes y los pobres; y c) la garantía de ecuanimidad e igualdad mediante la participación de la sociedad civil, las comisiones independientes y los grupos de promoción en la supervisión de los procedimientos, prestadores de servicios y reembolsos permitidos.

476. Aunque persisten algunas dificultades, la experiencia útil adquirida a partir de la puesta en marcha de planes de cobertura sanitaria universal en nuevos países engloba la necesidad de garantizar que la elaboración de los paquetes de servicios sea localizada, se dirija a los pobres pero tenga en cuenta la situación de todos, se centre especialmente en las demandas espaciales de atención e incluya la previsión de las necesidades de recursos humanos, infraestructuras y suministros y la desigualdad de género y otras formas de discriminación. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de vincular estrechamente a la planificación de la cobertura sanitaria universal pruebas sólidas sobre la dinámica de la población, como los datos y factores demográficos relacionados con la salud que limitan el acceso a la atención médica³⁷⁵.

³⁷³ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*.

³⁷⁴ C. Lu y cols., “Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda *Mutuelles* in its first eight years”, *Plos One*, vol. 7, núm. 6 (18 de junio de 2012).

³⁷⁵ OMS, “Success stories: building from the bottom, steering and planning from the top – Rwanda” (2011).

³⁷⁶ D. Varatharajan, S. D’Almeida y J. Kirigia, “Ghana’s approach to social health protection”, documento de antecedentes núm. 2, elaborado para el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* (Organización Mundial de la Salud, 2010); en www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GhanaNo2Final.pdf.

6. Control de calidad

477. En todo el mundo se reconoce cada vez más la relación entre la calidad de los servicios de salud, las tasas de utilización y los logros en materia sanitaria, así como los beneficios económicos de aumentar la calidad³⁷⁷. Si bien existen diferencias en cuanto a la calidad de la atención de la salud dentro de las regiones del mundo y entre ellas, los indicadores de salud sexual y reproductiva, comparativamente peores en los países de ingresos bajos y medianos, subrayan la necesidad de centrarse con urgencia en la cuestión de la calidad en esas regiones.

478. Los sistemas de control de calidad miden, supervisan, controlan, optimizan y modifican (en caso necesario) todos los componentes del sistema de salud en todos los niveles de prestación de servicios. El control de calidad también es un aspecto esencial de la estrategia “Salud para Todos” de la OMS. Antes de 1994, Bruce³⁷⁸ propuso siete elementos de calidad en los programas de planificación familiar, que resaltaban la imperiosa necesidad de un asesoramiento y unos servicios centrados en el cliente en un momento en que muchos de esos programas seguían estructurados para cumplir metas anticonceptivas. Durante las dos décadas posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se han generado numerosos marcos, muchos de ellos basados en la propuesta de Bruce, que permiten conceptualizar, medir y controlar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva³⁷⁹. Por ejemplo, las redes de proveedores y beneficiarios llevan a cabo una especie de exámenes por homólogos de otros servicios comparables en su nivel de atención, a menudo con resultados excelentes a un costo bajo y mejoras medibles en la motivación de los profesionales de la salud, un factor significativo de la calidad de los cuidados³⁸⁰. El Programa de Acción puso el debido énfasis en la participación formal de la sociedad civil en los sistemas de rendición de cuentas, que puede ampliarse al control de calidad.

479. La experiencia de las pacientes al recibir tratamiento es un indicador importante de la futura utilización de esos servicios y repercute en el comportamiento de otros miembros de su familia y comunidad cuando buscan atención médica³⁷⁶. Numerosos estudios sobre los servicios de salud sexual y reproductiva revelan que las mujeres valoran más la comodidad y el respeto que otros aspectos de la atención, como la cercanía o el tiempo de espera³⁸¹. Las características de los clientes, entre ellas las diferencias socioeconómicas, se asociaron a sus niveles de satisfacción. Por ejemplo, un estudio realizado en la

³⁷⁷ OMS, *Quality of Care in the Provision of Sexual and Reproductive Health Services: Evidence from a World Health Organization Research Initiative* (Ginebra, 2011).

³⁷⁸ J. Bruce, “Fundamental elements of quality of care: a simple framework”, *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 2 (1990), págs. 61 a 69.

³⁷⁹ A. Germain, “Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information and services”, documento de antecedentes preparado para la reunión de expertos sobre salud, derechos, empoderamiento y factores sociales determinantes, celebrada en Ciudad de México del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2013.

³⁸⁰ L. Creel, J. Sass y N. Yinger, “Overview of quality of care in reproductive health: definitions and measurements of quality”, *New Perspectives on Quality of Care*, núm. 1 (Consejo de Población y Oficina de Información Demográfica, 2002).

³⁸¹ J. M. Turan y cols., “The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul”, *Studies in Family Planning*, vol. 37, núm. 1 (2006), págs. 49 a 60.

Argentina puso de manifiesto una variación sustancial de los niveles de satisfacción entre los residentes nativos y los inmigrantes en todas las clínicas analizadas³⁸².

480. La escasa calidad de la atención en los países más pobres suele atribuirse a la falta de recursos, aunque las investigaciones demuestran que se puede lograr un servicio de alta calidad en lugares donde los recursos son escasos. En concreto, un estudio realizado en Indonesia atribuyó solo el 37% de las muertes perinatales a la escasez de recursos y más del 60% a un proceso deficiente de prestación de servicios, mientras que otra investigación llevada a cabo en Jamaica reveló que las mejoras en los procesos por sí solas, sin financiación adicional, guardaban una relación significativa con el aumento del peso de los bebés al nacer³⁸³.

481. Numerosos estudios hacen hincapié en la necesidad de contar con mecanismos de control de calidad efectivos y constantes, en particular allí donde los recursos limitados, la escasez de personal sanitario y las deficiencias de las infraestructuras aumentan la presión sobre los sistemas de salud. Una estrategia que maximice los recursos con un control de calidad sistemático puede conducir a nuevos niveles de desempeño en lo que a calidad y gestión de la salud se refiere.

482. No parece haber “fórmulas mágicas” para garantizar la equidad y la calidad en la prestación de servicios. Con el fin de introducir mejoras duraderas y sostenibles, en particular en regiones del mundo con los peores resultados en materia de salud, se necesitan inversiones en enfoques a nivel de los sistemas para promover la transformación. Los sistemas de salud deben reforzarse íntegramente y fundamentarse en el derecho a una atención de calidad.

483. Los Estados deberían otorgar la máxima prioridad a reforzar la estructura, la organización y la gestión de los sistemas de salud, incluido el desarrollo y el mantenimiento de infraestructuras necesarias, como carreteras, electricidad, agua salubre, instalaciones, equipo y suministros, para garantizar el acceso justo e igualitario de todas las personas a una atención primaria integral, integrada y de calidad, que abarque servicios de salud sexual y reproductiva y la proximidad a centros de remisión de excelencia para niveles superiores de atención, con el compromiso de facilitar acceso universal a unos cuidados sanitarios de calidad a todas las poblaciones pobres y de las zonas rurales y remotas, los pueblos indígenas y todos aquellos que viven sin una atención médica adecuada en la actualidad.

7. Servicios y derechos de salud sexual y reproductiva en el caso de los refugiados y los desplazados internos

484. En 1994, la Comisión de mujeres para las mujeres y los niños refugiados³⁸⁴ publicó un informe que documentaba la falta de servicios de salud sexual y reproductiva para los refugiados y otros afectados por las crisis. En el mismo año se reconocieron las necesidades reproductivas específicas de los refugiados y los desplazados internos en el Programa de Acción y se formó el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Reproductiva en las Crisis con el fin de mejorar el

³⁸² M. Cerrutti y B. Freidin, “Analyzing quality of family planning services in Buenos Aires: convergence and discrepancy between users’ and experts’ views” (informe inédito, 2004).

³⁸³ J. Peabody y cols., “Improving the quality of care in developing countries”, en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2ª ed., D. T. Jamison y cols., eds. (Washington D.C., Banco Mundial, 2006), cap. 70.

³⁸⁴ En la actualidad, la Comisión de Mujeres Refugiadas.

acceso de las personas afectadas por las crisis humanitarias, como los conflictos y, cada vez con más frecuencia, los desastres naturales³⁸⁵ a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

485. Según un examen realizado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional entre 2002 y 2004, se había logrado un avance significativo en la sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva y su promoción en el caso de las poblaciones afectadas por los conflictos, en particular en los campamentos de refugiados de carácter más estable. No obstante, se detectaron deficiencias importantes, en especial relacionadas con la violencia por razón de género y el VIH y el SIDA, y una grave escasez de servicios de salud sexual y reproductiva para los desplazados internos.

486. En la actualidad existen instrumentos normalizados que ofrecen directrices normativas para establecer programas de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis, como el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios³⁸⁶ y el Paquete Inicial Mínimo de Servicios de la Salud Reproductiva, integrado en las normas Esfera de 2004 y 2011, estándares mínimos universales para la respuesta humanitaria. El Paquete Inicial Mínimo de Servicios de la Salud Reproductiva ya forma parte de los numerosos documentos de política y directrices de alto nivel para los escenarios de crisis³⁸⁷, y según una evaluación de ese Paquete realizada en 2013 en el campamento de refugiados de Zaatri y la ciudad de Irbid en Jordania, los servicios prioritarios de salud reproductiva están incorporados en la respuesta a la crisis de la República Árabe Siria³⁸⁸.

487. No se han reducido las necesidades. Se estima que en la actualidad 44 millones de personas de todo el mundo se encuentran desplazadas por los conflictos, y otros 32 millones, por los desastres naturales. Hoy en día más de la mitad de los refugiados atendidos por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) viven en zonas urbanas y no en campamentos, y los desplazados internos suelen residir en comunidades de acogida o estar dispersos en zonas geográficas extensas. Esos cambios en la distribución espacial de los desplazados internos plantean nuevas dificultades que han motivado un examen reciente para facilitar el asesoramiento sobre la programación futura.

488. La falta de integración o incorporación de la salud sexual y reproductiva en las respuestas de emergencia grave sigue suponiendo un problema. En las emergencias complejas, la salud sexual y reproductiva suele pasar a un segundo plano, por lo que la calidad y la variedad de los servicios relacionados con ella se resienten. Si bien de

³⁸⁵ Originalmente se llamaba “grupo de trabajo entre organismos sobre salud genésica en situaciones con refugiados”. Hoy el grupo de trabajo ha crecido y engloba a más de 450 organismos miembros de amplia base, que incluyen a aproximadamente 1.500 personas de organismos de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades y organizaciones donantes.

³⁸⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y Comisión de Mujeres Refugiadas, “Refocusing family planning in refugee settings: findings and recommendations from a multi-country baseline study” (noviembre de 2011).

³⁸⁷ Como las *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings* y el *Gender Handbook in Humanitarian Action* del Comité Permanente entre Organismos; *Health Cluster Guide for Country-level Implementation of the Health Cluster* (Organización Mundial de la Salud, 2009).

³⁸⁸ ACNUR, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Reproductiva en las Crisis, *Reproductive Health Services for Syrian refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package*, 17 a 22 de marzo de 2013 (2013).

acuerdo con el último examen realizado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional, hay más servicios disponibles que hace 10 o 20 años, estos no suelen ser integrales y, en lugar de todo el Paquete Inicial Mínimo de Servicios de la Salud, se aplican solo determinados componentes de él. Existen deficiencias en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, ya que se carece de métodos a largo plazo o permanentes o de servicios anticonceptivos para adolescentes o solteros, mientras que siguen siendo limitados los servicios que se ocupan de la violencia por razón de género, el aborto en condiciones de seguridad, los cuidados posteriores al aborto, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

489. Resulta necesario adoptar iniciativas mundiales para garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva destinados a los refugiados y los desplazados internos solventen de manera integral las deficiencias detectadas, entre ellos los servicios para hacer frente a la violencia por razón de género, un mayor acceso de los solteros y los jóvenes a la atención, y el suministro de múltiples tipos de anticonceptivos.

490. Se impone la necesidad de disponer de una base empírica más sólida. Por otro lado, es indispensable una supervisión mayor y reforzada para documentar los logros y efectos de los programas en vigor. Según los resultados preliminares de un estudio reciente realizado por Research for Health in Humanitarian Crises, financiado por el Reino Unido (Departamento de Desarrollo Internacional) y el Wellcome Trust, los datos disponibles sobre las necesidades y los servicios de salud en escenarios de crisis, en particular sobre salud sexual y reproductiva, suelen ser deficientes.

8. Prioridades de los gobiernos: salud y derechos sexuales y reproductivos

Prioridades mundiales en materia de salud sexual y reproductiva

Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	56% de los gobiernos
Salud maternoinfantil	51% de los gobiernos
Servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual	43% de los gobiernos
Servicios de planificación familiar	38% de los gobiernos
Cánceres del sistema reproductor	36% de los gobiernos

Región de África – prioridades en materia de salud sexual y reproductiva

Salud maternoinfantil	71% de los gobiernos
Servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual	56% de los gobiernos
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	56% de los gobiernos
Servicios de planificación familiar	46% de los gobiernos
Cánceres del sistema reproductor	42% de los gobiernos

Región de América – prioridades en materia de salud sexual y reproductiva	
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	74% de los gobiernos
Salud maternoinfantil	42% de los gobiernos
Servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual	42% de los gobiernos
Maximización de la inclusión social, el acceso igualitario y los derechos a la salud sexual y reproductiva	42% de los gobiernos
Servicios de planificación familiar	32% de los gobiernos
Región de Asia – prioridades en materia de salud sexual y reproductiva	
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	56% de los gobiernos
Salud maternoinfantil	54% de los gobiernos
Servicios de planificación familiar	46% de los gobiernos
Cánceres del sistema reproductor	37% de los gobiernos
Maximización de la inclusión social, el acceso igualitario y los derechos a la salud sexual y reproductiva	27% de los gobiernos
Servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual	27% de los gobiernos
Región de Europa – prioridades en materia de salud sexual y reproductiva	
Servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual	55% de los gobiernos
Maximización de la inclusión social, el acceso igualitario y los derechos a la salud sexual y reproductiva	48% de los gobiernos
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	45% de los gobiernos
Salud maternoinfantil	39% de los gobiernos
Cánceres del sistema reproductor	35% de los gobiernos
Región de Oceanía – prioridades en materia de salud sexual y reproductiva	
Servicios de planificación familiar	58% de los gobiernos
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	42% de los gobiernos
Violencia	33% de los gobiernos
Maximización de la inclusión social, el acceso igualitario y los derechos a la salud sexual y reproductiva	33% de los gobiernos
Elaboración de políticas, programas y leyes en materia de salud sexual y reproductiva	33% de los gobiernos

491. Cabe señalar que la prioridad en materia de salud sexual y reproductiva mencionada con mayor frecuencia, en concreto por el 57% de los gobiernos de todo el mundo, fue la “prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes”. Dado que la cohorte actual de jóvenes supera con creces a la de las generaciones anteriores, es de suma importancia atender a sus necesidades, en particular las relacionadas con la salud sexual y reproductiva. El hecho de que la segunda prioridad aludida más a menudo fuera “salud maternoinfantil” se debió en gran parte al número de países africanos y asiáticos donde la mortalidad materna seguía teniendo una notable prevalencia y constituyendo un problema de salud significativo. Un dato interesante es que los “cánceres del sistema reproductor”, entre ellos el de mama y cuello uterino, que se sitúan en quinto lugar a nivel mundial, fueron mencionados, en comparación, por más países de ingresos altos no pertenecientes a la OCDE (50%) y de ingresos bajos (41%) en lugar de por países de otros grupos de ingresos.

492. Si se agrupan los países por ingresos, las prioridades más frecuentemente destacadas por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos bajos fueron “servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes”, “salud maternoinfantil” y “planificación familiar”, mientras que “la inclusión social, el acceso igualitario y los derechos a la salud sexual y reproductiva” y los “servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual” constituían una prioridad para los países de ingresos altos de la OCDE, y fueron aspectos mencionados por el 58% de sus gobiernos.

493. Los patrones anteriores reiteran los inextricables vínculos entre la salud y la riqueza. A los países en desarrollo les siguen faltando piezas fundamentales para establecer unos sistemas de salud sólidos, necesarias para prestar servicios básicos de salud maternoinfantil, lo que queda de manifiesto en las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternoinfantiles que se registran constantemente en esos países. Los resultados del estudio señalan que los gobiernos reconocen la necesidad de priorizar las dimensiones de los servicios de salud sexual y reproductiva más demandados.

Prioridades de las organizaciones de la sociedad civil en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Un estudio reciente (2013) realizado entre 198 organizaciones de la sociedad civil de tres regiones que trabajan en la esfera de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos indicó que en África el 26% de este tipo de organizaciones consideraba la “elaboración de programas, políticas, estrategias y leyes y la creación de instituciones” la cuestión prioritaria de la política pública en el próximo lustro o decenio. En cambio, el “aborto” fue la cuestión citada con mayor frecuencia por las organizaciones de la sociedad civil de América (29%) y Europa (25%). En esta última región, el 20% de las organizaciones de la sociedad civil consideraban la “salud sexual y reproductiva específica para los adolescentes y los jóvenes”, es decir, la información, el asesoramiento y los servicios, la cuestión prioritaria de la política pública en el futuro cercano.

H. Salud: principales esferas de acción

1. **Aceleración del progreso hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y realización de los derechos sexuales y reproductivos.**

494. Una proporción alarmantemente elevada de personas, en particular los pobres, sigue viviendo sin acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El crecimiento económico por sí solo no es suficiente para garantizar una cobertura universal equitativa, de modo que los países han de destinar recursos para que todas las personas tengan acceso a una atención de calidad y asequible. En los debates actuales se concede un peso considerable a la “cobertura universal de la atención de la salud” como medio para que todas las personas tengan acceso a la atención sanitaria sin dificultades económicas.

495. La máxima prioridad debería ser mejorar los sistemas de atención primaria para que los servicios de salud sexual y reproductiva integrados, integrales y de calidad, con remisiones adecuadas, resulten accesibles en los lugares donde residen las personas, en especial las poblaciones de zonas rurales y remotas y las que tienen recursos limitados, incluidos los pobres que viven en zonas urbanas. Estas iniciativas deberían garantizar la disponibilidad de la más amplia variedad de tecnologías y suministros, así como la mejora de los sistemas de información sobre la gestión sanitaria.

496. Se debería conceder especial atención a la disponibilidad y accesibilidad de los recursos humanos para ofrecer unos servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad, en concreto con inversiones en la capacidad de los profesionales de la salud, sobre todo el personal de nivel medio como las parteras, con una mejor distribución y con el refuerzo de las instituciones de formación en materia de salud.

497. La mejora de la disponibilidad y accesibilidad debería ir aparejada a un aumento de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para atender a cada persona de una forma integral e integrada, proteger los derechos humanos de todos y garantizar la privacidad y confidencialidad de los servicios y la información relativa a los derechos de los pacientes.

2. **Protección y realización de los derechos de los adolescentes y los jóvenes a una información precisa, una educación sexual integral y unos servicios sanitarios que garanticen su bienestar sexual y reproductivo y su salud durante toda la vida.**

498. Las tasas de infecciones de transmisión sexual y por el VIH y de mortalidad relacionada con el SIDA, los fallecimientos por aborto y las muertes maternas entre los jóvenes ponen de manifiesto la urgente necesidad de resolver el problema del acceso insuficiente a la información y los servicios que en la actualidad afecta a la generación de adolescentes y jóvenes más numerosa de la historia.

499. Se deben realizar mayores inversiones en información y servicios de forma que sean accesibles y aceptables para los adolescentes y los jóvenes. La supervisión y la evaluación de los programas deberían valorar de manera explícita en qué medida se llega a los adolescentes y qué intervenciones proporcionan una salud y un bienestar mayores a largo plazo para los jóvenes.

500. La salud sexual y reproductiva de las adolescentes exige que se ponga fin a la desigualdad de género en la educación, se apruebe la edad mínima legal de 18 años para contraer matrimonio y se haga cumplir ese requisito, se erradique la mutilación/ablación genital femenina y otras prácticas nocivas, y se eliminen todas las formas de discriminación y violencia contra las niñas. Esta protección de las adolescentes y las jóvenes es esencial para crear una sociedad en la que puedan desarrollar sus capacidades, ampliar su educación, y de manera libre contraer matrimonio y quedar embarazadas.

501. Para la consecución de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, los adolescentes y los jóvenes, tanto dentro como fuera de las escuelas, deberían recibir una educación sexual integral que haga hincapié en la igualdad de género y los derechos humanos, en particular en la atención a las normas de género, el poder y los valores sociales de igualdad, no discriminación y resolución no violenta de los conflictos. Los programas de ese tipo también pueden empoderar a los jóvenes para que adopten comportamientos saludables que reporten beneficios duraderos para ellos mismos y para la sociedad en general.

502. Todos los programas dirigidos a los adolescentes y a los jóvenes dentro y fuera de las escuelas deben remitir a un asesoramiento y unos servicios de salud sexual y reproductiva fiables y de calidad, así como a otros servicios de salud, incluidos los de salud mental. Deberían eliminarse las barreras legales, reglamentarias y normativas que obstaculizan el acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

3. Mejora de servicios de salud sexual y reproductiva concretos.

Anticoncepción

503. Para la salud y los derechos reproductivos es esencial la disponibilidad y accesibilidad de la más amplia gama posible de métodos anticonceptivos, entre ellos los de emergencia, con un asesoramiento e información técnica adecuados para atender a las necesidades y preferencias anticonceptivas de individuos y parejas a lo largo de la vida. No obstante, algunos países ofrecen solo unos cuantos métodos o no ponen a disposición del público en general opciones o información que permitirían a las personas elegir de manera libre e informada, en especial donde los sistemas de salud no son sólidos, por ejemplo en zonas rurales. Las decisiones sobre qué tipo o tipos de anticonceptivos administrar deben ajustarse a la capacidad de los proveedores de servicios de salud, pero al mismo tiempo cabe desarrollar el sistema de salud y la capacidad del personal sanitario para ofrecer toda una variedad de métodos que atiendan a las necesidades y preferencias de todos a lo largo de la vida.

Aborto

504. Gracias al mayor acceso al aborto en condiciones de seguridad y a la atención posterior, las tasas de aborto y las de muertes relacionadas con él han descendido a nivel mundial con diferencias significativas entre las regiones. No obstante, el progreso no es suficiente, ya que las tasas de mortalidad resultantes de los abortos practicados en condiciones no seguras siguen siendo inaceptablemente elevadas en África y Asia Meridional, donde se ha registrado más de la mitad de las muertes entre mujeres jóvenes menores de 25 años. Urge adoptar medidas concretas para:

a) Reducir los embarazos no deseados con un mayor acceso a los anticonceptivos y el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres y las niñas para que no se les obligue a mantener relaciones sexuales no consentidas o bajo coacción y no sean víctimas de otras formas de violencia de género;

b) Garantizar el acceso a una atención de calidad posterior al aborto a todas las personas que sufran complicaciones por haberseles practicado un aborto en condiciones no seguras;

c) Adoptar las medidas contenidas en la publicación de la OMS titulada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* para eliminar los obstáculos legales a los servicios;

d) Garantizar que todas las mujeres tengan un acceso fácil a servicios seguros y de calidad para abortar.

Servicios de maternidad

505. El 90% de las muertes maternas pueden prevenirse, y la eliminación de todos los fallecimientos que podrían evitarse exige un sistema de atención primaria integrado, que funcione bien y esté cerca de donde viven las mujeres; mecanismos de remisión eficaces para responder a las complicaciones del embarazo y el parto; y la disponibilidad y accesibilidad universal de servicios de atención obstétrica de urgencia, tanto básicos como integrales, que funcionen adecuadamente. Lograr una atención materna de calidad que sea accesible y disponible a nivel universal exige la mejora del sistema de salud, en particular en el África Subsahariana y Asia Meridional.

506. Por cada mujer que muere debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, se estima que otras 20 sufren graves dolencias que a menudo son para toda la vida, como fístula obstétrica, prolapso uterino, incontinencia y anemia grave. Las tasas de morbilidad y letalidad maternas deberían utilizarse cada vez más como indicadores de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y la progresiva consecución del derecho de la mujer a la salud.

Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH

507. Según los datos disponibles, se ha registrado un aumento del 40% de los casos incidentes anuales de infecciones de transmisión sexual desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, si bien se observan deficiencias generalizadas en la vigilancia epidemiológica. Pese a que las infecciones de transmisión sexual entrañan graves consecuencias para la salud y la fertilidad de las mujeres, contribuyen al aborto espontáneo y al bajo peso de los niños al nacer y pueden provocar enfermedades congénitas, siguen estando entre las dolencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva que se vigilan, se diagnostican o se tratan de manera menos adecuada en todo el mundo. Es sumamente necesario renovar el compromiso global de mejorar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y de aumentar el acceso de todas las personas, en particular de los jóvenes, a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento eficaces de esas infecciones.

508. Asimismo, se necesita una inversión continua para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH y acelerar la plena integración de los servicios relacionados con el VIH y otros servicios de salud sexual y reproductiva de una manera que refuerce los sistemas sanitarios de manera integral. Por otro lado, es indispensable atender y hacer frente a las condiciones estructurales que pueden estar contribuyendo a la persistencia de nuevas infecciones por el VIH en África Meridional.

Enfermedades no transmisibles, en particular los cánceres del sistema reproductor

509. La prevalencia de los cánceres del sistema reproductor y la mortalidad y morbilidad previstas como consecuencia de ellos siguen poniendo de manifiesto el acceso insuficiente y no igualitario a la información, la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel mundial.

510. Más de medio millón de mujeres al año desarrollan cáncer de cuello uterino, causante del fallecimiento de más de la mitad de ese número, sobre todo en los países en desarrollo, y que puede prevenirse mediante revisiones periódicas y la vacuna contra el virus del papiloma humano. Pese a la baja incidencia del cáncer de mama en los países en desarrollo, las tasas de mortalidad son más elevadas debido a la falta de acceso a las pruebas de detección y el tratamiento.

511. En todas las regiones del mundo salvo en África, donde existe una carga doble, las muertes por enfermedades no transmisibles superan a las causadas por el conjunto de los trastornos maternos, perinatales, transmisibles y nutricionales, y la mortalidad conexa se da a edades más tempranas en los países en desarrollo. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la depresión y las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayoría de las afecciones no transmisibles y las muertes. Esta variación en la carga de morbilidad refleja cambios significativos en el consumo de tabaco, la ingesta nociva de alcohol, la actividad física insuficiente y la dieta y la obesidad malsanas.

512. Resulta fundamental atender a la creciente carga de cánceres del sistema reproductor, entre ellos los de mama, cuello uterino y próstata, mediante la inversión en estrategias de prevención, entre ellas la vacuna contra el virus del papiloma humano y las revisiones de rutina, el tratamiento precoz en la atención primaria y las remisiones fiables a los niveles superiores de atención.

513. Asimismo, es necesario reducir los factores de riesgo de contraer una enfermedad no transmisible mediante la promoción de comportamientos y opciones de estilo de vida saludables, en particular entre los niños, los adolescentes y los jóvenes.

IV. Lugar y movilidad

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados.”
(Programa de Acción, principio 2)

“Los países deberían garantizar a todos los migrantes todos los derechos humanos básicos incluidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.”
(Programa de Acción, principio 12)

“Los gobiernos deben mejorar la gestión y prestación de servicios a las aglomeraciones urbanas en rápido crecimiento y promulgar instrumentos legislativos y administrativos propicios y facilitar recursos financieros suficientes para satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos, incluidos los pobres de las zonas urbanas, los migrantes internos, las personas de edad y los discapacitados”
(Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción, párr. 31)

514. La importancia del lugar para la seguridad humana coincide con pruebas notables de nuestra relación muy humana con la migración. No somos seres ni migratorios ni sedentarios, no cambiamos de manera habitual o instintiva nuestra morada con las estaciones, sino que llevamos con nosotros la singular capacidad humana de tener un profundo apego por el lugar y el impulso de buscar lugares nuevos y mejores para hacer de ellos nuestros hogares. Nuestras políticas públicas, por tanto, deben tener en cuenta ambas necesidades humanas —tener un lugar seguro y movilidad.

515. El lugar es social y espacial³⁸⁹. Incluye a nuestra familia, hogar y comunidad, que constituyen el tejido social movable que nos vincula a los demás. El lugar incluye la localidad, el municipio, el estado y el país que consideramos propio, incorporando en nosotros un nicho ambiental y una estructura política comunes.

516. Un lugar seguro es esencial para el desarrollo humano, ya que la seguridad humana, es decir, estar protegido contra el hambre, el temor, la violencia y la discriminación, es una condición previa para el desarrollo de los niños y el crecimiento creativo de todas las personas. Los instrumentos de derechos humanos fundamentales protegen los derechos relacionados con la seguridad humana mediante “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado ... incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”, así como a la movilidad, incluido el derecho de la persona que se halle legítimamente en el territorio de un Estado “a circular libremente por él y a escoger libremente en él su residencia” y a “salir libremente de cualquier país”³⁹⁰.

517. Un número creciente de personas de todo el mundo se está moviendo, tanto dentro de las fronteras nacionales como a nivel internacional. Es esencial un lugar seguro para las personas en movimiento, lo que subraya la importancia de la planificación para ciudades en rápido crecimiento que puedan integrar y apoyar a los migrantes del medio rural al urbano y a los pobres de las zonas urbanas.

³⁸⁹ T. F. Gieryn, “A space for place in sociology”, *Annual Review of Sociology*, vol. 26 (2000), págs. 463 a 496.

³⁹⁰ Véase el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General, anexo).

518. Sin embargo, la escala de la población que vive día a día sin un hogar seguro o fiable subraya la urgencia de prestar mayor atención mundial a la seguridad humana. A fines de 2012 había al menos 15,4 millones de refugiados³⁹¹, 28,8 millones de desplazados internos³⁹², unos 863 millones de personas vivían en tugurios³⁹³, y una gran población, cuyo número se desconoce, carecía totalmente de hogar. Esos retos exigen asociaciones de cooperación entre los gobiernos para lograr una planificación inclusiva del uso de la tierra, sistemas de salud de las zonas urbanas y rurales vinculados y compromisos para satisfacer la necesidad de una vivienda segura.

519. En la presente sección se examinan los cambios en la estructura de los hogares, el lugar más inmediato de las personas. Se destaca la movilidad interna e internacional en la medida en que define las perspectivas de las personas, así como la urbanización como transición espacial dominante en la actualidad en gran parte del mundo. Se resaltan algunas de las amenazas más importantes para el lugar, como la falta de vivienda, el desplazamiento y la falta de acceso a la tierra.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 19

Libertad de circulación

Otras normas de derecho no vinculantes. La observación general núm. 27, relativa a la libertad de circulación (1999) aprobada por el Comité de Derechos Humanos afirma que “la libertad de circulación es una condición indispensable para el libre desarrollo de la persona”. La observación general aclara los derechos relacionados con la libertad de circulación; la libertad de escoger residencia; la libertad de salir de cualquier país, incluso del propio; el derecho a entrar en su propio país; y las circunstancias excepcionales en las que el Estado puede restringir esos derechos, observando que “la aplicación de las restricciones permisibles en virtud del párrafo 3 del artículo 12 [del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos] debe ser compatible con otros derechos consagrados en el Pacto y con los principios fundamentales de igualdad y no discriminación”.

A. Cambios en la estructura de los hogares

520. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se exhortó a los Estados a formular políticas para prestar mejor apoyo social y económico a las familias, reconocer el aumento de los costos de la crianza de los hijos y prestar asistencia al creciente número de familias monoparentales. El Programa de Acción reconoció que la familia podría adoptar diversas formas. Sin embargo, apenas se mencionaron las tendencias prevaletentes en las estructuras familiares o de los hogares en ese momento, aparte de señalar el aumento de las

³⁹¹ ACNUR, “Desplazamiento, el nuevo reto del siglo XXI”, *Tendencias globales 2012* (Ginebra, 2013).

³⁹² Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos y Consejo Noruego para los Refugiados, *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (Ginebra, 2013).

³⁹³ Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), *State of the World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities* (Nairobi, 2012).

familias monoparentales. No previó la creciente inestabilidad de las uniones maritales en muchas sociedades, o la creciente heterogeneidad de la estructura de los hogares y las modalidades de convivencia, incluidos los hogares unipersonales, monoparentales, encabezados por niños y abuelos, que caracterizan hoy muchas familias.

521. Por tanto, el objetivo principal del Programa de Acción de asegurar que las familias y los hogares tengan viviendas seguras y que los padres tengan la oportunidad de prestar la debida atención al bienestar de sus hogares, especialmente de sus hijos, debe reafirmarse en 2014, habida cuenta de que la estructura de los hogares es cada vez más diversa, que un número cada vez mayor de personas viven solas y que es más probable que los niños de todo el mundo sean criados por un solo progenitor³⁹⁴.

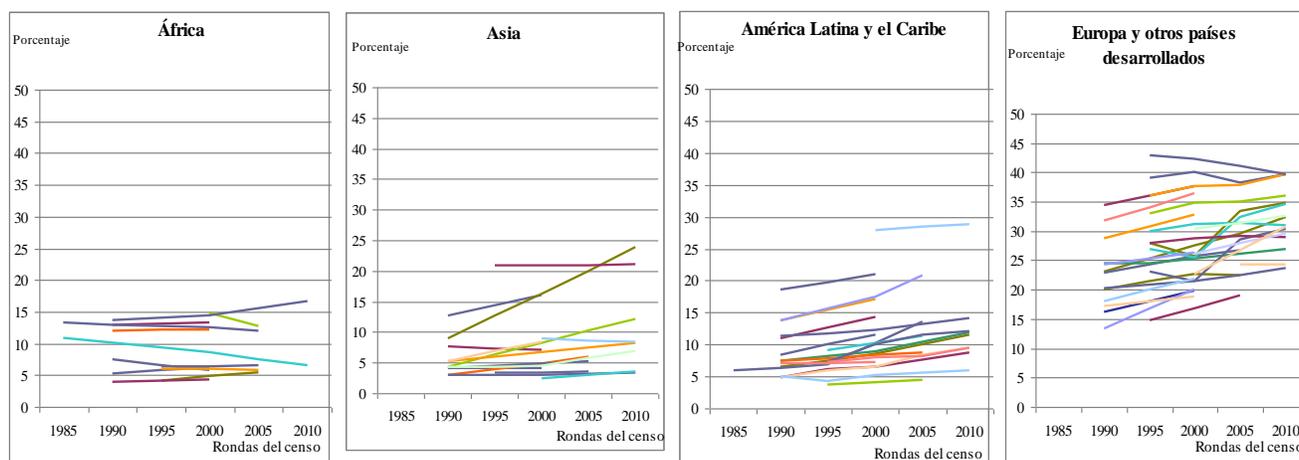
1. Aumento de los hogares unipersonales

522. En los dos decenios transcurridos desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, varias tendencias sociales convergentes, como el aumento de la edad al contraer matrimonio, las tasas de divorcio y la proporción de personas que nunca se casan, junto con las innovaciones médicas, han dado lugar a un aumento del número de hogares unipersonales, especialmente en Europa y otros países desarrollados³⁹⁵, en una amplia gama de países de América Latina y el Caribe y en algunos países de Asia, en particular la República de Corea, Filipinas, Singapur, Indonesia, Tailandia y Viet Nam (véase el gráfico 45). Hay pocos indicios de un aumento mensurable de hogares unipersonales en países de África, aparte de Kenya. El aumento de los hogares unipersonales tiene consecuencias de largo alcance para las pautas de consumo, vivienda, cuidados a largo plazo de las personas de edad y apoyo intergeneracional, y por tanto, para las demandas al Estado.

³⁹⁴ OCDE, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report* (París; OECD Publishing, 2011); Comisión Nacional de Salud y Planificación de la Familia de China, “The People’s Republic of China country report on population and development” (septiembre de 2013); J. C. Olmstead, “Norms, economic conditions and household formation: a case study of the Arab world”, *The History of the Family*, vol. 16, núm. 4, págs. 401 a 415; A. Esteve y cols., “The ‘Second Demographic Transition’ features in Latin America: the 2010 update” (2012).

³⁹⁵ OCDE, *The Future of Families to 2030: A Synthesis Report*.

Gráfico 44
Tendencias en la proporción de hogares unipersonales por región

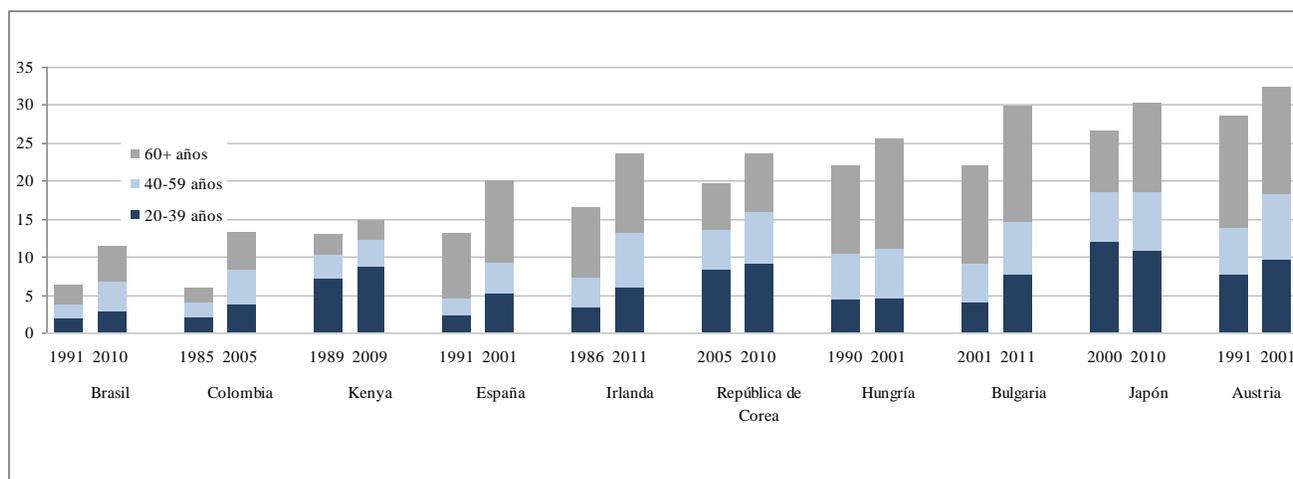


Fuente: Naciones Unidas, *Demographic Yearbook*, cuadro 2, Households by type of household, age and sex of head of household or other reference member, 1995-2013, en http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm, (consultado el 26 de septiembre de 2013); Naciones Unidas, División de Estadística, solicitud especial de datos/comunicación entre organismos, junio de 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [base de datos en lenguaje de computadora], Universidad de Minnesota, 2013 (datos obtenidos el 23 de septiembre de 2013); Base de Datos Socioeconómicos para América Latina y el Caribe (Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (Argentina) y Banco Mundial), 2013, cuadro, Estructura de los hogares, en “Estadísticas por género”, en <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng/statistics-by-gender.php>; Eurostat, 2013, Statistics on Income and Living Conditions Database, cuadro, income and living conditions/private households/distribution of households by household type, 1997-2001 y 2003-2011, en <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

Nota: Los datos de los censos están organizados por períodos centrados en las rondas de censos (más/menos dos años en 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010); los datos de las encuestas se promedian en cada uno de los períodos.

523. El aumento de los hogares unipersonales refleja los cambios sociales que se están produciendo durante todo el ciclo de vida, tanto entre adultos jóvenes como en personas de edad, que conforman el aumento de los hogares unipersonales en mayor o menor grado en las distintas regiones. El gráfico 46 muestra que España, Hungría y Bulgaria tienen una proporción relativamente mayor de personas de edad (mayores de 60 años) en hogares unipersonales (como porcentaje del total de hogares), lo que puede reflejar salud e independencia a largo plazo, pero también puede anunciar una futura necesidad de servicios de asistencia. Como contraste, Austria, el Japón, Kenya y la República de Corea tienen una proporción relativamente mayor de hogares unipersonales entre personas de 20 a 39 años, lo que sugiere que se ha aplazado el matrimonio, o la soltería, con mayor demanda de viviendas para una sola persona, ocio y determinados bienes de consumo.

Gráfico 45

Tendencias en la proporción de hogares unipersonales por grupo de edad

Fuente: Naciones Unidas, Demographic Yearbook, cuadro 2, Households by type of household, age and sex of head of household or other reference member, 1995-2013, en

http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm (consultado el 26 de septiembre de 2013); Naciones Unidas, División de Estadística, solicitud especial de datos/comunicación entre organismos, junio de 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [base de datos en lenguaje de computadora], Universidad de Minnesota, 2013 (datos obtenidos el 23 de septiembre de 2013).

524. Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de vivir en hogares unipersonales en Europa y otros países desarrollados, pero ocurre lo contrario en países de África y en América Latina y el Caribe. Las mujeres constituyen la mayoría de las personas que viven en hogares unipersonales entre las personas de edad y las que han enviudado. Por otra parte, en la mayoría de los países los hombres constituyen la mayoría de las personas que nunca se han casado que viven solas. Las mujeres siguen estando insuficientemente representadas entre los jóvenes que viven solos, en particular en las regiones menos desarrolladas. Solo se observó un pequeño aumento de su proporción en países tanto de las regiones desarrolladas como menos desarrolladas.

525. Un grupo de 21 países dispone de datos sobre hogares unipersonales por lugar de residencia (urbano/rural) y edad del miembro del hogar. Entre los siete países africanos, los hogares unipersonales son más comunes en las zonas urbanas, especialmente los integrados por adultos jóvenes (de 20 a 39 años). En América Latina, Asia y los tres países europeos, la tendencia es más dispar respecto al predominio de hogares unipersonales en zonas rurales o urbanas, pero al igual que en África, los hogares unipersonales integrados por adultos jóvenes son más comunes en las zonas urbanas. Solo en la Argentina hay un número equivalente de jóvenes que viven solos en zonas urbanas o rurales. A la inversa, en la mayoría de los países son más comunes los hogares unipersonales con personas de edad en las zonas rurales que en las urbanas.

2. Postergación del matrimonio

526. Entre los adultos jóvenes, el aumento del número de hogares unipersonales refleja, en parte, el continuo aumento mundial de la edad al contraer el primer matrimonio (véase el gráfico 47). La edad media de la población soltera al casarse, para mujeres y hombres, ha aumentado tanto en las regiones más desarrolladas como en las menos desarrolladas en los últimos 50 años, pero más en las primeras³⁹⁶. Cuando se combina con una cohorte especialmente grande de adultos jóvenes (de 15 a 24 años) en Asia y América (18,3% y 18,0% de la población total, respectivamente)³⁹⁷, esto contribuye a un aumento general de los hogares unipersonales de adultos jóvenes. Si bien las cohortes de adultos jóvenes son una proporción más pequeña de la población total en Europa (12,8% en 2010)³⁹⁶, también se ha registrado un aumento apreciable de la probabilidad de que los jóvenes adultos formen hogares independientes y compartidos por pares antes del matrimonio³⁹⁸, aunque muchos siguen viviendo en casa de sus padres³⁹⁹.

527. Las cohortes de adultos más jóvenes (de 20 a 39 años) constituyen el grupo principal de hogares unipersonales en los países menos desarrollados. De hecho, el pequeño aumento de la proporción de hogares unipersonales observado en Kenya se debe a un aumento del número de hogares unipersonales entre adultos jóvenes. Sin embargo, el incremento de los hogares unipersonales también refleja al menos otras tres tendencias sociales: una disminución del porcentaje de personas que se casaron “alguna vez”, un aumento de las tasas de divorcio en todas las regiones y una mayor esperanza de vida, que aumenta la probabilidad de que todas las personas de edad, y las mujeres de edad en particular, pasen más años viviendo solas, ya sea después del divorcio o la viudez.

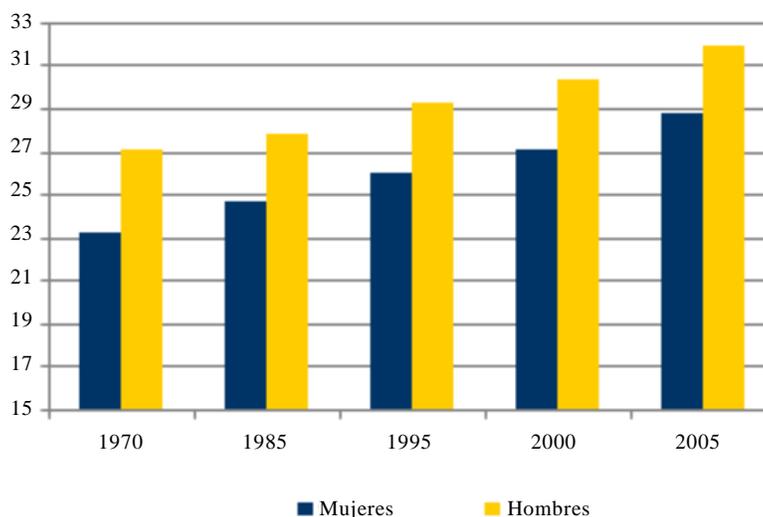
³⁹⁶ *World Fertility Report 2009* (ST/ESA/SER.A/304).

³⁹⁷ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 336).

³⁹⁸ S. Heath, “Young, free and single? The rise of independent living”, en *Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas*, A. Furlong, ed. (Milton Park, Abingdon, Oxon, Routledge, 2009).

³⁹⁹ M. Iacovou, “Leaving home: independence, togetherness and income in Europe”, documento de expertos núm. 2011/10, preparado para la Reunión del Grupo de Expertos sobre los Adolescentes, los Jóvenes y el Desarrollo, Nueva York, 21 y 22 de julio de 2011; base de datos de Eurostat, datos descargados el 11 de diciembre de 2013.

Gráfico 46
Edad media de la población soltera al casarse por sexo, 1970-2005



Fuente: Naciones Unidas, World Marriage Data 2012 (POP/DB/Marr/Rev2012), en www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/marriage/wmd2012/MainFrame.html.

3. Aumento de la proporción de la población que nunca contrae matrimonio

528. Históricamente, se ha observado un aumento de la proporción de personas que nunca se han casado entre cohortes que alcanzan la edad para contraer matrimonio en tiempo de guerra, debido a la escasez de posibles cónyuges⁴⁰⁰. Si se examina exclusivamente la proporción de mujeres de 45 a 49 años que nunca se han casado, las tendencias basadas en el censo de los últimos 40 años indican un aumento persistente en la mayoría de los países de Europa, África, Oceanía y América⁴⁰¹, la mayoría de los cuales no experimentaron guerras o conflictos sostenidos. Solo en Asia hay una baja tasa uniformemente sostenida de mujeres de mediana edad que nunca se han casado. Las estadísticas sobre las personas que no han contraído matrimonio podrían reflejar un aumento de uniones menos formales que compiten con el matrimonio, como la cohabitación, que se parece al matrimonio (incluida seguridad a lo largo de la vida y formar una familia), lo que sugiere mayores cambios en la estructura social de los que realmente se están produciendo. Las tendencias son notables, no obstante, y contribuyen en parte al aumento más considerable de hogares unipersonales.

529. En África, un análisis de nueve países, con datos de tendencias procedentes de censos, muestra que el porcentaje de mujeres que nunca se han casado de edades comprendidas entre los 45 y los 49 años sigue siendo bajo (menos del 10%), pero ha

⁴⁰⁰ R. Abramitzky, A. Delavande y L. Vasconcelos, "Marrying Up: the role of sex ratio in assortative matching", *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 3 (2011), págs. 124 a 157; E. Brainerd, "Uncounted costs of World War II: the effect of changing sex ratios on marriage and fertility of Russian women (octubre de 2007)", en <http://web.williams.edu/Economics/faculty/brainerd-rfwomen.pdf>.

⁴⁰¹ UNFPA, análisis secundario de *World Marriage Data 2012* (www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html).

aumentado considerablemente en los últimos dos decenios en seis países: Lesotho, Liberia, Libia, Mozambique, el Níger y el Sudán, pero no en tres países: Burkina Faso, Egipto y Etiopía⁴⁰².

530. En América, el porcentaje de mujeres que nunca se han casado de edades comprendidas entre los 45 y los 49 años supera el 10% en los 12 países en los que se dispone de datos sobre tendencias, si bien se ha mantenido constante en la mayoría de los países durante los últimos dos o tres decenios.

531. En Asia, el porcentaje de mujeres que nunca se han casado de edades comprendidas entre los 45 y los 49 años tiende a ser menor (alrededor del 5%), con algunas excepciones en países como Kuwait, Qatar y Singapur, en los que supera el 10% y donde se han producido aumentos acusados en los 20 últimos años.

532. En los 25 países de Europa con datos disponibles sobre tendencias, cerca o más del 20% de las mujeres de 45 a 49 años nunca se habían casado en Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Noruega, los Países Bajos y Suecia, y esa proporción ha aumentado constantemente desde los decenios de 1980 o 1990. La proporción de mujeres que nunca se han casado ha ido en aumento durante 20 años en Austria, Bélgica, Islandia, Letonia y Suiza, y ahora se encuentra entre el 10% y el 20%. La proporción varía del 5% al 10% en Albania, Belarús, la Federación de Rusia y Hungría, y se ha mantenido relativamente constante durante los tres últimos decenios.

533. Por último, en Oceanía (Australia, Nueva Zelandia, Palau y Tonga), la proporción de mujeres que nunca se han casado de edades comprendidas entre los 45 y los 49 años ha aumentado rápidamente en los últimos 30 años y en la actualidad es de aproximadamente el 10%.

4. Aumento del divorcio

534. La proporción de personas divorciadas o separadas también ha aumentado en los dos últimos decenios⁴⁰¹, y es evidente en todas las regiones en mayor o menor medida. La proporción de mujeres y hombres de 45 a 49 años divorciados o separados en la actualidad es mayor en Europa y otros países de altos ingresos, y es donde más ha aumentado en los últimos 20 años. La proporción de países en que al menos el 10% de sus poblaciones de 45 a 49 años (hombres y mujeres) están divorciados o separados es del 67% en Europa (29 de 43 países), el 45% en América (19 de 42 países), el 41% en África (19 de 46 países) y solo el 11% en Asia (5 de 43 países). Incluso en muchos países donde el porcentaje es bajo (afecta a menos del 5% de las personas de mediana edad), las tendencias recientes son al alza y acusadas. Por ejemplo, aunque solo el 2,1% de las personas de 45 a 49 años están divorciadas o separadas en China, esto representa un aumento de cinco veces en los últimos 20 años. Aumentos similares en Europa Oriental y Asia Meridional indican una relajación bastante reciente de las restricciones históricas (jurídicas o sociales) respecto al divorcio, con un rápido aumento desde cero o casi cero en los últimos 10 a 20 años.

535. En resumen, el aumento observado de los hogares unipersonales en todo el mundo refleja numerosos cambios sociales, como la postergación del matrimonio, la soltería, el divorcio y la viudez. En general, más países han tenido un aumento del

⁴⁰² *World Marriage Data 2012*.

porcentaje de hogares unipersonales debido a una creciente proporción de personas que nunca se han casado, tanto jóvenes como de edad (23 de los 52 países con datos disponibles, de regiones desarrolladas y menos desarrolladas). Son muchos menos los países en que se ha observado un aumento del número de hogares unipersonales debido al divorcio o la separación (14 países, en su mayoría de regiones desarrolladas). Aún son menos los países (siete países, cinco de ellos de América Latina y Asia) en que se ha producido un aumento del porcentaje de hogares unipersonales debido a la viudez. Hay una proporción muy pequeña de hogares unipersonales integrados por personas casadas o en pareja (lo que sugiere una separación sostenida, debido posiblemente a la mano de obra migrante), que no obstante, ha aumentado en el Senegal, Colombia, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, la República de Corea, Bulgaria y Suiza.

5. Hogares monoparentales

536. Los progenitores sin pareja con hijos representan una proporción significativa de todos los hogares en países de todas las regiones. La mayor prevalencia se observa en América Latina y el Caribe. Entre los países con datos disponibles, más del 10% de los hogares están integrados por progenitores sin pareja con hijos en 7 de 12 países de América Latina y el Caribe, 5, de 17 países de Europa, y 3 de 11 países de África. Sin embargo, es muy probable que esos porcentajes estén subestimados, ya que no incluyen a las familias de progenitores solteros con hijos que pueden residir junto con otros familiares o personas que no son miembros de la familia en hogares no nucleares (es decir, en hogares extensos o compuestos).

537. Las tendencias en el porcentaje de familias monoparentales han sido desiguales. En América Latina y el Caribe, casi todos los países registraron un aumento, el mayor se observó en Colombia, el Ecuador y El Salvador. También se observaron aumentos en algunos países europeos (la Federación de Rusia e Irlanda) y en algunos países africanos (el Camerún, la República Unida de Tanzania y Rwanda). Se observaron disminuciones del porcentaje de familias monoparentales en algunos países de diferentes regiones, las más acusadas en Camboya, la República Checa, Malawi, Sudáfrica y Viet Nam.

538. Los datos más recientes disponibles indican que la mayoría de los progenitores sin pareja que viven con sus hijos son mujeres, con cifras que oscilan entre poco menos de las tres cuartas partes en Filipinas (2000), las Bermudas (2010), la República de Corea (2010), Turquía (2000) y el Japón (2010) y más del 90% en Rwanda (2002) y Malawi (2008)⁴⁰³.

539. La proporción de familias monoparentales es mayor en las zonas urbanas que en las rurales en cerca de la mitad de los países con datos disponibles, la mayoría de ellos en América Latina y el Caribe y en Europa, mientras que es más elevada en las zonas rurales de alrededor de una quinta parte de los países, la mayoría de ellos en África Subsahariana⁴⁰². El aumento de la proporción de familias monoparentales observado en algunos países se debió a cambios en las zonas urbanas y rurales, pero sobre todo en zonas urbanas.

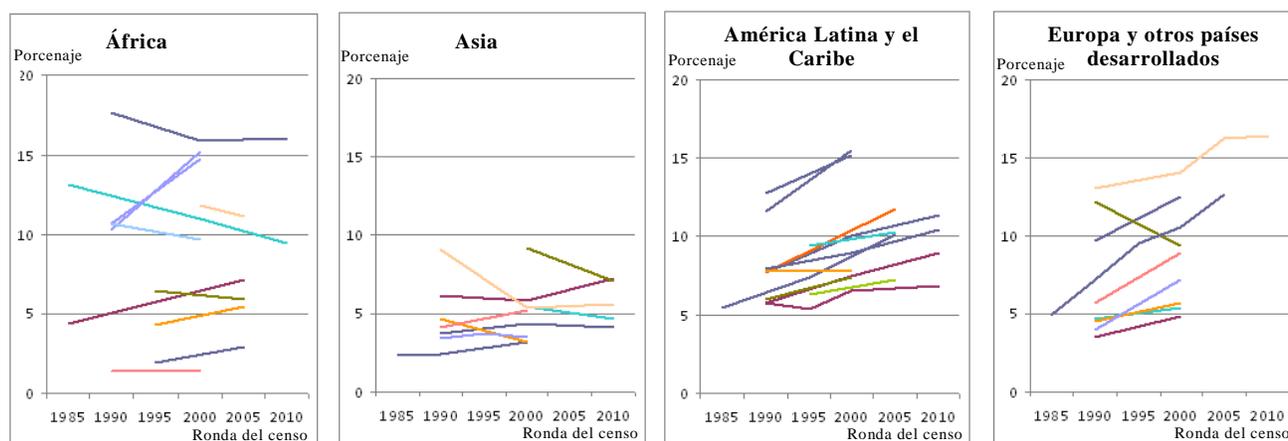
540. Los niños que viven en hogares monoparentales a menudo pueden experimentar pobreza económica y un acceso limitado a los servicios básicos de

⁴⁰³ UNFPA, análisis de los datos de Integrated Public Use of Microdata Series y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística.

educación y salud. En los dos últimos decenios, la proporción de niños de 0 a 14 años que viven en hogares monoparentales ha aumentado en la mayoría de los países de Europa y otras regiones más desarrolladas, y en América Latina y el Caribe (véase el gráfico 48). Entre los países con los valores más altos en la actualidad (más del 10%) figuran Austria, Irlanda, los Estados Unidos de América, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, el Ecuador, El Salvador, Jamaica, Panamá y el Perú. En África, las tendencias han sido desiguales. Por ejemplo, en la República Unida de Tanzania y Rwanda, la proporción de niños que viven en hogares monoparentales ha aumentado hasta alcanzar alrededor del 15%. Por otra parte, la proporción ha disminuido, pero sigue siendo elevada en Kenya y Malawi, con un 16% y 9%, respectivamente. En los países asiáticos, la proporción de niños en hogares monoparentales ha cambiado menos y sigue siendo la más baja.

Gráfico 47

Tendencias en el porcentaje de niños (de 0 a 14 años de edad) que viven en hogares monoparentales, por región



Fuente: Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Versión 6.2 [base de datos en lenguaje de computadora], Universidad de Minnesota, 2013 (datos consultados el 23 de septiembre de 2013).

Nota: Los datos se refieren a datos del censo y están organizados por períodos centrados en las rondas de censos (más/menos dos años alrededor de 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010).

541. A medida que el mundo se vuelve cada vez más urbano y aumenta la proporción de personas de edad en la población mundial, es probable que continúe el aumento proporcional de hogares unipersonales. Del mismo modo, como las tendencias en el divorcio van al alza en varios países demográficamente grandes (la India, China) y la aceptación social de que las personas solteras tengan hijos parece estar aumentando, es difícil prever una próxima disminución del porcentaje de familias monoparentales.

542. **Los Estados, en particular mediante los municipios locales, deberían tener en cuenta la creciente diversidad de las estructuras de los hogares y modalidades de convivencia, y las correspondientes necesidades de vivienda y espacios sociales comunales para los hogares unipersonales entre los jóvenes y las personas de edad a fin de reducir el aislamiento social.**

543. La encuesta mundial mostró que cerca del 80% de los países abordaron en los cinco años anteriores los tres aspectos de los sistemas de protección social pertinentes para el bienestar de las familias y los hogares: aumentando los esfuerzos para garantizar la salud, la educación y los servicios de bienestar (85%); apoyando y prestando asistencia a las familias vulnerables (84%); y prestando una asistencia efectiva a las familias y las personas (82%). Esas proporciones varían si se examinan por región o ingresos. Del mismo modo, se comunicó que en los últimos cinco años el 79% de los gobiernos ayudaron a familias que cuidan a familiares discapacitados y a familiares que viven con el VIH, aunque en menor medida en Oceanía (33%).

544. Sin embargo, la encuesta mundial también indicó que era menos probable que los gobiernos hubieran abordado la prestación de servicios financieros y planes de protección social a las familias monoparentales en los cinco años anteriores (61%), a pesar del aumento de la proporción de esos hogares.

B. Migración interna y urbanización

1. Migración interna

545. Ya se desplacen las personas dentro o a través de las fronteras internacionales, bien de forma permanente, temporal o cíclica, sus motivaciones subyacentes siguen siendo las mismas: mejorar su bienestar y circunstancias vitales, buscar empleo y formar una familia o mantenerla. La movilidad y la seguridad durante la migración interna son fundamentales para la oportunidad de obtener capacidades, empleo y medios de vida nuevos y mejores.

546. Si bien las estimaciones de la migración interna son muy difíciles de obtener, los análisis sugieren que 740 millones de personas de todo el mundo viven en su país de origen, pero fuera de su región de origen⁴⁰⁴, una medición que supera con creces a la migración internacional (232 millones)⁴⁰⁵, pese a que la gran mayoría de la atención mundial prestada a la movilidad se ha dirigido a la dimensión internacional.

547. Las mujeres están migrando cada vez más por cuenta propia o como cabezas de familia y principal fuente de ingresos⁴⁰⁶. Además, como la migración requiere una serie de recursos, los migrantes no suelen provenir de los estratos más pobres de la sociedad rural⁴⁰⁷, salvo en movimientos forzados por graves factores impulsores, como el hambre, la guerra o los desastres naturales.

548. La movilidad se produce en un proceso continuo que va de la migración voluntaria al desplazamiento forzado. La historia de graves crisis ambientales muestra que

⁴⁰⁴ M. Bell y S. Muhidin, *Cross-National Comparison of Internal Migration*. PNUD, documento de investigación sobre desarrollo humano, núm. 2009/30 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

⁴⁰⁵ Naciones Unidas, "The number of international migrants worldwide reaches 232 million", *Population Facts*, núm. 2013/2 (septiembre de 2013).

⁴⁰⁶ *Estado de la población mundial 2007: Liberar el potencial del crecimiento urbano* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.07.III.H.1); C. S. Camlin, R. C. Snow y V. Hosegood, "Gendered patterns of migration in rural South Africa", *Population, Space and Place* (30 de mayo de 2013).

⁴⁰⁷ Foresigh, *Migration and Global Environmental Change: Future Challenges and Opportunities – Final Project Report* (Londres, Government Office for Science, 2011).

cualquier movilidad asociada suele ser a corto plazo y local⁴⁰⁸, mientras que los desplazamientos causados por crisis políticas o conflictos pueden ser sostenidos, transnacionales e incluso permanentes⁴⁰⁹. Los movimientos a corto o largo plazo, sean voluntarios o no, exigen recursos, con lo cual los más pobres tienen más probabilidades de verse sin recursos para reubicarse⁴⁰⁶, en condiciones de desplazamiento forzado o atrapados en campamentos de refugiados sin recursos para regresar a sus hogares. **Los Estados deben apoyar el derecho de las personas a desplazarse internamente como medio de mejorar sus vidas, adaptarse a los cambios sociales, económicos y políticos y a las condiciones ambientales y evitar el desplazamiento forzado, y deben promover, proteger y proporcionar a todos los migrantes internos igualdad de oportunidades y acceso a la protección social.**

549. La tendencia más significativa de la migración interna es la urbanización, tanto movimientos circulares como permanentes de las zonas rurales hacia las zonas urbanas grandes y pequeñas. De hecho, se espera que las zonas urbanas absorban la totalidad del crecimiento demográfico en los próximos 40 años (véase el cuadro 3), convirtiendo esa tendencia en la tendencia espacial demográfica más importante de los próximos decenios. Junto con la migración de las zonas rurales a las urbanas, el crecimiento natural (la diferencia entre los nacimientos y muertes) en las zonas urbanas es la otra fuente principal de crecimiento urbano⁴¹⁰. La contribución relativa de cada factor varía considerablemente según el tiempo y el lugar debido a los distintos niveles de fecundidad y urbanización. El único factor común es que el aumento de los niveles de urbanización está asociado a una mayor contribución del crecimiento natural al crecimiento urbano, ya que la urbanización reduce el número de posibles migrantes de zonas rurales a urbanas y, al mismo tiempo, aumenta la proporción de niños nacidos en ciudades, a pesar de la disminución universal de la fecundidad en las zonas urbanas.

2. Escala y ritmo de la urbanización

550. En 2008, por primera vez, más de la mitad de la población mundial vivía en ciudades. Entre 1990 y 2010, el 90% del aumento de la población urbana se produjo en los países en desarrollo, donde la población que vivía en zonas urbanas pasó del 35% al 46%. Durante ese período, el tamaño de la población urbana de los países menos adelantados se duplicó con creces, pasando de 107 millones de personas a 234 millones. Aunque los países desarrollados experimentaron antes esa transición, en América Latina también se produjo una transición urbana rápida y pronta⁴¹¹.

551. Se prevé que las zonas urbanas del mundo (pueblos y ciudades) aumenten en 2.600 millones de personas para mediados de siglo, pasando de 3.630 millones en 2011 a 6.250 millones en 2050 (véase el cuadro 3). Sin embargo, si bien la magnitud de ese crecimiento es enorme, la tasa está disminuyendo. Entre 1950 y 2011, la población urbana mundial creció a una tasa media del 2,6% por año y casi se quintuplicó. Como contraste, se prevé que de 2011 a 2030 la población urbana del mundo crezca a una tasa media anual del 1,7%⁴¹⁰.

⁴⁰⁸ C. Tacoli, "Crisis or adaptation? Migration and climate change in a context of high mobility", en *Population Dynamics and Climate Change*, J. M. Guzmán y cols., eds. (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.09.III.H.4).

⁴⁰⁹ Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), *Internal Displacement in Armed Conflict: Facing up to the Challenges* (Ginebra, 2009).

⁴¹⁰ La reclasificación de las zonas rurales como urbanas y los cambios en la definición de las zonas "urbanas" también pueden representar una pequeña parte variable del crecimiento urbano.

⁴¹¹ Naciones Unidas, *World Urbanization Prospects, The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322).

Cuadro 3
Tendencias y proyecciones de la población urbana-rural por grupo de desarrollo, 1950 a 2050

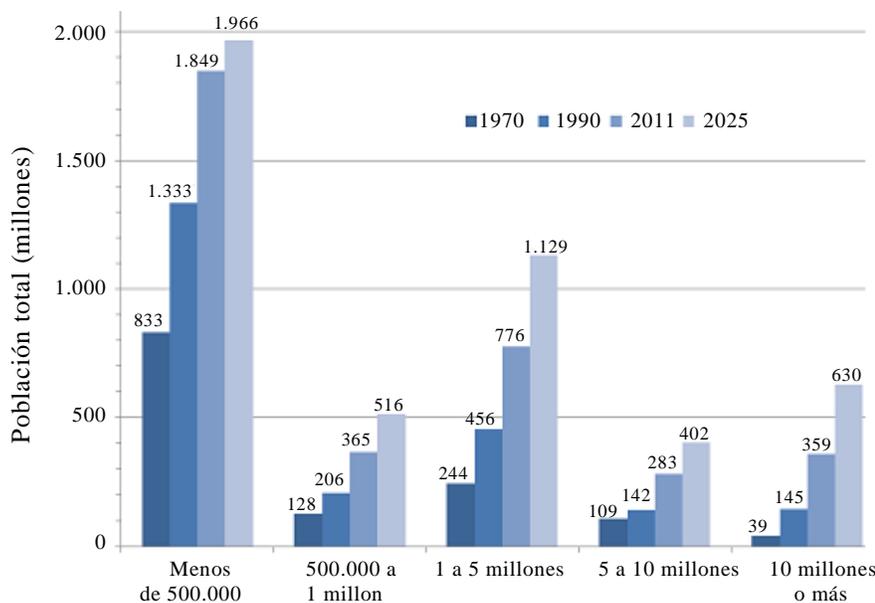
Grupo de desarrollo	Población (miles de millones)					Promedio de la tasa anual de cambio (porcentaje)			
	1950	1970	2011	2030	2050	1950-1970	1970-2011	2011-2030	2030-2050
Población total									
Mundial	2,53	3,7	6,97	8,32	9,31	1,89	1,55	0,93	0,56
Regiones más desarrolladas	0,81	1,01	1,24	1,3	1,31	1,08	0,51	0,23	0,06
Regiones menos desarrolladas	1,72	2,69	5,73	7,03	7,99	2,23	1,85	1,07	0,65
Población urbana									
Mundial	0,75	1,35	3,63	4,98	6,25	2,98	2,41	1,66	1,13
Regiones más desarrolladas	0,44	0,67	0,96	1,06	1,13	2,09	0,89	0,52	0,29
Regiones menos desarrolladas	0,3	0,68	2,67	3,92	5,12	4,04	3,33	2,02	1,34
Población rural									
Mundial	1,79	2,34	3,34	3,34	3,05	1,36	0,87	-0,01	-0,44
Regiones más desarrolladas	0,37	0,34	0,28	0,23	0,18	-0,48	-0,48	-0,92	-1,14
Regiones menos desarrolladas	1,42	2,01	3,07	3,11	2,87	1,74	1,03	0,07	-0,4

Fuente: Naciones Unidas, *World Urbanization Prospects, The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322), cuadro 1, en http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annextables_01Aug2012_Final.pdf.

552. Entretanto, está previsto que la población rural del mundo comience a disminuir dentro de un decenio, y se espera que en 2050 tenga 300 millones menos de habitantes rurales que hoy. La mayor parte del crecimiento demográfico previsto en las zonas urbanas se concentrará en las ciudades y pueblos de las regiones menos desarrolladas, y se prevé que en Asia la población urbana aumente 1.400 millones de personas, en África 900 millones y en América Latina y el Caribe 200 millones. La magnitud del número de nuevos residentes urbanos en los próximos decenios no tiene parangón en la historia de la humanidad, dando lugar a oportunidades y retos sin precedentes que requieren respuestas nuevas y con visión de futuro⁴¹⁰.

553. Hoy día, 3.600 millones de habitantes de las zonas urbanas están distribuidos de forma desigual entre asentamientos urbanos de diverso tamaño. Como se observa en el gráfico 49, más de la mitad de los 3.600 millones de habitantes de las zonas urbanas (51%) aún vive en ciudades de menos de medio millón de habitantes. Hasta la fecha, el crecimiento absoluto de estas ciudades más pequeñas ha sido considerablemente mayor que el de las ciudades de mayor tamaño.

Gráfico 48
Distribución de la población urbana mundial por categoría de ciudades según tamaño, 1970-2025



Fuente: Naciones Unidas, *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision* (ST/ESA/SER.A/322), gráfico II, en http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annexables_01Aug2012_Final.pdf.

554. En 2011, había 23 aglomeraciones urbanas consideradas megalópolis, donde vivían al menos 10 millones de habitantes. A pesar de su visibilidad y dinamismo, las megalópolis representan un pequeño, pero creciente, porcentaje de la población urbana mundial: apenas el 9,9% en 2011, y se prevé un 13,6% para 2025. Además, las megalópolis están experimentando diversas tasas de crecimiento, con un ritmo más elevado en África y Asia Meridional (por ejemplo, Lagos, Dacca y Karachi) y más lentamente en América Latina.

3. Urbanización y oportunidades para todos

555. El Programa de Acción reconoció el papel de las ciudades en el desarrollo económico y social, al igual que muchas personas que se trasladan a zonas urbanas en busca de oportunidades. Los jóvenes adultos representan una proporción considerable del crecimiento urbano. Las investigaciones sobre la urbanización en China y Bangladesh⁴¹² ponen de relieve el atractivo que ejercen los contextos urbanos para los jóvenes, especialmente las mujeres jóvenes, que consideran que el traslado a las zonas urbanas es una oportunidad para escapar del patriarcado tradicional y experimentar nuevas libertades⁴¹³. Incluso cuando la vivienda y empleo

⁴¹² A. M. Gaetano y T. Jacka, eds., *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (Nueva York, Columbia University Press, 2004); N. Kabeer, "Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh", *Development and Change*, vol. 28, núm. 2 (2002), págs. 261 a 302.

⁴¹³ Kabeer, "Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh".

urbanos no estén a la altura de las expectativas y finalmente regresen a la vida en los pueblos para contraer matrimonio, muchas de esas mujeres jóvenes hablan de sus experiencias como trabajadoras en zonas urbanas como un período vital de libertad y autonomía⁴¹⁴.

556. Existe una firme correlación observada entre el nivel de urbanización y el crecimiento económico⁴¹⁵. Aunque en algunos países la pobreza urbana está aumentando, en particular con la llegada de migrantes de zonas rurales, la pobreza en las zonas rurales sigue siendo universalmente más alta⁴¹⁶. Los pueblos y ciudades representan más del 80% del producto nacional bruto de todo el mundo, una función de las ventajas de la proximidad, la concentración, las economías de escala y un mayor acceso a los servicios y la tecnología de la información, que crean oportunidades de empleo y capacidad empresarial. También proporcionan los vínculos esenciales de transporte, comercio e información entre las zonas rurales y los mercados regionales y mundiales. Además, la concentración demográfica contribuye a reducir la demanda de energía *per capita*, por lo que resulta más fácil y más barato para el Estado prestar servicios básicos de salud, bienestar y educación⁴¹⁷.

557. Las ciudades también ofrecen mayor autonomía, con más oportunidades de participación social y política y nuevas vías para el empoderamiento, como demuestra el aumento de los movimientos de mujeres, los grupos de jóvenes, las asociaciones políticas y comunitarias y organizaciones de los pobres de las zonas urbanas en las ciudades del mundo en desarrollo⁴¹⁸.

558. Las condiciones en las zonas urbanas, incluido un mayor acceso a la educación, mayores aspiraciones para los hijos, un reducido espacio vital y otros factores que favorecen a las familias más pequeñas, contribuyen a una menor fecundidad deseada. Junto con un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, el resultado ha sido una importante reducción de la fecundidad, que ha cambiado la trayectoria del crecimiento demográfico en general en todos los países que experimentan la transición urbana⁴¹⁹.

⁴¹⁴ L. Beynon, "Dilemmas of the heart: rural working women and their hopes for the future", en *On the Move: Women in Rural-to Urban Migration in Contemporary China* (véase la nota 411).

⁴¹⁵ ONU-Hábitat, *State of the World's Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide* (Londres, Earthscan, 2010).

⁴¹⁶ M. Ravallion, S. Chen y P. Sangraula, "New evidence on the urbanization of global poverty", Policy Research Working Paper núm. 4199 (Washington D.C., Banco Mundial, 2007).

⁴¹⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), *Towards a Green Economy: Pathways to Sustainable Development and Poverty Eradication—A Synthesis for Policy Makers* (Nairobi, 2011); Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, *Sustainable Service Delivery in an Increasingly Urbanized World* (Washington D.C., octubre de 2013), en www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDSustainableUrbanServicesPolicy.pdf.

⁴¹⁸ L. Mora, "Women's empowerment and gender equality in urban settings: new vulnerabilities and opportunities", en *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine y cols., eds. (Londres; Earthscan, 2008).

⁴¹⁹ M. White y cols., "Urbanization and fertility: an event-history analysis of coastal Ghana", *Demography*, vol. 45, núm. 4 (2008), págs. 803 a 816; S. Goldstein y A. Goldstein, *Migration and Fertility in Peninsular Malaysia: An Analysis Using Life History Data*, informe núm. N-1860-AID de la Rand Corporation (Santa Monica, California, 1983); M. Brockerhoff, "Migration and the fertility transition in african cities", en *Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues*, R. E. Bilsborrow, ed. (Norwell, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1998), págs. 357 a 390; D. Shapiro y B. O. Tambahe, "Fertility transition in urban and rural sub-saharan Africa: preliminary

559. La forma del crecimiento urbano afecta a la sostenibilidad en todas sus dimensiones. El aumento de la desigualdad urbana ha incrementado la exclusión y marginación sociales en las ciudades y ha exacerbado el crecimiento urbano incontrolado. Junto con una mala infraestructura de transporte público, la expansión incontrolada ha socavado la eficiencia de los recursos en la vida urbana y ha aumentado la marginación de los pobres en zonas remotas o de la periferia de las ciudades, a menudo en asentamientos informales extremadamente densos, con poco o ningún espacio abierto y público ⁴²⁰. Las mujeres más pobres de las zonas urbanas a menudo no pueden acceder a los servicios, y pueden vivir en enclaves culturales urbanos en los que sus vidas maritales y reproductivas, y tasas de fecundidad, son más parecidas a las de las mujeres de las zonas rurales ⁴²¹. Por tanto, la forma en que la urbanización satisfaga las necesidades y aspiraciones de las poblaciones en proceso de urbanización, en particular de los pobres, depende en gran medida de las decisiones que adopten los gobiernos sobre el crecimiento demográfico urbano, la tierra, la vivienda y la infraestructura.

560. Aunque en 1994 los gobiernos reconocieron la importancia de la urbanización y las ciudades, la mitad de ellos consideró que la distribución espacial de sus países no era satisfactoria y necesitaba modificarse, en particular para abordar una rápida urbanización y una concentración excesiva de la población en ciudades grandes. Muchos gobiernos siguen teniendo esas preocupaciones hoy día ⁴²².

561. En la encuesta mundial, cuando se preguntó a los gobiernos sobre cuestiones de urbanización que habían abordado en los cinco años anteriores en lo que respecta a políticas, presupuestos y aplicación, el mayor porcentaje de países mencionó la descentralización (74%). Esta cuestión es de particular importancia para los países africanos, de los que el 85% se ha comprometido a aplicar políticas de descentralización, así como para los países de Asia (9%) y América (73%). La descentralización puede tener aspectos espaciales, fiduciarios o administrativos; cada uno de ellos puede ser apropiado en el contexto adecuado, aunque se considera que los dos últimos son aspectos universales de la buena gobernanza. Para muchas ciudades, la descentralización de la adopción de decisiones y la presupuestación puede ayudar mucho a resolver casos de disfunción urbana y dar a los residentes urbanos una voz más fuerte en la gobernanza local. Sin embargo, la descentralización también puede colocar importantes responsabilidades añadidas de gobernanza en manos de ciudades secundarias y terciarias, donde vive la gran mayoría de los residentes de las zonas urbanas a nivel mundial, pero que a menudo carecen de la capacidad, los recursos y las bases impositivas locales de las ciudades primarias o las megalópolis. Los gobiernos lo señalaron en sus respuestas a la encuesta mundial, y el 71% informó que había abordado el crecimiento de los centros urbanos pequeños o medianos.

evidence of a three-stage process”, *Journal of African Policy Studies*, vol. 8, núms. 2 y 3 (2002), págs. 103 a 127.

⁴²⁰ ONU-Hábitat, “The relevance of street patterns and public space in urban areas”, documento de trabajo (abril de 2013).

⁴²¹ *Estado de la población mundial 2007: Liberar el potencial del crecimiento urbano* (véase la nota 405), C. Tacoli, *Urbanization, Gender And Urban Poverty: Paid Work And Unpaid Carework In The City*, Urbanization and Emerging Population Issues, documento de trabajo núm. 7 (Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

⁴²² *World Population Policies 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.XIII.2), cuadro VII-3, págs. 98 y 99.

562. Entre los países más urbanizados, los gobiernos tenían muchas más probabilidades de hacer frente a cuestiones relativas a “la tierra, la vivienda, los servicios y los medios de vida de los pobres del medio urbano” (71%) y de informar de que habían venido abordando “la gestión ambiental de las aglomeraciones urbanas” (67%) en los cinco años anteriores. Estas cuestiones fueron abordadas por solo el 40% de los países menos urbanizados, a pesar de que muchos se están urbanizando muy rápidamente (en un 2% o más por año).

563. La “planificación proactiva para el crecimiento demográfico urbano” es una cuestión que abordó más de la mitad (57,8%) de los países, con mayores niveles en los países de crecimiento rápido y menos urbanizados. Esta información contrasta con otros datos que muestran un aumento constante del número de países en desarrollo que tratan de reducir el crecimiento urbano. También se contraponen con abordar “la integración de los migrantes del medio rural al urbano”, cuestión de la que informaron solo el 23% de los países. El compromiso con esta cuestión es fundamental, ya que se ha señalado que la falta de integración de los migrantes en la ciudad es uno de los principales factores que influyen en el rápido crecimiento de los barrios de tugurios.

4. El desafío de los barrios de tugurios

564. Entre un amplio crecimiento urbano, muchos gobiernos tienen importantes preocupaciones de gestión urbana, como deficiencias en la prestación de servicios, congestión del tráfico, mala ordenación de la tierra y crecimiento incontrolado y degradación del medio ambiente. Aunque esos desafíos pueden afectar a todos los residentes de una ciudad, causan la mayor carga para los pobres de las zonas urbanas, que se enfrentan a enormes dificultades para encontrar y mantener una vivienda segura, tener acceso a trabajo o recursos públicos y lograr calidad de vida, como reconoció la Comisión de Población y Desarrollo en su 46º período de sesiones, celebrado en 2013, cuando aprobó la resolución 2013/1, relativa a las nuevas tendencias de la migración: aspectos demográficos.

565. El número total estimado de habitantes de barrios marginales ha pasado de más de 650 millones en 1990 a alrededor de 820 millones en 2010 ⁴²³. Casi el 62% de la población urbana en África Subsahariana vivía en viviendas consideradas como tugurios en 2010, el mayor porcentaje de cualquier región del mundo por un gran margen.

566. Sin embargo, el crecimiento de los barrios marginales no se debe combinar con la urbanización, ya que el crecimiento de la población urbana y el crecimiento de los barrios marginales de las zonas urbanas son dos fenómenos distintos. La mayoría de los datos indican que la urbanización mundial es una tendencia inevitable, aunque tiene lugar a una tasa diferente en distintos lugares. Por otra parte, las poblaciones de los barrios marginales han disminuido como proporción del total de la población urbana, incluso en África Subsahariana, donde en 1990 el 70% de la población de las zonas urbanas vivía en zonas consideradas como barrios de tugurios. El crecimiento de los barrios marginales es, de manera significativa, un resultado de decisiones de gobernanza de limitar el acceso a la ciudad para los pobres, al limitar la prestación de servicios a los asentamientos improvisados o mediante desalojos

⁴²³ ONU-Hábitat, *Global Slum Estimates*, 2012. Incluye a la población que vive en hogares que no tienen servicios mejorados de abastecimiento de agua y saneamiento, espacio suficiente (más de tres personas por habitación), o una vivienda duradera.

forzados y reasentamiento de los pobres del medio urbano a zonas periféricas o con escasos servicios.

567. La vulnerabilidad de la población, especialmente las mujeres, en muchas zonas urbanas hoy día refleja la ausencia de una planificación proactiva e innovadora para proporcionar una vivienda segura, servicios de salud adecuados, un sistema de transporte fiable al centro económico y protección frente a la violencia, así como sistemas comunitarios de protección social. **Los Estados, en particular mediante los municipios locales, deberían satisfacer la necesidad de viviendas públicas; ofrecer viviendas asequibles y desarrollar infraestructura que den prioridad a la mejora de los barrios marginales y la regeneración de las zonas urbanas; y comprometerse a mejorar la calidad de los asentamientos humanos a fin de que todas las personas tengan acceso a servicios básicos, vivienda, abastecimiento de agua, saneamiento y transporte, prestando especial atención a la seguridad, en particular para prevenir la violencia por razón de género.**

568. Sin embargo, pese a los numerosos factores de estrés en los barrios marginales de las zonas urbanas, como pruebas de una mayor violencia y riesgos en los asentamientos urbanos informales ⁴²⁴, los centros urbanos siguen atrayendo a las poblaciones rurales, especialmente a los adultos jóvenes, en los países en desarrollo, ya que buscan mayores oportunidades económicas y libertad social. Ese es el motivo por el que persiste la urbanización, a pesar de políticas antiurbanas y de medidas generalizadas para reducir las tasas de crecimiento de las zonas urbanas en todo el mundo.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 20

Agua y saneamiento

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. En su resolución 64/292, relativa al derecho humano al agua y el saneamiento (2010), la Asamblea General reconoció que “el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos”. Posteriormente, el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 15/9, relativa a los derechos humanos y el acceso al agua potable y el saneamiento (2010), afirmó que el derecho humano al agua potable y el saneamiento se derivaba del derecho a un nivel de vida adecuado.

Otras normas de derecho no vinculantes. En la observación general núm. 15, relativa al derecho al agua (2002), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales explicó que el derecho al agua está implícito en los artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que protege el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a la salud. El proyecto de directrices para la realización del derecho al agua potable y el saneamiento (2005) tiene por objetivo “contribuir a que las personas que están encargadas de la elaboración de políticas en los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil y que trabajan en el sector del agua y el saneamiento hagan realidad el derecho al agua potable y al saneamiento”.

⁴²⁴ R. Muggah, *Researching the Urban Dilemma: Urbanization, Poverty and Violence* (Ottawa, International Development Research Centre, 2012).

5. La importancia de los vínculos urbanos y rurales: fortalecimiento del sistema de salud

569. En los niveles de ingresos más bajos, los indicadores de salud para los residentes pobres del medio urbano suelen ser equivalente o peores que los de sus homólogos de las zonas rurales, y estar muy por debajo de los acaudalados de las zonas urbanas. Un examen de los servicios de atención de la salud materna de las zonas rurales y urbanas en 23 países de África en el decenio de 1990 halló que, mientras que como promedio, los pobres de las zonas urbanas recibían mejor atención prenatal y durante el parto que los residentes de las zonas rurales, la situación de desventaja de los pobres del medio rural era más notable en los países donde la atención de la salud materna era algo mejor⁴²⁵. En resumen, en los casos en que los sectores de la salud son menos efectivos, los cuidados en las zonas urbanas y rurales se resienten en grado similar, pero en los casos en que los recursos han fortalecido la atención, las clases urbanas media y superior se han beneficiado de manera desproporcionada.

570. Para los pobres de las zonas urbanas, los servicios de salud suelen estar sobresaturados y a menudo a cargo de trabajadores sanitarios sobrecargados. Con el aumento de proveedores privados no regulados en las zonas urbanas, los residentes pobres del medio urbano pueden tener que pagar por servicios que se prestan de manera gratuita en puestos de salud pública en las zonas rurales. Para los que viven en barrios de tugurios, buscar cuidados de salud puede requerir largos viajes a instalaciones situadas en las afueras de los barrios de tugurios, y el transporte y el costo pueden actuar como barreras para la atención de la salud. Los pobres de las zonas urbanas a menudo reciben servicios de menor calidad en instalaciones de los sectores público y privado, en comparación con los residentes urbanos más acaudalados. Los pobres de las zonas urbanas también se enfrentan a condiciones de vida insalubres y a menudo peligrosas que pueden contribuir a problemas de salud. En última instancia, la “ventaja de la salud urbana” encubre disparidades entre las zonas urbanas más pobres y más ricas⁴²⁶.

⁴²⁵ M. Magadi, E. Zulu y M. Brockerhoff, “The inequality of maternal health care in urban sub-Saharan Africa in the 1990s”, *Population Studies*, vol. 57, núm. 3 (2003), págs. 347 a 366.

⁴²⁶ Z. Matthews y cols., “Examining the ‘Urban Advantage’ in Maternal Health Care in Developing Countries”. *PLoS Medicine*, vol. 7, núm. 9 (2010); J. C. Fotso, A. Ezeh y R. Oronje, “Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do?”, *Journal of Urban Health*, vol. 85, núm. 3 (2008), págs. 428 a 442; M. R. Montgomery, “Urban poverty and health in developing countries”, *Population Bulletin*, vol. 64, núm. 2 (2009); J. C. Fotso y cols. “What does access to maternal care mean among the urban poor? Factors associated with use of appropriate maternal health services in the slum settlements of Nairobi, Kenya”, *Maternal and Child Health Journal*, vol. 13, núm. 1 (2009), págs. 130 a 137; V. N. Salgado de Snyder y cols., “Social conditions and urban health inequalities: realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 88, núm. 6 (2011); K. Ghei y cols., “Association between child immunization and availability of health infrastructure in slums in India”, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, núm. 3 (2010), págs. 243 a 249; L. Hulton Z. Matthews y R. W. Stones, “Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India”, *Social Science and Medicine*, vol. 64, núm. 10 (2007), págs. 2083 a 2095; J. Das y J. Hammer, “Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India”, *Journal of Development Economics*, vol. 83, núm. 1 (2007), págs. 1 a 36; J. Das y J. Hammer, “Location, location, location: residence, wealth and the quality of medical care in Delhi, India”, *Health Affairs*, vol. 26, núm. 3 (2007), págs. 338 a 351; J. C. Fotso, “Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural area”, *International Journal of Health Equity*, vol. 5, núm. 9 (2006).

571. En la mayoría de los países, los trabajadores de la salud ya están concentrados de manera desproporcionada en las zonas urbanas⁴²⁷, aunque no necesariamente presten servicios a los pobres de las zonas urbanas⁴²⁸. Para evitar que se descuide a las zonas rurales, se necesitan innovaciones para que las inversiones urbanas beneficien también a las zonas rurales, por ejemplo mediante rotaciones de trabajadores de la salud, nuevos usos de tecnologías móviles y otros sistemas de vinculación de la salud rural-urbana⁴²⁹. Esas innovaciones también deben alejarse de los límites tradicionales del sistema de salud a fin de desarrollar vínculos de transporte, recursos y financieros entre las zonas rurales y las urbanas que faciliten las conexiones y reduzcan la desigualdad en toda la brecha espacial. Un importante desafío para los próximos decenios es la creación y evaluación de esas estructuras innovadoras del sistema de salud, que respondan al crecimiento urbano de manera que también aliente inversiones en la atención de las zonas rurales.

572. Los Estados deben promover un desarrollo que promueva y facilite los vínculos entre las zonas urbanas y rurales en reconocimiento de su interdependencia económica, social y ambiental, incluidos el desarrollo y la distribución equitativa de lugares de excelencia centrales y satélite en el ámbito de la salud, la educación, el comercio, el transporte y las comunicaciones para promover la movilidad, las oportunidades y el crecimiento económico para los que residen en centros urbanos, ciudades pequeñas y medianas y zonas rurales por igual.

573. Habida cuenta del crecimiento urbano previsto en los próximos decenios, junto con la enorme dependencia de las zonas urbanas para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y la sostenibilidad del medio ambiente, se necesita cada vez más liderazgo en múltiples sectores para la planificación urbana a nivel nacional y mundial.

574. Asegurar tierras y viviendas disponibles y asequibles es fundamental para garantizar la seguridad de la vivienda para los pobres de las zonas urbanas en el contexto de un rápido crecimiento urbano, ya que a medida que llegan más personas a las zonas urbanas, las limitaciones de espacio y la desigualdad en la distribución de la tierra tienden a producir un rápido aumento del costo de la vida, y la élite obtiene los terrenos más accesibles y deseables⁴³⁰.

575. El desafío normativo más importante en el contexto de la urbanización no es cambiar su trayectoria, sino determinar formas de ampliar todo el conjunto de posibles beneficios de la vida urbana a todos los residentes urbanos actuales y futuros y hacerlo de manera que pueda también vincular el desarrollo urbano con el rural.

⁴²⁷ L. Chen y cols., "Human resources for health: overcoming the crisis", *The Lancet*, vol. 364, núm. 9449 (2004), págs. 1984 a 1990; OMS "Achieving the health related MDG's takes a workforce" (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html); G. Dussault y M. C. Franceschini, "Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", *Human Resources for Health*, vol. 4, núm. 2 (2006).

⁴²⁸ Z. Matthews y cols., "Examining the urban advantage in maternal health care in developing countries", Montgomery, "Urban poverty and health in developing countries" (véase la nota 425).

⁴²⁹ V. Govindarajan y R. Ramamurti, "Delivering world-class health care, affordably", *Harvard Business Review*, noviembre de 2013; S. B. Syed y cols., "Developed-developing country partnerships: benefits to developed countries?", *Globalization and Health*, vol. 8, 2012; J. A. Effken y P. Abbott, "Health IT-enabled care for underserved rural populations: the role of nursing", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, núm. 4 (2009), págs. 439 a 445.

⁴³⁰ ONU-Hábitat, "Land in support of sustainable urbanization", documento de antecedentes preparado para la Tercera Conferencia de Ministros Africanos sobre Vivienda y Desarrollo Urbano, Bamako, 22 a 24 de noviembre de 2010.

Estudio de casos – Urbanización sostenible

Ecuador

Preparación para la expansión urbana: acceso a tierras residenciales para los pobres de las zonas urbanas⁴³¹

Las ciudades del Ecuador no son una excepción para la expansión urbana, y aunque en la actualidad hay tierras no urbanizadas disponibles para el desarrollo residencial, hay una grave escasez de terrenos urbanos con servicios para viviendas destinadas a la población de bajos ingresos en el sector estructurado. Esto ha dado lugar a una gran subdivisión parcelaria y ventas en el sector no estructurado, ya sea mediante invasiones de terrenos o subdivisiones no oficiales de terrenos que no se ajustan a las normas de planificación y subdivisión urbanas. En comparación con otros países, un porcentaje muy elevado de hogares urbanos en el Ecuador vive en comunidades de viviendas no autorizadas sin escrituras legales.

A fin de garantizar que los terrenos residenciales para los pobres de las zonas urbanas sigan siendo asequibles, los municipios deben velar por que siga existiendo una amplia oferta de terrenos urbanos accesibles en los próximos años, a fin de que los precios de los terrenos no estén sujetos a aumentos especulativos.

A tal fin, siete municipios de tamaño intermedio del Ecuador que en la actualidad están experimentando un rápido crecimiento urbano han comenzado a delimitar nuevas zonas de expansión sobre la base de previsiones preliminares de la población y las zonas construidas, a planificar las redes de carreteras principales en las nuevas zonas de expansión, perfeccionar los instrumentos jurídicos para adquirir los derechos de acceso a las carreteras principales y estimar los presupuestos necesarios para su ejecución. Si se lleva a cabo con suficiente antelación, esta estrategia supondrá una inversión relativamente baja y una elevada tasa de rentabilidad potencial en las esferas económica, social, demográfica y ambiental.

Aprovechamiento de la urbanización⁴³²

Primer paso: aceptar la urbanización como parte del proceso de desarrollo

- La oposición política al crecimiento urbano ha influido poco en su disminución, pero atenta contra los derechos individuales y puede aumentar la pobreza tanto urbana como rural. Cuando los migrantes deciden trasladarse a la ciudad, están tomando una decisión racional para mejorar sus vidas y reducir su vulnerabilidad.
- Una vez que los encargados de la formulación de políticas acepten la inevitabilidad del crecimiento urbano, pueden mejorar sus ciudades y la vida de sus residentes actuales y futuros.

⁴³¹ Basado en S. Angel, "Preparing for urban expansion: a proposed strategy for intermediate cities in Ecuador", en *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine y cols., eds. (Londres, Earthscan, 2008).

⁴³² Basado en *Estado de la población mundial 2007: Liberar el potencial del crecimiento urbano* (véase la nota 405).

Segundo paso: plan para ciudades en crecimiento en el contexto de los vínculos entre el medio rural y el urbano

- Las principales cuestiones que afectan a las ciudades de todo el mundo, la vivienda, el transporte, el medio ambiente, el agua, el saneamiento y la energía, entre otras, exigen un planteamiento regional coordinado que atraviese límites fragmentados e incluya a las zonas periurbanas y rurales. El desarrollo rural y el desarrollo urbano no son contradictorios, sino que se refuerzan mutuamente, sobre todo teniendo en cuenta que muchas personas tienen una doble residencia

Tercer paso: promover la utilización sostenible del espacio

- Trabajar de manera abierta y transparente con las comunidades y el sector privado para forjar una visión participativa de dónde y cómo debe crecer la ciudad.
- Promover el crecimiento urbano con una preocupación sistemática por los valores ambientales.
- Reducir al mínimo el tamaño y el impacto del deterioro urbano mediante políticas para limitar el crecimiento descontrolado.
- Reservar tierras para espacios públicos.
- Impulsar un transporte colectivo que ahorre energía y esté bien integrado.
- Impulsar aglomeraciones densas, compactas y con vínculos efectivos entre ellas.

Cuarto paso: Promover el uso social del espacio

- Mejorar los barrios de tugurios *in situ*, centrándose en la construcción para usos mixtos y viviendas que se puedan ampliar a lo largo del tiempo a medida que crezcan los hogares.
- Mejorar el funcionamiento de los mercados de tierras y reinvertir los impuestos sobre las ganancias de capital obtenidas con la especulación de los terrenos urbanos en bancos de tierras para el futuro.
- Desarrollar apoyos para la tierra, la vivienda y los servicios para los pobres de las zonas urbanas; su integración y perspectivas de dignidad y medios de subsistencia son vitales para el éxito de las ciudades.

6. Prioridades de los gobiernos: migración interna y urbanización

Mejorar la calidad de la vida urbana	51% de los gobiernos
Elaborar programas, políticas, leyes e instituciones de planificación urbana	48% de los gobiernos
Desarrollar y promover centros urbanos pequeños y medianos	32% de los gobiernos
Protección social	32% de los gobiernos
Ordenación del medio ambiente	23% de los gobiernos

576. Las prioridades nacionales relativas a la distribución espacial, la movilidad interna y la urbanización pueden entenderse a través de dos dimensiones críticas alineadas con la naturaleza del crecimiento urbano y su intersección con el desarrollo urbano y rural. La primera se centra en si el gobierno hace más hincapié en mejorar los centros urbanos, las zonas urbanas pequeñas y medianas, o las zonas rurales. Entre ellas, los gobiernos que respondieron a la encuesta mundial afirmaron que era mucho más probable que dieran prioridad a “mejorar la calidad de vida urbana” (el 51% de los gobiernos lo mencionaron entre sus cinco prioridades principales), mientras que menos mencionaron “desarrollar y promover centros urbanos pequeños y medianos” (32%), o “el desarrollo rural”⁴³³ (16%). Casi el 30% de los países de Asia dijeron que el desarrollo rural era una prioridad, pero solo lo hicieron 2 de 30 gobiernos de América (donde la transición urbana está prácticamente completa).

577. La segunda dimensión se refiere a si los gobiernos daban prioridad al reconocimiento de las “dinámicas de población relacionadas con la urbanización” —el crecimiento demográfico urbano, la expansión o concentración, la migración interna fuera de las zonas rurales o hacia las zonas urbanas (14% de los gobiernos)— o si daban prioridad a “medidas para influir en la distribución espacial de la población o prevenir la urbanización” (21% de los gobiernos). Un porcentaje relativamente mayor de gobiernos de África (27%) y Asia (29%), donde se está produciendo una rápida urbanización, dio prioridad a este último.

578. Los gobiernos dieron prioridad de forma consistente a la “elaboración de políticas, programas y estrategias de planificación urbana y a la creación de leyes e instituciones” asociados con la urbanización (48%), así como a la “protección social” (32%) y la “ordenación del medio ambiente” (23%). Los gobiernos de Asia estaban más preocupados por la ordenación del medio ambiente vinculada a las zonas urbanas, y el 34% lo consideraba una prioridad. La protección social era la tercera prioridad mencionada con más frecuencia en América, señalándola el 40% de los gobiernos.

579. Los Estados deben aprovechar las oportunidades que ofrece la urbanización para el desarrollo sostenible y llevar a cabo una planificación participativa proactiva para aprovechar los beneficios de una mayor densidad de población en las zonas urbanas, reconociendo las importantes repercusiones

⁴³³ Se refiere a todas las prioridades relacionadas con el desarrollo rural, en particular abordar las disparidades entre las zonas rurales y urbanas, pero excluyendo aquellas con la intención declarada de mantener a la población en zonas rurales.

que tienen las mayores corrientes migratorias internas en la distribución y la concentración de la población en las ciudades, en particular la mayor eficiencia energética en el transporte y la vivienda, así como una prestación de servicios de salud, comunicaciones y otros servicios básicos más barata *per capita*.

C. Migración internacional

580. El número total estimado de migrantes internacionales⁴³⁴ en el mundo ha pasado de 154 millones en 1990 a 232 millones en 2013, y se prevé que siga aumentando en un futuro previsible. Aunque esto representa un aumento del número de migrantes, el porcentaje de migrantes internacionales en la población mundial ha cambiado solo ligeramente en el período de 23 años, del 2,9% en 1990 al 3,2% en 2013. El porcentaje de todos los migrantes internacionales que vivían en países desarrollados aumentó de 53% en 1990 al 59% en 2013, y los migrantes internacionales representaron el 10,8% de la población total de los países desarrollados, en comparación con el 1,6% de la población total de los países en desarrollo⁴³⁵.

581. Las modalidades contemporáneas de movimientos internacionales son mucho más complejas que en el pasado, no solo por el gran número de migrantes internacionales, sino también porque las corrientes ahora son verdaderamente mundiales. El aumento y la diversificación de las modalidades de migración han supuesto que un número cada vez mayor de países esté afectado por la migración, y que ahora la mayoría de los países son simultáneamente países de origen, destino y tránsito. En 2010, de los 43 países que acogían por lo menos a 1 millón de inmigrantes, 24 eran el lugar de origen de más de 1 millón de emigrantes. Los países que experimentaron aumentos importantes del número de migrantes entre 1990 y 2010, como Malasia, Nigeria y Tailandia, también experimentaron un gran aumento del número de sus ciudadanos que vivían en el extranjero⁴³⁶.

582. Además, la composición de las corrientes migratorias está cambiando de varias maneras. En la actualidad, los migrantes provienen de un espectro más amplio que nunca de entornos económicos, sociales y culturales. Entre los migrantes internacionales en todo el mundo, aproximadamente la mitad son mujeres (48%), el 52% en los países desarrollados y el 43% de los países en desarrollo⁴³⁴. Habida cuenta de que las mujeres suelen vivir más que los hombres, tienden a estar excesivamente representadas entre los migrantes de edad. Los grandes programas de trabajadores invitados de Europa en los decenios de 1950, 1960 y comienzos de

⁴³⁴ Los datos presentados aquí se refieren a la población migrante internacional definida como una estimación de mediados de año del número de personas que viven en un país o región distintos de aquel en el que nacieron o, en ausencia de esos datos, el número de personas de nacionalidad extranjera. La mayoría de las estadísticas utilizadas para estimar el número de migrantes internacionales se obtuvieron de censos de población, registros de población y encuestas por hogares representativas a nivel nacional. Las estimaciones de la población de migrantes fueron preparadas por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

⁴³⁵ Naciones Unidas, "El número de migrantes internacionales en todo el mundo llega a 232 millones" (véase la nota 404).

⁴³⁶ Informe del Secretario General sobre nuevas tendencias de la migración: aspectos demográficos (E/CN.9/2013/3).

1970 estaban dominados por hombres⁴³⁷. Los cambios en la conducta migratoria de la mujer se pusieron de manifiesto en los decenios de 1980 y 1990, con el desarrollo del empleo en el sector de servicios y, en particular, la necesidad cada vez mayor de enfermeras, maestras y trabajadoras domésticas⁴³⁸. En la actualidad las mujeres suelen emigrar solas o como cabeza de familia⁴³⁹.

583. La edad media de los migrantes internacionales se estima en 38,4 años, frente a 29,2 años en la población total. Los migrantes internacionales tienden a ser mayores que sus homólogos no migrantes, sobre todo porque los hijos nacidos de personas nacidas en el extranjero se incluyen en la población nacida en el país⁴⁴⁰. Sin embargo, las corrientes de inmigración a determinados países europeos (Alemania, Dinamarca, Eslovenia, Italia, Noruega, los Países Bajos y Suecia) en 2008 y 2009 indican que una proporción elevada de los extranjeros que entran en un país como migrantes en un año determinado se concentran en los adultos de menor edad⁴⁴¹. En esos países, como promedio, dos de cada cinco migrantes recién llegados tienen entre 18 a 29 años.

1. Diferencias regionales en la migración internacional

584. En 2013, se produjo tanta migración internacional entre países en desarrollo como de países en desarrollo a países desarrollados. Aproximadamente una tercera parte de los migrantes mundiales (82,3 millones de personas, o el 36%) eran originarios de un país en desarrollo y vivían en ellos en 2013. Otra tercera parte del número total de migrantes del mundo (81,9 millones de personas, o el 35%) había nacido en un país en desarrollo pero residía en un país desarrollado. Además, alrededor de una cuarta parte del total de migrantes internacionales del mundo (53,7 millones de personas, o el 23%) había nacido y vivía en un país desarrollado. El porcentaje de migrantes internacionales que había nacido en un país desarrollado y que ahora vivía en un país en desarrollo era solo del 6% (13,7 millones de personas)⁴⁴².

585. Si bien la migración de países en desarrollo a países desarrollados ha sido el principal impulsor de las tendencias de la migración mundial, duplicándose de 40 millones en 1990 a 81,9 millones en 2013 y creciendo más de dos veces más rápido que el total mundial, la migración entre los países en desarrollo sigue siendo el mayor tipo de movimiento migratorio, con 82,3 millones de personas⁴⁴¹.

⁴³⁷ P. Martin, "Managing labor migration: temporary worker programmes for the 21st century", documento preparado para el Simposio Técnico Internacional sobre la Migración Internacional y el Desarrollo, celebrado en Turín (Italia) del 28 al 30 junio de 2006.

⁴³⁸ OIT, "Women and men migrant workers: Moving towards equal rights and opportunities" (2008), en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/gender/documents/publication/wcms_101118.pdf.

⁴³⁹ *Estado de la población mundial 2007: Liberar el potencial del crecimiento urbano* (véase la nota 405).

⁴⁴⁰ Naciones Unidas, "International migration 2013: age and sex distribution", *Population Facts*, núm. 2013/4 (septiembre de 2013).

⁴⁴¹ Naciones Unidas, División de Población, "International migration in a globalizing world: the role of youth", documento técnico núm. 2011/1 (Nueva York, 2011).

⁴⁴² Naciones Unidas, "International migration 2013: migrants by origin and destination", *Population Facts*, núm. 2013/3 (septiembre de 2013).

586. Las principales regiones del mundo tienen una proporción diferente de migrantes (véase el gráfico 50). Por ejemplo, en 2013 Europa tenía un 31% del número total de migrantes, mientras que era la región de origen del 25% de todos los emigrantes (de los cuales el 65% también vivían en Europa). Como comparación, Asia y América del Norte acogían al 31% y al 23% del número total de migrantes, respectivamente, mientras que eran el origen del 40% y el 2% de todos los emigrantes. Además, la mayoría de migrantes internacionales de Europa (65%), Asia (58%) y Oceanía (58%) vivían en un país dentro de su región de nacimiento (58% en ambos casos), mientras que la mayoría de los migrantes internacionales nacidos en América Latina y el Caribe (85%), América del Norte (72%) y África (51%) residían en un país fuera de su región de nacimiento.

Gráfico 49

Migrantes internacionales por zona principal de origen y de destino, 2013

(En millones)

	Origen							Total	Porcentaje destino
	África	Asia	Europa	América Latina y el Caribe	América del Norte	Oceanía	Varios		
África	15,3	1,1	0,8	0,0	0,1	0,0	1,4	18,6	82
Asia	4,6	53,8	7,6	0,7	0,6	0,1	3,4	70,8	76
Europa	8,9	18,6	37,8	4,5	0,9	0,3	1,3	72,4	52
América Latina y el Caribe	0,0	0,3	1,2	5,4	1,3	0,0	0,2	8,5	64
América del Norte	2,0	15,7	7,9	25,9	1,2	0,3	0,0	53,1	2
Oceanía	0,5	2,9	3,1	0,1	0,2	1,1	0,1	7,9	14
Total	31,3	92,5	58,4	36,7	4,3	1,9	6,4	231,5	
Porcentaje origen	49	58	65	15	28	58			

Fuente: Naciones Unidas, *Population Facts*, núm. 2013/3, "International migration 2013", cuadro 1.

587. Las corrientes de migración internacional se han vuelto cada vez más diversificadas en los 20 últimos años, y países como México, China, la Federación de Rusia y la India se están convirtiendo en importantes lugares de origen y destino. Millones de migrantes internacionales residen en la India, mientras que, por ejemplo, unos 2,9 millones de migrantes internacionales de la India residían en los Emiratos Árabes Unidos y 1,8 millones en la Arabia Saudita. Igualmente, los Estados Unidos de América acogían a unos 13 millones de personas nacidas en México, 2,2 millones nacidas en China, 2,1 millones en la India y 2 millones en Filipinas. Por último, las corrientes bilaterales de migrantes internacionales son especialmente grandes en la Federación de Rusia, Kazajistán y Ucrania⁴⁴¹.

588. Una consecuencia de las bajas tasas de fecundidad y del envejecimiento de la población es la escasez de mano de obra a todos los niveles de aptitud, y la necesidad de atención especializada para las personas de edad en las sociedades que

están envejeciendo aumentará en los próximos decenios⁴⁴³. Esas tendencias ya pueden verse fácilmente en muchos países desarrollados y se pueden prever en muchos países en desarrollo, especialmente los que han registrado tasas de crecimiento económico sin precedentes en los últimos decenios⁴⁴⁴. Al mismo tiempo, muchos países en desarrollo siguen experimentando una discrepancia entre el número de jóvenes, personas en edad de trabajar y la capacidad de absorción de sus mercados laborales⁴⁴⁵. En consecuencia, si bien las corrientes migratorias (en particular la migración de la mano de obra) obedecen fundamentalmente a condiciones económicas y desigualdades, también pueden explicarse por desequilibrios demográficos reflejados en superávits o déficits de la fuerza de trabajo. La migración ya contribuye al crecimiento demográfico en muchos países, pero los resultados demográficos a largo plazo de la migración variarán según la composición de la población migrante y de si el movimiento es temporal, a largo plazo o permanente; si coincide con la procreación o la crianza de los hijos en el país de destino; y si los hijos de los migrantes tienen derecho a la ciudadanía y adoptan el nuevo país como propio⁴⁴⁶.

589. La migración es un elemento clave para el desarrollo social y económico en los países de origen y destino⁴⁴⁷. También es un vehículo importante para el desarrollo humano de los migrantes y sus familias, al ampliar sus capacidades, oportunidades y opciones que pueden mejorar sus vidas y las de los miembros de sus familias. **Los Estados deberían aceptar las contribuciones de la migración al tejido político, económico, social y cultural de los países de origen y de destino por igual, así como a la comunidad mundial, y deberían crear mejores sistemas para el seguimiento de los beneficios para el desarrollo de la migración.**

590. Las transferencias financieras en forma de remesas enviadas por los migrantes a sus países de origen y redes superan la asistencia oficial para el desarrollo y constituyen la fuente más importante de corrientes financieras hacia algunos países en desarrollo, a veces superiores a las corrientes de inversión extranjera directa. Esas transferencias, que ascendieron a 401.000 millones de dólares en 2012 (sin contar las corrientes mediante sistemas no oficiales)⁴⁴⁸, pueden tener efectos positivos para el desarrollo de los países de origen. También complementan el ingreso familiar, mejoran directamente la calidad de vida, sacan a las familias de la

⁴⁴³ F. Mullan, S. Frehywot y L. J. Jolley, "Aging, primary care, and self-sufficiency: health care workforce challenges ahead", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 36, núm. 4 (2008), págs. 703 a 708; B. Rechel y cols., "How can health systems respond to population ageing?", *Policy Brief*, núm. 10 (Copenhague, Oficina Regional de la OMS en Europa, 2009); Universidad de Albany, Center for Health Workforce Studies, "The impact of the aging population on the health workforce in the United States: summary of key findings" (marzo de 2006), en www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf.

⁴⁴⁴ D. E. Bloom, D. Canning y G. Fink, "Implications for population aging for economic growth". Program on the Global Demography of Aging, documento de trabajo núm. 64 (Harvard School of Public Health, enero de 2001), en diseaseriskindex.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_64.pdf.

⁴⁴⁵ OIT, *Global Employment Trends for Youth 2013: A Generation at Risk* (Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2013).

⁴⁴⁶ OIM, "Economic cycles, demographic change and migration", documento de antecedentes preparado para el Diálogo Internacional sobre la Migración 2011; en www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/economic-cycles-demographic-change/Background-Paper-EN.pdf.

⁴⁴⁷ Véase E/CN.9/2013/3 (véase la nota 435).

⁴⁴⁸ Banco Mundial, *Migration and Development Brief*, núm. 20 (19 de abril de 2013).

pobreza, aumentan el acceso a servicios de educación y salud, y, a través de sus efectos multiplicadores, pueden generar ingresos y empleo en la economía en general.

591. Los migrantes son también importantes para transmitir “remesas sociales” a sus países de origen⁴⁴⁹, como nuevas ideas, productos, información y tecnología, y las diásporas desempeñan un importante papel en el establecimiento de redes académicas y empresariales entre los países de origen y de destino.

592. También hay costos sociales de la migración, en particular para los niños y las personas de edad que se quedan en el país de origen, así como el reto de la emigración de profesionales cualificados de países en desarrollo (“éxodo intelectual”). La migración de sectores de la población muy capacitados y cualificados puede significar para los países de origen una pérdida de talento muy necesario y puede obstaculizar la aplicación de las estrategias nacionales de desarrollo. En 2006, la escasez de trabajadores de la salud a nivel mundial se estimaba en 4,3 millones, de los cuales 2,4 millones eran médicos, enfermeros y parteras. De los 57 países que se enfrentaban a una grave escasez de médicos y enfermeros, 36 estaban en África Subsahariana. Varios países han puesto en práctica códigos voluntarios para limitar la contratación de trabajadores de la salud de países con una gran escasez de médicos y enfermeros. En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un código de práctica mundial para orientar a los Estados miembros en la contratación de trabajadores de la salud. Al tiempo que afirma el derecho de los profesionales de la salud a buscar empleo en otros países, el código desalienta a los Estados miembros a contratar activamente a personal de salud de países en desarrollo que tienen una gran escasez de trabajadores de la salud y promueve una mayor cooperación internacional en el desarrollo de una fuerza nacional de trabajo en materia de salud⁴⁵⁰.

593. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo fue un hito para la migración internacional, ya que recomendó una mayor coherencia de las políticas y exhortó a los gobiernos de los países de origen y destino a que procurasen que la opción de permanecer en el propio país fuera viable para todas las personas. En la Cumbre del Milenio, los dirigentes mundiales acordaron, entre otras cosas, garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migratorios y sus familiares.

594. En la encuesta mundial, la cuestión de la migración internacional de la que los gobiernos informaron con más frecuencia en los cinco años anteriores fue “la trata o tráfico ilícito de migrantes” (65%). A nivel regional, ese tema fue abordado por una gran proporción de países de Europa (71,4%), América (70%), Asia (69,7%) y África (65,1%), pero pocos de Oceanía (11%). Alrededor del 60% de los países comunicaron que “protegían a los migrantes contra los abusos de los derechos humanos, el racismo, el etnocentrismo y la xenofobia” (60,4%). Esta cuestión fue abordada por una mayor proporción de países de América (70%) y Asia (70,6%), en comparación con los de África (56,5%), Europa (58,6%) y Oceanía (20%).

⁴⁴⁹ P. Levitt y D. Lamba-Nieves, “Social remittances reconsidered,” *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 37, núm. 1 (2011), págs. 1 a 22.

⁴⁵⁰ Naciones Unidas, “Health workers, international migration and development”, *Population Facts*, núm. 2010/2/E/Rev (agosto de 2010).

595. Dado que el número de migrantes internacionales va en aumento, los países de destino se enfrentan al desafío de promover la integración social, política y económica. A menudo la integración se consigue mejor a una edad temprana, lo que subraya la importancia de la educación, los servicios y la plena participación para los jóvenes migrantes⁴⁵¹. El racismo y la xenofobia, impulsados por la crisis económica mundial, han creado tensiones en las relaciones entre las comunidades de inmigrantes y no inmigrantes en varios países.

596. Se deben hacer mayores esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los migrantes internacionales, independientemente de su estatus migratorio, especialmente las mujeres, los jóvenes y los niños, y brindar protección social a todos los migrantes, en particular ante actos ilícitos o de violencia, incluidos los actos de discriminación y los delitos perpetrados por cualquier motivo, y proteger su integridad física, dignidad, creencias religiosas y valores culturales.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 21

Migración internacional

Instrumentos vinculantes. La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (1990), en vigor desde 2003, garantiza las protecciones y principios fundamentales de derechos humanos entre los trabajadores migratorios y sus familiares. El Protocolo contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000; en vigor desde 2004) “previene y combate el tráfico ilícito de migrantes [...] protegiendo al mismo tiempo los derechos de los migrantes objeto de dicho tráfico”.

Otras normas de derecho no vinculantes. La observación general núm. 1 sobre los trabajadores domésticos migratorios (2011), aprobada por el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, resalta las múltiples vulnerabilidades de los trabajadores domésticos migratorios y los riesgos a que se ven expuestos en todo el ciclo de migración. Además, la observación general núm. 2 sobre los derechos de los trabajadores migratorios en situación irregular y de sus familiares (2013) se centra en las singulares vulnerabilidades de los trabajadores migratorios en situación irregular y de sus familiares y aclara el marco normativo para la protección de sus derechos con arreglo a la Convención Internacional.

597. Más del 69% de los países informaron que habían abordado “cuestiones relativas a la migración internacional y el desarrollo” mediante la creación de instituciones y programas, políticas o estrategias. Ese porcentaje es tan solo del 39% en Oceanía y el 61% en Europa, pero supera el 81% en Asia. En el caso de América, el 75% de los países habían abordado esas cuestiones, mientras que en África lo había hecho el 70% de los países.

⁴⁵¹ Véase el informe de la Comisión de Población y Desarrollo sobre su 46º período de sesiones (E/2013/25).

598. Una proporción menor de países había abordado la cuestión de “fortalecer el diálogo y la cooperación entre los países de origen, tránsito y destino” (54%). Aunque no se observan diferencias notables por regiones o crecimiento demográfico, esta cuestión fue examinada por una mayor proporción de países más ricos. Un porcentaje similar de países había centrado sus esfuerzos en “fortalecer el apoyo a las actividades internacionales para proteger y prestar asistencia a los refugiados y los desplazados” (56%). Aunque la pertinencia de esta cuestión también aumenta a medida que los países se desarrollan, hay grandes diferencias entre los países de altos ingresos de la OCDE (91%) y los países de altos ingresos que no pertenecen a la OCDE (11%). Alrededor de un tercio de los países de Europa no había abordado esta cuestión, mientras que en el caso de África, América y Asia ese porcentaje aumentó a entre el 42% y el 50%. En Oceanía, 8 de 13 países, o el 67%, no la habían abordado.

599. Los Estados deben abordar la migración internacional mediante una mayor cooperación internacional, regional o bilateral, el diálogo y la responsabilidad compartida, con un enfoque integral y equilibrado para garantizar procesos de migración ordenados, regulares y seguros, reconociendo las funciones y responsabilidades de los países de origen, tránsito y destino, promover políticas que fomenten la integración y la reintegración de los migrantes y garantizar la transferibilidad de las prestaciones adquiridas del trabajo en el extranjero y la migración.

600. Menos de la mitad de los países que respondieron a la encuesta comunicaron que abordaban “las causas profundas de la migración y [lograr] que la migración fuera una opción viable para todas las personas” (35%), o “facilitar la corriente y el uso de remesas para apoyar el desarrollo” (42%). En lo que respecta a esta última cuestión, África era la única región donde la mitad de sus países abordaban esa cuestión (52%), ya que ese porcentaje disminuyó en el caso de América (45%), Asia (43%), Europa (27%) y Oceanía (25%). Un análisis subregional detallado pone de manifiesto diferencias entre subregiones de América (el Caribe, 33%; Centroamérica, 57%; América del Sur, 50%) así como en las de Europa (Europa Occidental, 100%; Europa Meridional, 10%; Europa Septentrional, 20%; Europa Oriental, 14%). El análisis de los ingresos y el crecimiento demográfico muestra que esa cuestión había sido examinada por un mayor porcentaje de países pobres y en rápido crecimiento.

601. Por último, solo el 23% de los países había abordado “los factores que contribuyen a los desplazamientos internos forzados”, pero las frecuencias mundiales y regionales podrían haber sido distorsionadas, ya que los países en que la cuestión no se aplicaba podrían haber respondido “no” (en el cuestionario no había una opción de “no se aplica”). La mayoría de los países que habían abordado esta cuestión se encontraban en África (12), Asia (10) y Europa (6).

2. Prioridades gubernamentales: migración internacional

Crear programas, políticas, leyes e instituciones relativos a la migración	46% de los gobiernos
Fortalecer la capacidad de los sistemas de investigación y de reunión de datos	35% de los gobiernos
Aumentar al máximo la inclusión social y los derechos de los migrantes	32% de los gobiernos
Cooperación internacional	28% de los gobiernos
Trata	23% de los gobiernos

602. Cuando se pidió a los gobiernos que determinasen las prioridades de las políticas relacionadas con la migración internacional para los próximos cinco años, las cuestiones que se incluyeron con mayor frecuencia se correspondían estrechamente con los aspectos más fundamentales de la política migratoria para el desarrollo y el apoyo a los migrantes, como crear programas, políticas, leyes e instituciones relativos a la migración, fortalecer la capacidad de investigación y sistemas de datos, aumentar al máximo la inclusión social y los derechos de los migrantes, la cooperación internacional entre los gobiernos de los países de origen, destino y tránsito, y la trata.

603. Una parte importante de la migración internacional produce más allá de la capacidad de los gobiernos para darle seguimiento o conformarla. Este es el caso de la migración irregular (que junto con el control fronterizo, era una prioridad para el 23% de los gobiernos) y la migración regular, que pueden no detectar sistemas de observación esporádicos e insuficientes. La falta de datos suficientes sobre la migración es un problema reconocido en todo el mundo, y fue una prioridad para un tercio (35%) de los gobiernos.

604. Tal vez como resultado de esas complejidades, crear funciones nacionales de gobernanza relacionadas con la migración internacional fue una prioridad para casi la mitad de los gobiernos (46%), en todas las regiones y en cuatro de cinco grupos de ingresos (excepto en el caso de los países de altos ingresos que no son miembros de la OCDE). En cuanto a la cooperación internacional, los mecanismos oficiales de gobernanza internacional en torno a la migración son todavía relativamente nuevos, pero el 28% de los países consideró que esas interacciones internacionales eran una prioridad importante para preparar y gestionar las corrientes migratorias.

605. La inclusión y los derechos sociales incorporan la integración, la igualdad de trato, el empoderamiento y los derechos de los migrantes internacionales en la sociedad. Esta cuestión fue prioritaria entre países de América (40%) y Europa (43%), así como entre gobiernos de países de altos ingresos de la OCDE, ya que la incluyeron 11 de 19. La trata, un tema que se mencionó frecuentemente como cuestión que se había venido abordando en los cinco años anteriores, figuraba como prioridad futura solo para el 23% de los gobiernos, y esa cifra estaba repartida de manera relativamente equilibrada por todas las regiones.

606. A pesar del enfoque común sobre la migración internacional como una cuestión del mercado de trabajo, las remesas solo figuraban como la undécima

prioridad a nivel mundial⁴⁵², aunque la mencionaron más gobiernos africanos (27%). Los gobiernos de África también dieron prioridad con frecuencia a promover la inversión entre las comunidades de la diáspora (41%) y reducir la emigración creando condiciones favorables y previniendo el éxodo intelectual (25%), cuestiones que merecieron mucha menos atención en otras regiones.

607. Una cuestión de suma importancia para la migración internacional, en particular para países muy concretos que puedan ver amenazada su existencia, es el vínculo con los efectos del cambio climático. Kiribati indicó como primera prioridad sus esfuerzos por obtener apoyo de la comunidad internacional para que contrataran a trabajadores de Kiribati como parte de su estrategia para la adaptación al cambio climático, preguntando si otros gobiernos contratarían a trabajadores de Kiribati si estuvieran capacitados y equipados conforme a las normas internacionales. Kiribati resaltó que el derecho internacional no reconocía como refugiados a personas desplazadas por el cambio climático y está buscando opciones si el cambio climático en su país llega a tal punto que los ciudadanos se ven obligados a buscar viviendas alternativas.

D. Inseguridad del lugar

608. Una de las necesidades más básicas, un aspecto fundamental de la seguridad humana, es la seguridad de la tenencia de la tierra y la vivienda. Un gran número de personas de todo el mundo se acuestan todas las noches sin techo sobre sus cabezas o sin garantías de que tendrán uno al día siguiente. La inseguridad de la tenencia de la tierra y la vivienda empeora muchos otros tipos de inseguridad, como por los ingresos, la alimentación, el estatus jurídico, la seguridad o la salud, lo que plantea una grave amenaza para la dignidad del individuo, la condición de persona a los ojos del Estado y la cohesión de la comunidad.

609. El Programa de Acción reconoció que las causas de los desplazamientos van desde la degradación del medio ambiente a los desastres naturales y los conflictos internos que destruyen asentamientos humanos y obligan a las personas a huir de una zona del país a otra. Se centró en el aumento de la vulnerabilidad de la mujer a la violencia en las situaciones de desplazamiento, así como el mayor riesgo de desplazamiento de los pueblos indígenas. Un elemento clave fue el derecho al regreso voluntario y en condiciones de seguridad, así como los servicios básicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, durante el desplazamiento.

610. En todo el espectro de la inseguridad de la tenencia de la tierra y la vivienda, la falta de visibilidad ante los ojos del Estado es un problema común debido a una grave falta de datos, que obstaculiza las estimaciones del número de personas afectadas y la aplicación de medidas eficaces para prestarles asistencia. Uno de los desafíos para los próximos 5 a 10 años es comprender la escala y las características de la población que se enfrenta a esas vulnerabilidades, y elaborar programas de apoyo más humanos.

⁴⁵² Las remesas son de vital importancia para algunos países y no muy importantes para otros, lo que significa que esta prioridad en particular, tal vez no se preste a un análisis mundial o regional.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 22

Vivienda

Otras normas de derecho no vinculantes. El derecho a una vivienda adecuada está consagrado en el artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966; en vigor desde 1967) y se formuló con más detalle en la observación general núm. 4, relativa al derecho a una vivienda adecuada (1991), aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El primer Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, fue nombrado por la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 2000/9. El Relator Especial definió que “el derecho humano a una vivienda adecuada es el derecho de toda mujer, hombre, joven y niño a tener y mantener un hogar y una comunidad seguros en que puedan vivir en paz y con dignidad” (E/CN.4/2001/51, párr. 8). Numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos aprobados después de 1993, así como observaciones generales y recomendaciones de los órganos de supervisión creados en virtud de tratados, han hecho hincapié en el derecho a la vivienda y la interrelación entre la vivienda con otros derechos humanos básicos⁴⁵³

1. Acceso de la mujer a la tierra

611. Una de las formas más extendidas de inseguridad de la tenencia de la tierra es la falta de derechos de propiedad. Si bien la mayoría de los países permiten una amplia propiedad de bienes y muchos no diferencian jurídicamente entre el hombre y la mujer como propietarios, en la práctica se niegan a un número enorme de mujeres sus derechos a la propiedad de la tierra. Ya sea en las zonas rurales de los países en desarrollo, donde producen la mayoría de los alimentos pero no tienen títulos de propiedad de casi ningún terreno⁴⁵⁴, o en las zonas urbanas, donde son comunes los hogares encabezados por mujeres y la propiedad oficial de la tierra es particularmente escasa entre los pobres⁴⁵⁵, un número enorme de mujeres carecen de la seguridad del hogar y los medios de vida para los que son fundamentales los derechos a la tenencia de la tierra y los derechos de propiedad.

612. En el Programa de Acción, los gobiernos se comprometieron a todos los niveles a asegurar que las mujeres pudieran comprar, poseer y vender propiedades y tierras en pie de igualdad con los hombres, obtener créditos y negociar contratos en su nombre y a su nombre y ejercer sus derechos jurídicos a la herencia.

⁴⁵³ Véanse, por ejemplo, el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 2515, núm. 44910), y las observaciones generales núm. 7 (1997), núm. 14 (2000) y núm. 15 (2002) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (véanse E/1998/22, E/2001/22 y E/2003/22).

⁴⁵⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Gender, Property Rights and Livelihoods in the Era of AIDS, FAO Technical Consultation, Rome 28-30 November 2007 – Proceedings Report* (Roma, 2008), en <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/010/ai521e/ai521e00.pdf>.

⁴⁵⁵ C. S. Rabenhort y A. Bean, “Gender and property rights: a critical issue in urban economic development” (Washington D.C., International Housing Coalition y Urban Institute, 2011).

613. Los resultados de la encuesta mundial indican que el 76% de los gobiernos habían aprobado leyes que garantizaban los derechos de propiedad de la mujer, incluido el derecho a poseer, comprar y vender propiedades u otros bienes en pie de igualdad con los hombres, y ese porcentaje aumentó al 86% en Asia. Si bien el 65% de los gobiernos informó de que hacía cumplir leyes para garantizar la igualdad de derechos de la mujer a heredar, el 72% informó que aplicaba leyes para proteger los bienes de la mujer mediante leyes armonizadas sobre el matrimonio, el divorcio, la sucesión y la herencia. En ambos casos, las proporciones regionales seguían estando cerca del promedio mundial, con la excepción de Oceanía, donde se redujeron al 50% y 43%, respectivamente.

614. A pesar de esos avances, muchos países siguen teniendo leyes o prácticas discriminatorias sobre la propiedad y la herencia. Incluso en los casos en que se han introducido leyes civiles para garantizar la igualdad de derechos a la herencia y la propiedad, no necesariamente se aplican o respetan a nivel local debido a la persistencia de normas sociales discriminatorias y la aplicación de leyes consuetudinarias o religiosas.

615. El análisis de los datos del Índice de Instituciones Sociales e Igualdad de Género de la OCDE muestra que, para los países de los que se dispone de datos, las mujeres tienen solo el 15% de todos los títulos de propiedad de la tierra⁴⁵⁶. Donde no pueden ejercer sus derechos a la tierra, las mujeres están particularmente expuestas al riesgo de desalojo al fallecer sus esposos. Además, como el acceso al crédito oficial depende en gran medida de préstamos garantizados por propiedades, los prestatarios pobres en tierras se encuentran en una situación de desventaja; los datos confirman que el menor acceso de la mujer a la tierra limita su acceso al crédito, lo que reduce las oportunidades económicas de la mujer⁴⁵⁷.

616. Además, la pobreza de la mujer, junto con la falta de otras opciones de vivienda, hace que sea difícil para las mujeres salir de situaciones familiares violentas. La reubicación forzosa y el desalojo forzoso de los hogares y de las tierras tienen efectos desproporcionadamente graves para las mujeres. La falta de derechos de propiedad suele impedir el regreso después de desplazamientos, o puede llevar a las mujeres a permanecer en la tierra incluso frente a peligros significativos. Los efectos de la discriminación por razón de género y la violencia contra la mujer sobre la igualdad en materia de propiedad, acceso y control de la tierra y la igualdad de derechos a la propiedad y a una vivienda adecuada son importantes, especialmente durante las situaciones de emergencia complejas, la reconstrucción y la rehabilitación⁴⁵⁸.

617. Los Estados deben reformar las leyes y abordar las costumbres y las tradiciones que discriminan a la mujer y niegan a las mujeres la seguridad de la tenencia y la igualdad en materia de propiedad, acceso y control de la tierra y la igualdad de derechos a la propiedad y a una vivienda adecuada. Los Estados deben garantizar el derecho de la mujer a la igualdad de trato en el acceso a la tierra y la reforma agraria y en los planes de reasentamiento y en la propiedad de los bienes incluso en el derecho a la herencia, y deben emprender reformas

⁴⁵⁶ OCDE, *2012 SIGI: Social Institutions and Gender Index: Understanding the Drivers of Gender Inequality*.

⁴⁵⁷ N. Almodóvar-Reteguis, K. Kushnir y T. Meilland, "Mapping the legal gender gap in using property and building credit", *Women, Business and the Law* (Banco Mundial, 2012).

⁴⁵⁸ Véase el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias (E/CN.4/2000/68/Add.5).

administrativas y adoptar otras medidas necesarias para dar a la mujer el mismo acceso que el hombre en materia de crédito, capital, mercados e información.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 23

Acceso de la mujer a la tierra

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. La Comisión de Derechos Humanos aprobó una serie de resoluciones sobre la mujer, la vivienda y la tierra, entre ellas la resolución 2005/25, relativa a la igualdad de las mujeres en materia de propiedad, acceso y control de la tierra y la igualdad de derechos a la propiedad y a una vivienda adecuada (2005), en que la Comisión reafirmó “el derecho de las mujeres a un nivel de vida adecuado, incluida la vivienda adecuada, consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, y se afirmó “que la discriminación contra la mujer en la ley y la práctica en relación con el acceso, la adquisición y conservación de tierras, bienes y vivienda, así como con el financiamiento para la adquisición de tierras, bienes y vivienda, constituye una violación del derecho humano de la mujer a la protección contra la discriminación y puede afectar al ejercicio de otros derechos humanos”.

2. Falta de vivienda

618. Un número considerable, aunque indeterminado, de personas en todo el mundo carecen de hogar, es decir, duermen en la calle, en edificios abandonados, en estructuras improvisadas, en parques, o si se dispone de ellos, en refugios para personas sin hogar⁴⁵⁹.

619. La falta de vivienda a menudo se considera un problema de las zonas urbanas, pero afecta también a las personas que viven en zonas rurales. Cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, las estimaciones de falta de vivienda rural en un país oscilaban entre el 7% y el 15%, y hasta el 20% en zonas erosionadas por ríos⁴⁶⁰. Los desastres naturales y los desplazamientos internos siguen causando falta de vivienda rural en los países en desarrollo⁴⁶¹. La falta de vivienda no es solo un problema de los pobres en los países pobres; una amplia gama de factores, como la falta de sistemas de protección social, las limitadas viviendas sociales, la comprobación de ingresos y el desempleo vulnerable se combinan para crear falta de vivienda en sociedades desarrolladas⁴⁶².

⁴⁵⁹ M. G. Haber y P. A. Toro. “Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspectives”, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 7, núm. 3 (2004); P. A. Toro, “Towards an international understanding of homelessness”, *Journal of Social Issues*, vol. 63, núm. 3 (2007), págs. 461 a 481.

⁴⁶⁰ T. Rahman, *The rural homeless in Bangladesh* (Dacca, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1993).

⁴⁶¹ Reino Unido, Universidad de Newcastle upon Tyne, Centre for Architectural Research and Development Overseas (CARD), “The nature and extent of homelessness in developing countries”, DFID, proyecto núm. 7905, en <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HumanSecurity/R7905.pdf>.

⁴⁶² Véase por ejemplo Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar, *European Report: The Role of Housing in Pathways Into and Out of*

620. Es sumamente difícil determinar el tamaño de la población sin hogar en todo el mundo porque muchos países carecen de sistemas para determinarla. Las personas sin hogar, especialmente los jóvenes y las familias, pasan por ciclos en los que consiguen vivienda y la pierden, y definir la falta de vivienda es complejo. Hay muchas personas que viven en viviendas precarias o inadecuadas o corren un riesgo inminente de convertirse en personas sin hogar, pero no se incluyen sistemáticamente en las estimaciones de las personas sin hogar. La estimación del número de personas sin hogar es más difícil en las sociedades más pobres y hay investigaciones limitadas de los países en desarrollo, a pesar del creciente reconocimiento de la realidad de las poblaciones sumamente vulnerables de personas sin hogar, incluidos los niños de la calle⁴⁶³.

621. La población sin hogar está obteniendo una creciente atención en Europa (en particular en Francia, Alemania, el Reino Unido y la República Checa), los Estados Unidos, el Japón y Australia. De las conclusiones de esos países se desprenden características comunes entre la población sin techo, como un número mayor de hombres que de mujeres entre los adultos sin hogar, altas tasas de depresión y uso indebido de sustancias y un exceso de representación de grupos de población que tradicionalmente han sido objeto de discriminación (por ejemplo, afroamericanos en los Estados Unidos; aborígenes en Australia e inmigrantes recientes de África, Asia, América del Sur, el Oriente Medio y Europa Oriental en Europa Occidental)⁴⁶⁴.

622. Al definir la falta de vivienda, es importante distinguir entre los adultos sin hogar solteros, las familias sin hogar y los jóvenes sin hogar, ya que estos subgrupos a menudo difieren en muchos aspectos⁴⁶⁵. Las familias sin hogar incluyen familias intactas (e incluso ampliadas) desplazadas por conflictos o crisis ambientales; cuando la falta de vivienda se debe a la pobreza extrema o el desalojo, es más probable que esas familias incluyan a una madre soltera joven con hijos pequeños, que también puede estar escapando de la violencia doméstica⁴⁶⁶. Las familias sin

Homelessness – Annual Theme 2008: Housing and Homelessness, en www.feantsa.org/spip.php?article156&lang=en.

⁴⁶³ CARDO, “The nature and extent of homelessness in developing countries”; R. Carr-Hill, “Missing millions and measuring development progress”, *World Development*, vol. 46 (2013), págs. 30 a 44; UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2006: Excluidos e Invisibles* (Nueva York, 2005); T. Peressini, L. McDonald y D. J. Hulchanski, “Towards a strategy for counting the homeless”, en *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada*, D. J. Hulchanski y cols., eds. (Toronto, Universidad de Toronto, Cities Centre, 2009); G. Tipple y S. Speak, *The Hidden Millions: Homelessness in Developing Countries* (Abingdon, Oxon, Routledge, 2009).

⁴⁶⁴ Toro, “Towards an international understanding of homelessness”; Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar, “Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union” (2002); Australia, Australian Institute of Health and Welfare, *A Profile of Homelessness for Aboriginal and Torres Strait Islander People* (Canberra, 2001); *European Journal of Homelessness*, vol. 4 (diciembre de 2010).

⁴⁶⁵ Haber y Toro, “Homelessness among families, children and adolescents: An ecological-development perspective”.

⁴⁶⁶ *Ibid.*; M. Shinn y B. Weitzman, “Homeless families are different”, en *Homelessness in America*, J. Baumohl, ed. (Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1996); A. Masten y cols., “Children in homeless families: risks to mental health and development”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, núm. 2 (1993), págs. 335 a 343; D. J. Rog y J. C. Buckner, “Homeless families and children”, documento preparado para el 2007 National Symposium on Homelessness Research, en www.huduser.org/publications/pdf/p5.pdf; J. C. Buckner y cols., “Homelessness and its relation to

hogar están aumentando en la Unión Europea⁴⁶⁷ y en países cerca de zonas que se enfrentan a conflictos o pobreza extrema.

623. Los jóvenes sin hogar difieren de los adultos sin hogar por su edad (por lo general menores de 21 años) y de los niños sin hogar (en familias) porque carecen de hogar por sí solos. Se ha usado una serie de términos para describir a los jóvenes sin hogar, como fugitivos, desechables y jóvenes de la calle, que pueden haberse criado a sí mismos en las calles. Esos grupos no son mutuamente excluyentes. La mayoría de los estudios han mostrado que hay un número casi igual de muchachos y muchachas entre los adolescentes sin hogar, mientras que los varones son más comunes en los estudios de los jóvenes de la calle de más edad⁴⁶⁸.

624. Es más probable que los adultos sin hogar solteros sean hombres entre 18 y 50 años, y las personas mayores de 60 años son muy poco frecuentes (menos del 5%; cabe señalar que algunas personas sin hogar parecen mucho mayores que los años que tienen y hay algunas pruebas de que la población de personas sin hogar tiene ahora más edad que la que tenía hace un decenio⁴⁶⁹). En los países donde se dispone de algunos datos sociales, aunque incompletos, los adultos sin hogar tienen determinantes sociales reconocidos, en particular un número desproporcionado de personas que crecieron huérfanas en hogares de guarda o inestables durante su infancia; estuvieron expuestas a la violencia durante su infancia o recientemente o tienen un historial de uso indebido de sustancias; sufrieron discriminación racial o étnica; son veteranos de guerra; y padecen discapacidades emocionales y mentales, o de otro tipo, que impiden su empleo⁴⁷⁰.

625. Se exhorta a los Estados a promover nuevas investigaciones sobre la demografía y la vulnerabilidad de las poblaciones sin hogar y elaborar programas que se ocupen de los factores determinantes de la falta de hogar y aumentar la seguridad de la vivienda para todos.

the mental health and behavior of low-income school-age children”, *Developmental Psychology*, vol. 35, núm. 1 (1999), págs. 246 a 257.

⁴⁶⁷ Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar, “Changing faces: homelessness among children, families and young people” (2010), e “Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union” (2002).

⁴⁶⁸ Haber y Toro, “Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective”; P. A. Toro, A. Dworsky y P. J. Fowler, “Homeless youth in the United States: recent research findings and intervention approaches”, documento preparado para el 2007 National Symposium on Homelessness Research, en <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/toro/>; M. J. Robertson y P. A. Toro, “Homeless youth: research, intervention, and policy”, en *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*, L. B. Fosburg y D. L. Dennis, eds. (Washington D.C., Department of Housing and Urban Development and Department of Health and Human Services, 1999); B. Feitel y cols., “Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth”, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, núm. 2 (1992), págs. 155 a 159; M. J. Robertson, P. Koegel y L. Ferguson, “Alcohol use and abuse among homeless adolescents in Hollywood”, *Contemporary Drug Problems*, otoño de 1989, págs. 415 a 452.

⁴⁶⁹ T. Meschede, B. Sokol y J. Raymond, “Hard numbers, hard times: homeless individuals in Massachusetts emergency shelters, 1999-2003” (Boston, Center for Social Policy, 2004); en http://scholarworks.umb.edu/csp_pubs/29/.

⁴⁷⁰ C. L. Caton, C. Wilkins y J. Anderson, “People who experience long-term homelessness: characteristics and interventions”, documento preparado para el 2007 National Symposium on Homelessness Research; en <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/caton/index.htm>.

3. Desalojo forzoso

626. El desalojo forzoso implica la acción del Estado, directa o indirecta, para expulsar a las personas de sus tierras o viviendas contra su voluntad, no se aplica a los desalojos llevados a cabo de conformidad con la ley y las disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos⁴⁷¹. Los desalojos forzosos eliminan la posibilidad de que regresen quienes han sido expulsados y se definen como tales, independientemente de si se ha prestado asistencia para reasentarse en otras zonas⁴⁷².

627. Las causas de los desalojos forzosos suelen incluir el desarrollo urbano, las obras a gran escala (como presas) en zonas rurales, la amenaza de desastres naturales y el cambio climático, los megaeventos (por ejemplo, los Juegos Olímpicos o la Copa del Mundo), desalojos económicos y la crisis financiera mundial, y la discriminación o castigos selectivos⁴⁷³.

628. Se han realizado diversos esfuerzos por establecer sistemas de vigilancia de los desalojos forzosos, pero los datos son muy limitados, habida cuenta el interés de quienes los practican en ocultarlos. Así pues, las estimaciones varían ampliamente. En 1994, el Banco Mundial estimó que alrededor de 10 millones de personas al año eran desalojadas solo a causa de proyectos del sector público. En la actualidad, las estimaciones entre los seis principales factores impulsores de los desalojos forzados van desde unos 2,5 millones al año sobre la base de los casos comunicados a más de 15 millones al año⁴⁷⁴.

629. El Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat) está elaborando criterios para medir la seguridad de la tenencia, que define como una combinación del “grado de confianza de que los usuarios del suelo no se verán privados de los derechos que tienen sobre el suelo ni de sus beneficios económicos de manera arbitraria; la seguridad de que los derechos del individuo al suelo serán reconocidos por otros y protegidos en casos de retos específicos; o, más específicamente, el derecho de todos los individuos y grupos a una protección eficaz del gobierno contra desalojos forzados”⁴⁷⁵. **Los Estados deben poner fin a los desalojos forzosos que violen el derecho nacional y el derecho de los derechos humanos y establecer mecanismos para supervisar su incidencia y sus efectos sobre las poblaciones afectadas.**

⁴⁷¹ “Principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo”, elaborado en un Curso Práctico Internacional sobre Desalojos Forzosos, celebrado en Berlín en junio de 2005 y organizado conjuntamente con el Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado (A/HRC/4/18, anexo I) [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/Guidelines_sp.pdf].

⁴⁷² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “Los desalojos forzosos y los derechos humanos”, Folleto Informativo núm. 25 (mayo de 1996).

⁴⁷³ ONU-Hábitat, *Forced Evictions: Global Challenges, Global Solutions* (2011).

⁴⁷⁴ M. M. Cernea y H. M. Mathur, eds., *Can Compensation Prevent Impoverishment? Reforming Resettlement through Investments and Benefit-Sharing* (Nueva Delhi, Oxford University Press, 2008); y Centre on Housing Rights and Evictions, “Global survey 11: forced evictions, violations of human rights: 2007-2008” (Ginebra, 2009).

⁴⁷⁵ ONU-Hábitat, *Derechos Seguros al Suelo para Todos* (Nairobi, 2008).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 24

Desalojos forzosos

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. La Comisión de Derechos Humanos se ha ocupado de los desalojos forzosos como violación flagrante de los derechos humanos mediante una serie de resoluciones, entre ellas la resolución 2004/28, relativa a la prohibición de los desalojos forzosos (2004), en que la Comisión reafirmó que “la práctica del desalojo forzoso es contraria a las leyes que se conforman a las normas internacionales de derechos humanos constituye una violación grave de un amplio conjunto de derechos humanos, en particular el derecho a una vivienda adecuada”.

Otras normas de derecho no vinculantes. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales abordó los desalojos forzosos en la observación general núm. 7, relativa al derecho a una vivienda adecuada: los desalojos forzosos (1997). Los principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo (2007), elaborados por el Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, “abordan las repercusiones para los derechos humanos de los desalojos y los desplazamientos conexos vinculados al desarrollo en las zonas urbanas y/o rurales” (A/HRC/4/18, anexo I, párr. 3).

4. Desplazados internos

630. Los desplazamientos internos padecen una doble vulnerabilidad, a las causas de los desplazamientos y la precariedad del bienestar y seguridad en los lugares de destino. Hay dos causas principales de desplazamientos internos: los conflictos armados, la violencia generalizada o las violaciones de los derechos humanos y los desastres naturales.

631. Es especialmente difícil obtener estadísticas exactas sobre los desplazados internos, ya que a menudo viven en zonas urbanas y otras comunidades locales, no en campamentos de refugiados, o están dispersos geográficamente, con lo que es muy probable que se subestime su número. Al mismo tiempo, es difícil actualizar las estadísticas para reflejar que algunos desplazados internos pueden haber regresado a sus hogares, lo que podría dar lugar a que se sobreestimasen en algunos casos. Además, los datos rara vez están desglosados: solo 11 países reúnen datos sobre los desplazados internos desglosados por sexo, edad y ubicación⁴⁷⁶.

632. En todo el mundo, a fines de 2012 había 28,8 millones de personas desplazadas internamente a causa de conflictos armados, violencia generalizada o violaciones de los derechos humanos⁴⁷⁷. Cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se produjo un máximo en el número de personas desplazadas por la guerra o los conflictos (véase el gráfico 50).

⁴⁷⁶ Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos y Consejo Noruego para los Refugiados, *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence* (Ginebra, 2013).

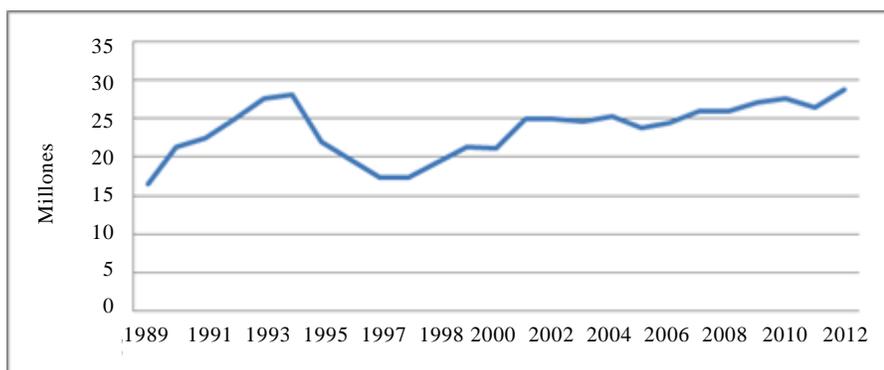
⁴⁷⁷ Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos y Consejo Noruego para los Refugiados, *Global Estimates 2012: People Displaced by Disasters* (Ginebra, 2013).

Tras una disminución en los últimos años del decenio de 1990, se registró un aumento constante del número de desplazados internos a causa de conflictos, y estimaciones recientes de 2013 superan las cifras récord antes mencionadas de 1994. Como contraste con los refugiados, los desplazados internos por los conflictos no suelen cruzar las fronteras internacionales, y por tanto, siguen bajo la protección de sus gobiernos, aun cuando los gobiernos sean la causa del desplazamiento. El mayor número de desplazados internos, 10,4 millones de personas (un aumento de 9,7 millones en 2011) se registró en África Subsahariana⁴⁷⁶. Durante 2012, alrededor de 2,1 millones de desplazados internos habrían regresado a sus zonas de origen, como Libia y la República Democrática del Congo. En la República Democrática del Congo se comunicó que 450.000 personas habían regresado a sus lugares de origen, pero los sistemas de seguimiento son tan limitados que es imposible determinar esas cifras con precisión.

Gráfico 50

Desplazados internos a causa de conflictos armados, violencia o violaciones de los derechos humanos, 1989-2011

(En millones)



Fuente: Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos y Consejo Noruego para los Refugiados, Global Internally Displaced Persons Estimates (1990-2011), en [www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/\(httpPages\)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpPages)/10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument).

633. El informe sobre Estimaciones Mundiales del Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos calcula que 32,4 millones de personas se vieron obligadas a huir de sus hogares en 2012 debido a desastres naturales como inundaciones, tormentas y terremotos. Para ese año, casi todos los desplazamientos relacionados con los desastres naturales se asociaron con el clima y los fenómenos meteorológicos. Las inundaciones ocurridas en la India y Nigeria, que desplazaron a 6,9 millones y 6,1 millones de personas, respectivamente, representaron el 41% del total mundial⁴⁷⁶.

634. En los países más desarrollados, otros 1,3 millones de personas resultaron desplazadas, especialmente en los Estados Unidos. El seguimiento de los desplazamientos a lo largo del tiempo debe hacerse con cuidado, ya que los desplazamientos causados por desastres naturales dependen en parte de si se producen desastres en un año determinado; las variaciones de un año a otro pueden estar causadas por fluctuaciones de la ocurrencia de los peligros naturales, y no por una determinada tendencia de los desplazamientos. No obstante, los factores sociales son tan importantes como la incidencia del peligro en sí: ya fuera como

consecuencia del terremoto en Haití (2010) o el huracán Katrina en los Estados Unidos (2005), los pobres, los marginados y los desfavorecidos fueron los menos preparados para hacer frente a las consecuencias de los desplazamientos. Además, se prevé que el cambio climático cambie la frecuencia, la intensidad, el alcance espacial, la duración y la época de los fenómenos meteorológicos y climáticos extremos⁴⁷⁸, y posiblemente aumente los desplazamientos en un futuro próximo.

635. Las personas desplazadas por conflictos o desastres naturales comparten vulnerabilidades importantes. Es común el desplazamiento secundario, es decir, personas que son desplazados internos que pueden haber sido expulsadas por la fuerza debido a discriminación o situaciones con viviendas precarias. En 2011, este fue el caso de 18 de los países supervisados por el Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos. El desempleo es también, por regla general, más elevado entre los desplazados internos⁴⁷⁹. Debido a su desplazamiento, los desplazados internos a menudo carecen de documentación y autorización para trabajar, y con demasiada frecuencia, las mujeres internamente desplazadas tienen menos opciones de generación de ingresos y, junto con sus hijos, suelen ejercer en su gran mayoría trabajos precarios, de baja remuneración y oficiosos y otras estrategias⁴⁸⁰. Si bien en general hay un número similar de mujeres y hombres desplazados, la ruptura social, la vivienda temporal, la escasez de recursos y la falta de seguridad pueden hacer que las condiciones sean especialmente peligrosas para las mujeres y niñas desplazadas, resultando en violencia por razón de género⁴⁸¹.

5. Refugiados

636. Según el ACNUR, el número de refugiados en todo el mundo alcanzó su nivel máximo en 1992, con 17,8 millones. En 2012 era de alrededor de 15,4 millones, el mayor grupo eran afganos (2,7 millones), en el Pakistán y la República Islámica del Irán, los dos países con mayores poblaciones de refugiados dentro de sus fronteras. Los otros cuatro países con las mayores poblaciones de refugiados en 2012 eran Somalia, el Iraq, la República Árabe Siria y el Sudán. Jordania se ha visto particularmente afectada por la reciente afluencia de ciudadanos sirios, después de haber absorbido también antes oleadas de refugiados iraquíes y palestinos. La inmensa mayoría de la población mundial de refugiados se encuentra en la región árabe. Además de examinar las cifras absolutas, las Naciones Unidas han realizado evaluaciones de los efectos de los refugiados mediante el examen de los refugiados

⁴⁷⁸ “Resumen para responsables de políticas”, en *Gestión de los Riesgos de Fenómenos Meteorológicos Extremos y Desastres para Mejorar la Adaptación al Cambio Climático: Informe Especial del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático*, C. B. Field y cols., eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2012).

⁴⁷⁹ Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos, “Employment rate of IDPs”, en www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/C3D334B77955EA84C12579C70059E6CA?OpenDocument; y “Barriers to Employment of IDPs”, en www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/7D4A873BE935B1BBC12577ED005DDE12?OpenDocument.

⁴⁸⁰ A. Fielden, “Ignored displaced persons: the plight of IDPs in urban areas”, New Issues in Refugee Research Paper núm. 161 (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, julio de 2008), págs. 9 y 12, en www.unhcr.org/487b4c6c2.pdf; ACNUR, “IDP Working Group: internally displaced persons in Iraq—update” (junio de 2008), págs. 1 y 17, en www.unhcr.org/491956e32.pdf.

⁴⁸¹ Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos, “Gender-based violence”; en www.internal-displacement.org/thematic/women.

en relación con la capacidad económica. Utilizando esa medida, el Pakistán, seguido de Etiopía y Kenya, fueron los países más afectados por la afluencia de refugiados en 2012⁴⁸².

637. Los refugiados experimentan muchas de las mismas vulnerabilidades que los desplazados internos, incluida la doble vulnerabilidad del desplazamiento y la pérdida de medios de subsistencia y bienestar en los lugares de asentamiento. Como los refugiados se enfrentan a persecución y falta de protección de su propio Estado, los países de destino representan una solución viable para proteger, promover y garantizar sus derechos humanos y dignidad. **Los Estados deben reforzar las protecciones y la asistencia a los desplazados internos y los refugiados mediante el suministro de alimentos, vivienda, servicios de salud, educación y sociales a corto plazo, y facilitar su integración local, regreso voluntario, o, en el caso de los refugiados, su reasentamiento en un tercer país a largo plazo.**

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 25

Desplazados internos y refugiados

Instrumentos vinculantes. En 2009, la Unión Africana aprobó la Convención para la Protección y Asistencia a los Desplazados Internos en África, a fin de establecer un marco jurídico para prevenir los desplazamientos internos y la protección y asistencia de los desplazados internos en África.

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos ha aprobado resoluciones anuales sobre los derechos humanos de los desplazados internos, entre ellas la resolución 20/9, relativa a los derechos humanos de los desplazados internos (2012) y resoluciones sobre los derechos humanos y éxodos en masa, relativas a los desplazados internos y los refugiados. La Asamblea General también ha aprobado resoluciones sobre la cuestión de los desplazados internos y los éxodos en masa.

Otras normas de derecho no vinculantes. Los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos (1998) proporcionan el conjunto más amplio de protecciones de los derechos humanos para los desplazados internos hasta la fecha. Los Principios abordan las necesidades de los desplazados internos y definen los derechos pertinentes para la protección de las personas contra el desplazamiento forzado y garantizan su protección y asistencia durante el desplazamiento y durante el retorno o el reasentamiento y la reintegración. Los Principios sobre la restitución de las viviendas y el patrimonio de los refugiados y las personas desplazadas (los Principios de Pinheiro) (2005) contienen normas sobre la restitución de las viviendas, la tierra y las propiedades de los refugiados y las personas desplazadas. A nivel regional, la Asamblea General de la OEA aprobó la resolución 2229 (2006), en la que exhortó a los Estados a combatir los factores que causan el desplazamiento interno y a ofrecer a los desplazados internos asistencia de conformidad con los Principios Rectores. Del mismo modo, la recomendación Rec(2006)6 del Comité de Ministros del Consejo de Europa recomendó que se aplicaran los Principios Rectores y otros instrumentos internacionales pertinentes a los desplazados internos.

⁴⁸² ACNUR, *Desplazamiento, el nuevo reto del siglo XXI* (véase la nota 390).

E. Lugar y movilidad: principales esferas de acción

1. Las actividades de desarrollo deben reconocer y tener en cuenta la creciente diversidad de hogares y modalidades de convivencia.

638. Las pautas del matrimonio y la manera en que las personas se organizan en hogares han experimentado enormes cambios en los últimos 20 años, incluido un notable aumento del porcentaje de personas que viven solas, que se casan tarde o no se casan, un mayor riesgo de divorcio y de hijos que viven con un único progenitor, lo que ha dado como resultado tipos de hogares más diversos. Esos cambios modifican fundamentalmente la forma de lograr los objetivos de una vivienda adecuada y segura, el bienestar de los hogares y los hijos, el apoyo a la familia, la atención a largo plazo para las personas de edad, la protección social de manera más amplia, y el consumo y el uso de la energía sostenibles. Muchas sociedades y sistemas jurídicos siguen estando orientados a estructuras familiares tradicionales encabezadas por hombres, a pesar de esos cambios subyacentes. Las mujeres de todo el mundo padecen limitaciones de sus derechos a la propiedad, como la propiedad de la tierra, lo que ha dado lugar a una tasa desproporcionada de pobreza en los hogares encabezados por mujeres, se les niega la herencia en muchos países o deben recurrir a familiares en caso de divorcio o viudez.

2. El mundo debe planificar y construir ciudades sostenibles.

639. La población urbana del mundo está aumentando en la actualidad en 1,3 millones de personas por semana. Ese crecimiento sin precedentes representa las aspiraciones de la población de mejores perspectivas, y una oportunidad decisiva para lograr el desarrollo sostenible, si se establecen políticas adecuadas. Las ventajas de la proximidad, la concentración y la escala en las zonas urbanas hace que sea más fácil y más barato para el Estado prestar servicios básicos de salud, bienestar y educación, y al mismo tiempo potenciar al máximo la energía y un uso eficiente de los recursos. Las ciudades ofrecen ventajas económicas importantes para el trabajo y la capacidad empresarial, y ventajas similares para la participación y el empoderamiento social y político. Sin embargo, el aumento de la desigualdad urbana en las ciudades ha aumentado la marginación, en particular mediante el crecimiento de barrios marginales urbanos, ha exacerbado el crecimiento urbano incontrolado y ha limitado la capacidad del gobierno para garantizar la seguridad de los residentes de las zonas urbanas. La ordenación urbana, en particular el tráfico, la prestación de servicios y la vivienda, está sufriendo un estrés creciente a medida que crecen las ciudades, y los residentes más pobres son inevitablemente los más afectados. El reto más importante para la urbanización no es enlentecerla, algo que nunca ha tenido éxito, sino ampliar todos los posibles beneficios de la vida urbana a todos los residentes urbanos actuales y futuros.

3. La comunidad internacional debe lograr que la migración contribuya al desarrollo y velar por los derechos y la seguridad de los migrantes.

640. El número total estimado de migrantes internacionales en el mundo ha aumentado desde 1990, pero ha tenido más impacto la diversificación de las pautas de la migración, lo que ha significado que se ha visto afectado un número cada vez mayor de países. Las remesas oficiales de los migrantes son considerablemente mayores que la asistencia oficial para el desarrollo y son una parte fundamental del proceso de desarrollo. En la actualidad, los migrantes provienen de una mayor variedad de orígenes culturales, económicos y sociales que nunca, y ahora

aproximadamente la mitad son mujeres. Si bien muchos están aprovechando nuevas oportunidades, otros, en particular las mujeres, son víctimas de la trata, la explotación, la discriminación y otros abusos. El llamamiento en pro de una mayor cooperación bilateral, regional o internacional realizado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo sigue siendo pertinente y requiere que se aceleren los esfuerzos para proteger, respetar y cumplir los derechos humanos y el bienestar de los migrantes, a fin de reducir el costo de la migración, mejorar la base de conocimientos sobre los migrantes y hacer frente a actitudes y valores que estigmatizan a los migrantes y obstruyen sus contribuciones a sus países de origen, tránsito y destino.

4. La inseguridad del lugar es una amenaza a la dignidad.

641. Se debe prestar mucha mayor atención demográfica y normativa a quienes carecen de seguridad del lugar, incluidos los desplazados por conflictos o desastres naturales, los refugiados, los que viven en zonas de conflicto, en viviendas temporales o inseguras y las personas sin hogar. La inseguridad del lugar es una amenaza a la dignidad y da lugar a un riesgo desproporcionado de violencia, pobreza y efectos nocivos para la salud. A menudo no se contabiliza a las personas que carecen de seguridad del lugar, y por tanto no son reconocidas por el Estado, lo que aumenta la precariedad de sus condiciones de vida, incluido el riesgo de explotación en el empleo y empleos peligrosos. La determinación del número de personas sin seguridad del lugar ha ido mejorando gradualmente, pero se requiere mucha más supervisión y atención demográfica para que los gobiernos puedan brindar protección social, servicios de salud, seguridad y, en última instancia, una plena integración social.

V. Gobernanza y rendición de cuentas

“Los gobiernos ... deberían tratar de hacer que el público tome conciencia de los problemas de población y desarrollo y formular, aplicar y evaluar estrategias, políticas, planes, programas y proyectos nacionales que traten las cuestiones de población y desarrollo, incluida la migración, como partes integrantes de su proceso de planificación y ejecución del desarrollo sectorial, intersectorial y general.

Deberían esforzarse asimismo por proporcionar suficientes recursos humanos y lograr el aporte de distintas instituciones para coordinar y ejecutar la planificación, aplicación, supervisión y evaluación de las actividades de población y desarrollo.”

(Programa de Acción, párr. 13.5)

“Los gobiernos, la sociedad civil a nivel nacional, y el sistema de las Naciones Unidas deben tratar de mejorar y fortalecer su colaboración y cooperación con miras a propiciar un entorno favorable a las asociaciones para la ejecución del Programa de Acción. Los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil deben formular sistemas que ofrezcan una mayor transparencia y un mejor intercambio de información a fin de mejorar su rendición de cuentas.”

(Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 78)

“Los gobiernos ... deberían consolidar su capacidad nacional para realizar programas sostenidos y amplios de reunión, análisis, difusión y utilización de datos sobre población y desarrollo.”

(Programa de Acción, párr. 12.3)

642. Desde 1994 se observan en el mundo importantes cambios en cuanto a la difusión de la autoridad y el liderazgo, así como un creciente reconocimiento de la importancia y el poder de la sociedad civil, del sector privado y de una gran variedad de agentes no estatales en el plano regional, nacional y local. La concepción de la gobernanza ha dejado de centrarse predominantemente en el Estado para dar paso al reconocimiento de la vital importancia que revisten las alianzas para la gobernanza, y de hasta qué punto el avance, tanto a favor como en contra de los objetivos fundamentales del desarrollo de dignidad, derechos humanos, igualdad y sostenibilidad, estriba en las asociaciones entre las partes interesadas⁴⁸³.

643. Los Estados son responsables de formular y aplicar leyes, medidas y programas transparentes, con objetivos y referencias claros, y asignaciones presupuestarias adecuadas, así como sistemas de seguimiento y evaluación. El seguimiento y la evaluación de la aplicación de las leyes, las medidas y los programas deben sustentarse en información y datos completos, fidedignos, accesibles, transparentes y periódicos. Muchos de los datos existentes siguen estando insuficientemente utilizados, especialmente en el mundo en desarrollo, y no se les saca el suficiente partido en la planificación, la presupuestación o la evaluación del desarrollo, lo que exige nuevas inversiones para reforzar la capacidad.

644. Como piedra angular de la buena gobernanza, la rendición de cuentas exige la iniciativa nacional, instituciones estatales eficaces y leyes, medidas, instituciones y procedimientos que propicien una participación libre, activa, fundamentada y significativa de las personas, sin discriminación alguna. La rendición de cuentas representa el paso de las necesidades a los derechos, que son patrimonio de todas las personas; tal paso encierra el potencial de transformar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, entre proveedores de servicios y usuarios, y entre gobiernos y ciudadanos. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer valer los derechos humanos. Además, deben estar implantados mecanismos que permitan ofrecer amparo y reparaciones cuando se vulneran los derechos de las personas o existe el riesgo de que se vulneren.

645. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo impulsó la creación y la renovación de instituciones encargadas de la población y el desarrollo sostenible, las necesidades de los adolescentes y la juventud, el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros. En los últimos 20 años se ha producido un aumento tangible de la participación oficial de los beneficiarios previstos en la planificación y la evaluación de las inversiones relacionadas con la Conferencia Internacional, mediante el reconocimiento y la integración de amplias redes de la sociedad civil y de las organizaciones no gubernamentales.

⁴⁸³ Informe del Secretario General titulado “Una vida digna para todos: acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y promover la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015” (A/68/202); informe del Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda de las Naciones Unidas para el Desarrollo Después de 2015 titulado “El futuro que queremos para todos” (2012).

646. Se ha operado un cambio radical en los recursos destinados al desarrollo, debido al influjo de la crisis del VIH, los compromisos de los donantes con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la crisis económica de 2008, y la aparición de nuevos gobiernos donantes, así como de donantes particulares y fundaciones de enorme influencia. Las corrientes de recursos destinados a iniciativas relacionadas con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se han visto afectadas de manera importante, y las nuevas fuentes de financiación han configurado el programa.

647. Estos cambios, a saber, la creciente integración de las dinámicas de la población en la planificación del desarrollo, una mayor participación y cooperación en la política de desarrollo, los cambios en las corrientes de recursos y el aumento de los sistemas mundiales de rendición de cuentas en materia de derechos humanos y desarrollo, entrañan la posibilidad de una gobernanza más basada en la realidad, transparente, responsable y efectiva después de 2014.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 26

Buena gobernanza

Acuerdos intergubernamentales. La Comisión de Derechos Humanos ha aprobado una serie de resoluciones sobre la relación entre la gobernanza y los derechos humanos, entre ellas, la resolución 2005/68, relativa a la función del buen gobierno en la promoción de los derechos humanos (2005), en la que la Comisión insta a los “Estados a que practiquen un gobierno transparente, responsable, consecuente y participativo, que sea sensible a las necesidades y las aspiraciones de la población, en particular de los miembros de los grupos vulnerables y marginados, y a que respeten y protejan la independencia de los magistrados y los abogados, a fin de lograr la plena realización de los derechos humanos” y reconoce, “la necesidad de que los gobiernos velen por que los servicios se presten a todos los miembros de la población de una manera transparente y responsable, que se adapte a las necesidades concretas y promueva y proteja los derechos humanos”.

Otras normas de derecho no vinculantes. En su observación general núm. 12, sobre el derecho a una alimentación adecuada (1999), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirmó que “es esencial un buen gobierno para la realización de los derechos humanos, incluida la eliminación de la pobreza, y para asegurar medios de vida satisfactorios para todos”. En la observación general núm. 10 (1998) se destaca la función de las instituciones nacionales de derechos humanos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales. En la observación general núm. 9 (1998), relativa a la aplicación interna del Pacto Internacional, se ofrece una explicación más detallada de los sistemas de gobernanza y los mecanismos de rendición de cuentas necesarios para asegurar la aplicación efectiva de los derechos económicos, sociales y culturales.

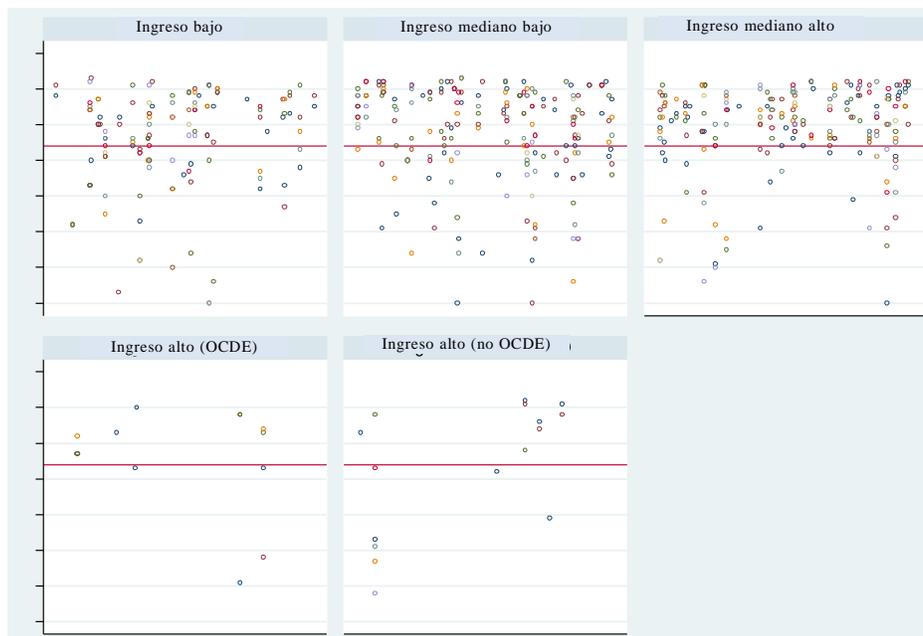
A. Establecimiento de instituciones de gobierno relacionadas con el Programa de Acción

648. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se exhortaba a los gobiernos a garantizar las instituciones adecuadas para ejecutar la planificación, aplicación, supervisión y evaluación de las actividades de población y desarrollo. En la encuesta mundial se preguntaba a los gobiernos si se había creado en el país “alguna institución” que abordara la interacción entre población y desarrollo sostenible. En el Programa de Acción se mencionaban 11 esferas normativas principales, a saber: dinámica de la población y desarrollo sostenible; igualdad entre los géneros y empoderamiento de la mujer; personas mayores; adolescentes y juventud; personas con discapacidad; pueblos indígenas; urbanización y migración interna; migración internacional; familia; salud y derechos sexuales y reproductivos; y educación.

649. Se pedía a los países que indicaran en qué año se habían establecido tales instituciones. La mayoría de los gobiernos informaron de que se había instituido una amplia gama de organismos durante los últimos 30 a 50 años, y de algunos cuyo establecimiento se remontaba incluso al siglo anterior.

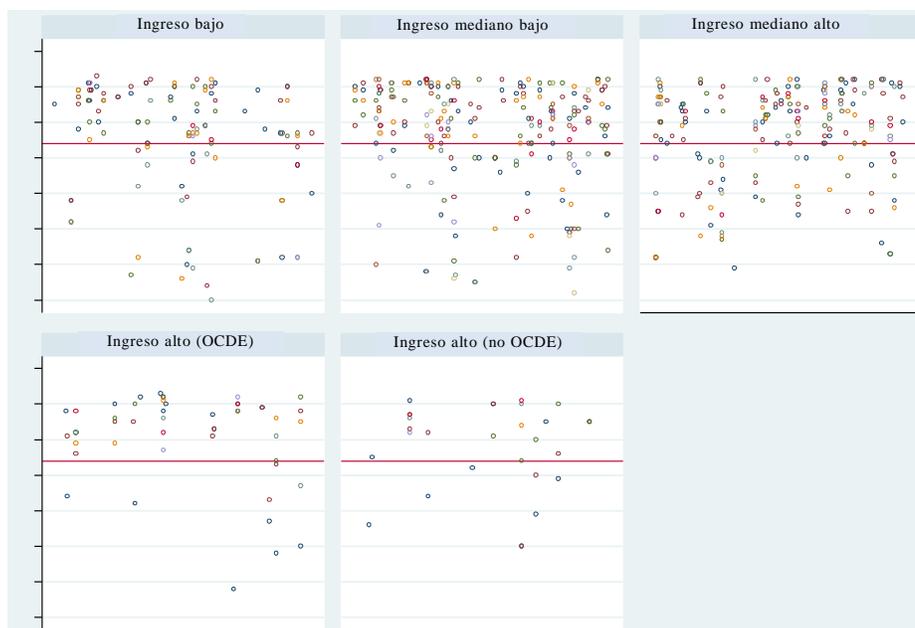
650. En 3 de esos 11 aspectos —dinámica de la población y desarrollo sostenible; igualdad entre los géneros y empoderamiento de la mujer; y adolescentes y juventud— se produjo una notable expansión institucional en los años 1990, lo que sugiere que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y las conferencias relacionadas, por ejemplo, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992) y la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995), habían generado una expansión o un replanteamiento de las instituciones ligadas al desarrollo en los países. Los gráficos 52, 53 y 54 plasman esas tendencias. Los países se han agrupado atendiendo a la clasificación por ingresos del Banco Mundial y, en cada grupo de ingresos, un círculo representa una institución. La altura del círculo representa el año de su establecimiento y las instituciones del mismo país se alinean verticalmente. La línea horizontal señala 1994, al tiempo que se reconoce que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo fue tan solo una de las numerosas conferencias internacionales centradas en el desarrollo que se celebraron en los años 1990. El establecimiento o la remodelación de las instituciones debe entenderse en sentido literal, ya que los datos no indican el presupuesto, el personal o el mandato de la institución que figura en la lista.

Gráfico 51
**Establecimiento de instituciones competentes en materia de población,
crecimiento económico continuado y desarrollo sostenido, por grupo
de países según los ingresos y año de establecimiento**



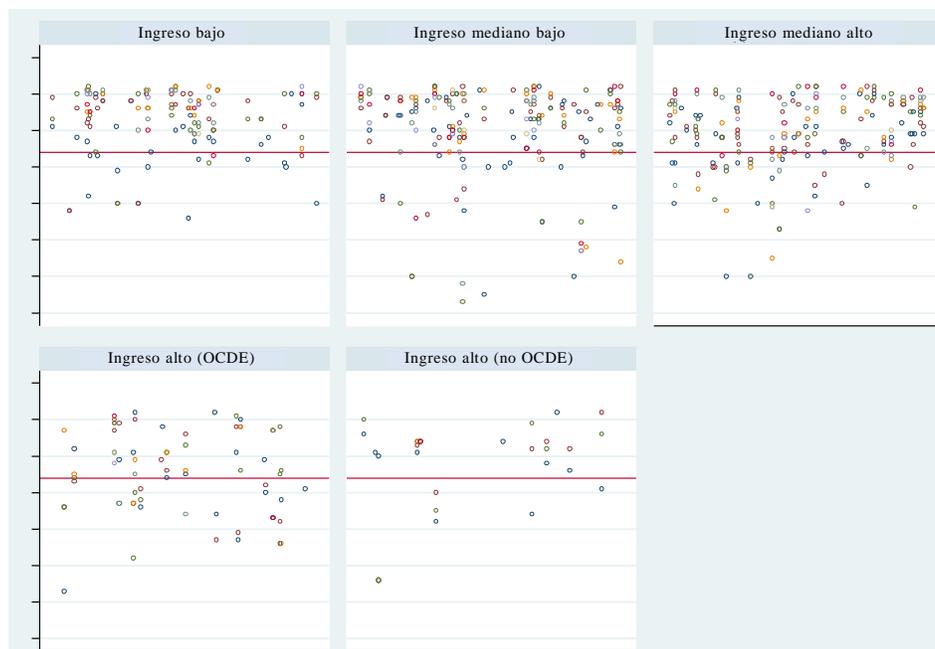
Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

Gráfico 52
Establecimiento de instituciones competentes en materia de adolescentes y juventud, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento



Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

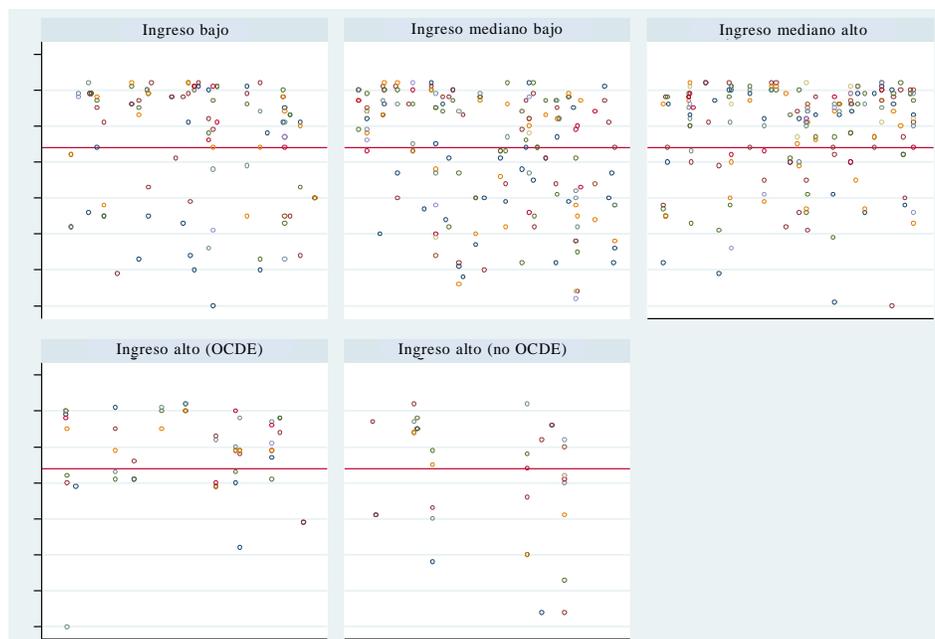
Gráfico 53
Establecimiento de instituciones competentes en materia de igualdad de género y empoderamiento de la mujer, por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento



Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

651. En general, los datos apuntan a un mayor crecimiento relativo de las instituciones gubernamentales competentes en materia de igualdad de género, adolescentes y juventud, y población y desarrollo sostenible a partir de los años 1990; esta concentración de instituciones de nueva creación no se observa en ninguna de las otras ocho esferas. El tema de la educación sirve como ejemplo de las esferas en las que los gobiernos informaron sobre la creación de un gran número de instituciones en la segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI (véase el gráfico 54), sin que se haya dado una especial concentración a partir de los años 1990.

Gráfico 54
**Establecimiento de instituciones competentes en materia de educación,
 por grupo de países según los ingresos y año de establecimiento**



Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

652. El diagrama de puntos indica que el proceso de institucionalización fue mayor en los países en desarrollo que en los países ricos, lo que sugiere que los países en desarrollo tal vez carecieran de organismos dedicados a los jóvenes y al empoderamiento de la mujer, o al uso de la planificación de la población, antes de los años 1990, mientras que los países más ricos podrían haber establecido o generalizado este tipo de organismos con anterioridad a esa fecha. Las instituciones, si bien son útiles, no bastan para asegurar el desarrollo en nuevos ámbitos; el progreso de la integración de las dinámicas de la población, por ejemplo, en la planificación del desarrollo a nivel nacional y subnacional no solo requeriría los organismos competentes, sino también la capacidad necesaria para generar y utilizar con eficacia los datos de población en numerosos sectores.

653. **Los Estados deben crear y fortalecer instituciones que garanticen la capacidad necesaria para integrar eficazmente las dinámicas de la población en la planificación del desarrollo, mediante un enfoque basado en los derechos, así como la eficiencia y la rendición de cuentas, entre otras cosas, velando por la buena coordinación de todos los organismos competentes en materia social y de planificación.**

B. Refuerzo del sector del conocimiento relacionado con el Programa de Acción

654. El desarrollo sostenible no se puede alcanzar sin una gobernanza basada en datos reales. La gobernanza efectiva requiere estadísticas adecuadas para supervisar el progreso, y que los directivos rindan cuentas de sus actividades y sus logros. La inversión en capacidad estadística aplicada a los ámbitos demográfico, de la salud pública, de los derechos humanos, la migración, el crecimiento económico, el empleo o el cambio climático hace posible que se comprendan sus vinculaciones y su efecto en el desarrollo sostenible, y que se configure el proceso normativo.

655. Para hacer frente a la creciente desigualdad dentro de los países, para centrarse con mayor precisión en los grupos vulnerables y asegurar que todos se beneficien del desarrollo, cada vez es más necesario contar con datos y proyecciones subnacionales y nacionales. Este aspecto es en gran medida competencia de las oficinas nacionales de estadística, que son responsables de una amplia variedad de datos, entre ellos, los correspondientes al censo y las encuestas, el registro sobre el estado civil y los sistemas administrativos que permiten supervisar los indicadores de desarrollo. El objetivo del Programa de Acción centrado en integrar los datos de población en la planificación del desarrollo (párr. 3.4) no se ha cumplido en los dos últimos decenios, pese a su detallada descripción en el Programa de Acción y su importancia para asegurar un desarrollo sin discriminación. No ha habido un movimiento social concreto que abogara por este programa, de carácter más técnico y vinculado a los sistemas, y el impulso para establecer centros académicos, centros de estudios estratégicos, o ministerios y departamentos sólidos en el ámbito gubernamental ha sido, como mucho, esporádico. Hay que reforzar los vínculos entre las oficinas nacionales de estadística, los investigadores académicos y los ministerios (salud, planificación, finanzas, medio ambiente y otros aspectos). Si bien las oficinas nacionales de estadística han logrado avances importantes por lo que respecta a la recopilación de datos de población desglosados durante los últimos 20 años, muchos países carecen de canales para suministrar directamente dichos datos a los ministerios competentes con arreglo a las necesidades concretas, y no siempre existe una vía para analizarlos, ni vínculos sólidos entre los investigadores universitarios y los responsables gubernamentales.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 27

Fomento del sector del conocimiento

Instrumentos vinculantes. Los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos destacan la importancia de la recopilación de datos y las estadísticas para la planificación de programas basados en datos fehacientes. Por ejemplo, en el artículo 31 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006; entrada en vigor en 2008) se dice que “los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá [...] cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la

recopilación y el uso de estadísticas [...]. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso [...].”

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos aprobó resoluciones sobre la libertad de expresión, incluida la libertad de información. En la resolución 12/116 (2009), relativa a la libertad de opinión y expresión, el Consejo subraya “la importancia del pleno respeto de la libertad de buscar, recibir y difundir información, incluida la importancia fundamental del acceso a la información, la participación democrática, la rendición de cuentas y la lucha contra la corrupción”.

Otros documentos negociados a nivel intergubernamental. En el objetivo estratégico H.3 de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se aboga por la preparación y difusión de “datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo” y se exhorta a las Naciones Unidas a “promover el desarrollo de métodos para hallar formas más adecuadas de obtener, comparar y analizar datos referentes a los derechos humanos de las mujeres, incluida la violencia contra la mujer, para su uso por todos los órganos pertinentes de las Naciones Unidas”.

Otras normas de derecho no vinculantes. En *Los principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos* (2012) se hace hincapié en que “los Estados deben velar por que en el diseño y la aplicación de las políticas públicas, incluidas las medidas presupuestarias y fiscales, se tengan en cuenta datos desglosados e información actualizada”.

1. Registro civil

656. El registro civil y las estadísticas sobre el estado civil derivadas son activos públicos de vital importancia que benefician a los ciudadanos y hacen posible la buena gobernanza. El registro civil constituye la constancia obligatoria, permanente, ininterrumpida y universal de los acontecimientos que se producen en la vida de las personas y sus características. Mediante la inscripción oficial de los nacimientos, las defunciones, los matrimonios, los divorcios y las adopciones, el registro civil dota a los ciudadanos de reconocimiento documental sobre su identidad, sus relaciones familiares y su nacionalidad, así como de los derechos que estas conllevan. En la mayoría de los países, estos registros también son una fuente de estadísticas sobre el estado civil que cubren las necesidades en materia de planificación y supervisión de casi todos los sectores del desarrollo, incluido el de la salud.

657. El reconocimiento de la importancia de la identidad jurídica por las comunidades internacionales dedicadas al desarrollo y a los derechos humanos ha dado mayor realce al registro del nacimiento como cuestión relativa a los derechos humanos. Mientras que los países desarrollados han alcanzado la cobertura universal, en los países menos adelantados solo se registra aproximadamente un tercio de los nacimientos, pese a un aumento cercano al 30% desde 2000⁴⁸⁴. Las cifras más bajas en materia de registro de nacimiento⁴⁸⁵, se dan en Asia Meridional

⁴⁸⁴ UNICEF. *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration* (Nueva York, 2013), págs. 40 a 43.

⁴⁸⁵ El registro de nacimiento se calcula como el porcentaje de niños menores de 5 años que estaban inscritos en el momento en que se hizo el estudio. La cifra correspondiente a este indicador

(donde se registra el 39% de los nacimientos) y África Subsahariana (44%), mientras que las tasas de registro de nacimientos son inferiores al 10% en Etiopía, Liberia y Somalia⁴⁸³. En los países con un registro de nacimientos parcial, las zonas rurales y los hogares más desfavorecidos son los que se encuentran en mayor desventaja⁴⁸³. Por ejemplo, la diferencia respecto al registro de nacimiento entre las zonas urbanas y rurales puede incluso superar los 40 puntos de porcentaje en Guinea y el Níger, mientras que la diferencia entre los hogares pertenecientes a los quintiles con mayor y menor riqueza puede ser superior a 50 puntos de porcentaje en Guinea, Mauritania, Nigeria, el Sudán y la República Unida de Tanzania.

658. Los problemas ligados al registro civil afectan a menudo a las mujeres de manera desproporcionada. Por ejemplo, las mujeres tienen dificultades para registrar el nacimiento de sus hijos si no tienen un familiar varón, lo que a menudo impide que reclamen asistencia financiera y social para sus hijos, y que les transmitan su nacionalidad. Los estudios encargados por Plan International determinaron que existían leyes discriminatorias que impedían a la mujer registrar a sus hijos por sí sola, y que se le concediese la nacionalidad a ella o a sus hijos. Los estudios también muestran que la discriminación se da en la práctica, incluso cuando la legislación no hace distinciones por razón del género⁴⁸⁶. Por ejemplo, en el Brasil, la República Dominicana, el Ecuador, la India, la República Democrática Popular Lao, Nepal, el Pakistán y el Sudán la legislación estipula que, si el nacimiento se produce en el domicilio, la responsabilidad de inscribir al niño recae principalmente en el cabeza de familia. En la mayoría de los casos, este será el marido o, cuando se trata de mujeres solteras, su padre u otro familiar varón; dado que la mujer rara vez es la cabeza de familia, podrá tener dificultades para registrar a su propio hijo⁴⁸⁵. En varios estudios también se ha señalado la importancia del registro civil para acceder a los servicios en caso de conflicto o catástrofe. Las mujeres y los niños supervivientes afrontan especiales dificultades para probar su identidad cuando esta se establece principalmente a través de los miembros varones de la familia⁴⁸⁷.

659. Los sistemas de registro caracterizados por la cobertura universal y la continuidad son una fuente de datos estadísticos sobre el estado civil sin parangón con otros métodos para recabar datos. Sin embargo, en lo que se refiere al número de países del mundo que ofrecen estadísticas de calidad basadas en el registro civil universal, se han producido muy pocos avances en los últimos 30 años⁴⁸⁸. En la actualidad, de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, solo 109 (56%) cuentan con cobertura total⁴⁸⁹ (90% o más) del registro de nacimientos y 99 (51%)

incluye a los niños cuyo registro de nacimiento vio el entrevistador, o a aquellos cuyo nacimiento se ha registrado, según su madre o cuidador.

⁴⁸⁶ R. M. M. Wallace y otros autores, *Mother to Child: How Discrimination Prevents Women Registering the Birth of their Child*. (Plan Internacional y Perth College, UHI Centre for Rural Childhood, 2009).

⁴⁸⁷ A. M. Azarian y M. Pelling, "Social Resilience of Post-earthquake Bam"; se puede consultar en <http://www.arber.com.tr/aesop2012.org/arkakapi/cache/absfilAbstractSubmissionFullContent1071.docx>.

⁴⁸⁸ P. W. Setel y otros autores, "A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone". *The Lancet*, vol. 370, núm. 9598 (2007), págs. 1569 a 1577; P. Mahapatra y otros autores, "Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities". *The Lancet*, vol. 370, núm. 9599 (2007), págs. 1653 a 1663.

⁴⁸⁹ La evaluación de la cobertura se basa en informes presentados a la División de Estadística de las Naciones Unidas por los propios autores sobre la calidad y la cobertura de las estadísticas sobre el estado civil obtenidas del registro civil de las oficinas nacionales de estadística,

disponen de una cobertura total del registro de defunciones⁴⁹⁰. Europa destaca por ser la única región con un registro completo de los nacimientos y las defunciones. En África, por el contrario, solo 10 países tienen una cobertura completa de los nacimientos (el 19% de los 54 países de la región) y 5 países cuentan con una cobertura total de las defunciones (9%). En las demás regiones, la proporción de los países con un registro completo de los nacimientos y las defunciones oscila entre menos de la mitad y menos de las dos terceras partes.

660. Además, aún es menor el número de países que ofrece datos de calidad sobre las causas de defunción basados en el sistema de registro civil. Por ejemplo, un análisis de los datos disponibles entre 1996 y 2005⁴⁹¹ muestra que solo un 13% de los países eran capaces de proporcionar datos de elevada calidad sobre las causas de defunción (entendidos como datos completos en un 90% a 100%, que utilizan una versión reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y contienen menos de un 10% de códigos mal definidos de la causa de defunción). En comparación, el 72% de los países no ha presentado a la OMS datos relativos a la causa de defunción, o bien los datos facilitados eran de baja calidad o de uso limitado. En el caso del 15% restante de los países, los datos sobre las causas de defunción eran de calidad intermedia.

661. En los países con sistemas de registro civil inadecuados, las lagunas existentes en los datos sobre nacimientos, defunciones y causas de muerte se han suplido en los últimos 20 años con estimaciones o extrapolaciones de las encuestas de los hogares, los censos de población y los sitios de supervisión demográfica. Se consideraba que estos sistemas alternativos de recopilación de datos sustituían provisionalmente de manera razonable al registro civil, salvo en lo que respecta a la evaluación de las causas de muerte. Sin embargo, no son una alternativa a largo plazo a la creación de sistemas nacionales completos de registro civil capaces de ofrecer, de forma actualizada y constante, datos desglosados al máximo para las operaciones gubernamentales⁴⁹².

2. Censos de población

662. El censo de población es la fuente principal de información sobre el tamaño, la distribución y las características de la población de un país, y la base para calcular, estimar y proyectar un gran número de indicadores necesarios para la actividad normativa, la planificación y la administración en todos los sectores del desarrollo. Los censos permiten obtener datos a la más reducida escala geográfica, y, en los

suplementados por informes presentados por los interesados durante seminarios sobre el registro civil y las estadísticas de estado civil llevadas a cabo por la División de Estadística. Cuando no está disponible la información facilitada por los interesados, se utilizan otras fuentes, como el Instituto Internacional de Registro Civil y Estadísticas Vitales, el UNICEF (encuesta de indicadores múltiples), el programa de encuestas demográficas y de salud de ICF International y la Organización Mundial de la Salud.

⁴⁹⁰ Análisis basado en datos de la División de Estadística, 2012, se puede consultar en http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR_coverage.htm (descargado en diciembre de 2013).

⁴⁹¹ Mahapatra y otros autores, "Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities".

⁴⁹² Véase, por ejemplo, K. Hill y otros autores, "Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death", *The Lancet*, vol. 370, núm. 9600, págs. 1726 a 1735; División de Estadística de las Naciones Unidas, *Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales. Revisión 3* (de próxima aparición).

países con sistemas de registro civil incompletos, el censo de población, junto con las encuestas de los hogares, proporciona las estadísticas necesarias sobre los acontecimientos relativos al estado civil⁴⁹³.

663. Los censos de población comprenden una gran variedad de temas. En la ronda de censos de 2010 se recopilaron datos sobre las características demográficas básicas, a saber, edad, sexo, estado civil, participación en la población activa y ocupación, en la totalidad o la práctica totalidad de los países donde se realizaba este tipo de censos⁴⁹⁴. En la mayoría de los países también se cubría la migración, si bien era mayor la proporción de países que solicitaba información sobre migración internacional que sobre migración interna. Los datos sobre formación académica recibieron una elevada cobertura, y la mayoría de los países recabaron información sobre la asistencia escolar y las cualificaciones académicas en todas las regiones, así como sobre el grado de alfabetización en la mayoría de los países de África, América del Sur y Asia. Con la excepción de Europa, se recopilaron datos sobre la situación en materia de discapacidad en la mayoría de países de todas las regiones⁴⁹³.

664. En lo tocante a fertilidad y mortalidad, la mínima cobertura del censo se dio en Europa, y la máxima en África, lo que refleja las diferencias entre regiones en materia de disponibilidad de estadísticas vitales procedentes del registro civil. Por ejemplo, los datos sobre muertes en el hogar durante los 12 meses anteriores, aspecto relacionado con la mortalidad materna, recibieron mejor cobertura en África (74% de los países) y Asia (48%), y ni la más mínima en Europa⁴⁹³. Aunque algunos países ya habían incorporado preguntas sobre mortalidad materna en el censo del año 2000, el número de países que tuvo en cuenta este aspecto creció considerablemente en la ronda de censos de 2010.

665. Por lo que respecta al Programa Mundial de Censos de 2010, la División de Estadística informó de que tan solo en 7 de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, o bien no se iban a realizar censos, o bien no se disponía de información sobre sus planes para el censo (al 1 de diciembre de 2013), frente a 25 países en la ronda del censo de 2000. Según un estudio llevado a cabo por la División de Estadística (junio de 2013)⁴⁹⁵, había aumentado el uso de metodologías alternativas para el censo y de avances tecnológicos encaminados a reducir gastos y mejorar la calidad y puntualidad de los datos. Por lo que respecta a las tecnologías avanzadas, el Sistema de Información Geográfica (SIG), de gran utilidad para la cartografía, era el que se utilizaba de manera más amplia. El rápido crecimiento de la capacidad del SIG y la mayor facilidad para acceder a sistemas de creación de imágenes, junto con las coordenadas del sistema mundial de determinación de posición, han mejorado considerablemente la calidad de los mapas elaborados a efectos del censo. Los resultados de la encuesta muestran que 75 países (64%) utilizaron el SIG en la ronda de censos de 2010. Esta es la tecnología más utilizada,

⁴⁹³ *Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación. Revisión 2*, Informes estadísticos, serie M, núm. 67/Rev.2 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.07.XVII.8).

⁴⁹⁴ Evaluación basada en el análisis de los cuestionarios de 124 censos (en su mayoría, de países con censos tradicionales) realizado por la División de Estadística que aparece en "Implementation of United Nations Recommendations for Population Census Topics in the 2010 round" (ESA/STAT/AC.277/4).

⁴⁹⁵ "Mid-Decade Assessment of the United Nations 2010 World Population and Housing Census Programme", preparado por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (ESA/STAT/AC.277/1).

en concreto en África, América del Norte y Asia. También ha aumentado el uso de tecnología que permite una publicación más rápida de los datos del censo, como la codificación asistida por ordenador (49% de los países), Internet (43%), el reconocimiento óptico de caracteres (42%), la lectura óptica de marcas (33%) y otros métodos de generación de imágenes y escaneado (38%)⁴⁹⁶.

666. La difusión era el eslabón más débil en los censos de la ronda de 2000, lo que acarrea importantes consecuencias para la actividad normativa pública y el uso integrado de las dinámicas de la población en la planificación del desarrollo. Los datos del censo se han difundido a través de una variedad más amplia de medios, entre otros, CD-ROM y DVD, páginas web estáticas, bases de datos en línea, y herramientas cartográficas del SIG basadas en la web; no obstante, muchos países en desarrollo no pudieron difundir por completo su censo al público. El método principal de divulgación de los resultados del censo siguen siendo las publicaciones impresas (52% de los países), y tras ellas, las páginas web estáticas (28%) y las bases de datos interactivas (14%). En la región africana las publicaciones impresas son el método utilizado por la mayoría de países (89%), y tras ellas las páginas web estáticas, con el 8%. En Europa se da la situación inversa, ya que las páginas web estáticas (39%) y las bases de datos interactivas (36%) ocupan los dos primeros lugares, seguidas de las publicaciones impresas (22%). América del Sur tiene el porcentaje más elevado de países que utilizan bases de datos interactivas (43%) para difundir la información del censo, seguidas de las páginas web estáticas (29%), y las publicaciones impresas y los CD-ROM y DVD (ambos un 14%)⁴⁹⁵.

667. Se han planteado inquietudes por la disminución del número de expertos en censos y demógrafos a disposición de las oficinas nacionales de estadística de los países en desarrollo para realizar y analizar sus censos, inquietudes que requieren mayor análisis.

668. Los Estados deben reforzar la capacidad nacional para generar, difundir y utilizar de manera efectiva los datos de la dinámica de población, incluidos los datos del registro de nacimientos y defunciones, los censos y las encuestas periódicas representativas. Se debe prestar atención a la necesidad de capacitación y desarrollo profesional en los países en desarrollo, especialmente, en materia de capacitación sobre las tecnologías más recientes.

669. Los Estados y las instituciones internacionales deben redoblar las iniciativas encaminadas a mejorar la disponibilidad, la calidad y el carácter accesible de los datos, y poner más datos sobre población, salud y desarrollo a disposición del público para facilitar el intercambio y el uso de los conocimientos.

3. Encuestas

670. Las encuestas de los hogares centradas en los datos demográficos y de salud han sido un valioso recurso en el ámbito del desarrollo desde los años 1970, y han ofrecido información esencial sobre la población en los países que carecen de un registro fidedigno sobre el estado civil.

⁴⁹⁶ División de Estadística de las Naciones Unidas, 2013. "Overview of national experiences for population and housing censuses of the 2010 round"; y el 2010 World Population and Housing Census Programme. Se pueden consultar en http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm

671. Las encuestas demográficas y de los hogares, que comenzaron como la encuesta mundial de fertilidad, ya eran uno de los recursos más útiles del mundo para obtener datos comparativos de ámbito nacional sobre fertilidad y salud materna e infantil en los años 1980. Posteriormente se ampliaron en la década de 1990 para recopilar nuevos datos sobre los resultados en materia sexual, reproductiva y de género, entre otros, los relativos a la escisión/mutilación genital femenina, los comportamientos y los conocimientos relativos al VIH, así como para abarcar a los jóvenes, los hombres y las mujeres solteras, e incluso los marcadores biológicos del ámbito sanitario, en determinados países. Del mismo modo, la encuesta a base de indicadores múltiples ofrece datos comparables en el plano internacional sobre la situación de las mujeres y los niños, de forma complementaria a las encuestas demográficas y de los hogares en muchos países en desarrollo, aunque no eran plenamente equiparables en cuanto a la ejecución.

672. Pese a la reciente ampliación de estas encuestas en los hogares a muchos temas de salud y población, persisten otras lagunas, como las relativas a la salud de los adolescentes de menor edad (10 a 14 años), las personas de más edad, los comportamientos migratorios, y los comportamientos en el hogar en el contexto de la sostenibilidad ambiental, entre otros. Del mismo modo, si bien los datos permiten que se obtenga una mayor estratificación en las regiones de un mismo país, así como que se preste atención a las diferencias entre zonas rurales y urbanas, por lo general no resulta posible concretar más el desglose espacial, por ejemplo, en zonas extremadamente rurales, de la periferia urbana y ciudades de tamaño pequeño, mediano o grandes urbes.

673. Un factor esencial para lograr los objetivos relacionados con el fomento del acceso al conocimiento público es que tanto las encuestas demográficas y de los hogares como las encuestas a base de indicadores múltiples ofrecen libre acceso a sus datos, incluso a los programas de compilación, para facilitar el uso público de esa información. Existen incertidumbres sumamente graves en cuanto a la representatividad de las encuestas de los hogares, ya que los marcos del muestreo se basan en el censo más reciente, que puede estar desfasado. No obstante, esas encuestas de los hogares siguen siendo enormemente útiles para calcular los datos clave de población, salud y demografía a lo largo del tiempo en países donde, de otro modo, dichos datos son escasos o no están disponibles.

Mejoras en los datos relativos a la salud sexual y reproductiva

Una cuestión de especial dificultad que se planteó tras la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo era cómo mejorar la salud sexual y reproductiva sin contar con datos fidedignos sobre la epidemiología en ese ámbito, en especial en los países en desarrollo. Mientras que en el Programa de Acción se definía a grandes rasgos un conjunto esencial de servicios de salud sexual y reproductiva, muchos países carecían de los datos necesarios sobre las necesidades absolutas o relativas en su propio territorio que permitieran fijar prioridades y centrarse en los problemas que generaban la mayor carga respecto a las enfermedades sexuales y reproductivas. De hecho, la disponibilidad de datos fidedignos era menor allí donde se consideraba que la carga de la enfermedad era más elevada.

Los estudios realizados en zonas rurales de la India⁴⁹⁷ y Egipto⁴⁹⁸ a principios de los años 1990 habían indicado una elevada prevalencia de morbilidad reproductiva y sexual sin registrar en las comunidades pobres, pero en 1994 no se realizaba una supervisión constante de la morbilidad reproductiva y sexual en el plano de la población, más allá de las valiosas estimaciones sobre mortalidad materna derivadas del registro civil, las encuestas demográficas y de los hogares y los estudios sobre mortalidad en la edad reproductiva. La falta de datos sobre la morbilidad reproductiva de África en la década de 1990 llamaba especialmente la atención, dado que las encuestas a pequeña escala sugerían que el continente tenía una de las tasas más elevadas tanto de morbilidad como de mortalidad materna del mundo, y era sobradamente conocido que las mujeres tenían acceso limitado a la atención a la salud⁴⁹⁹.

Uno de los mayores logros desde la Conferencia Internacional ha sido la mejora en el ámbito y la calidad de los datos disponibles de los países en desarrollo sobre epidemiología y comportamiento en materia de salud sexual y reproductiva, lo que incluye la ampliación y el perfeccionamiento de la medida de los resultados de las encuestas demográficas y de los hogares, las encuestas a base de indicadores múltiples y las encuestas nacionales sobre salud familiar, el crecimiento de los sitios de supervisión demográfica, y las importantes iniciativas de supervisión de nuevo cuño emprendidas para hacer un seguimiento de la carga correspondiente al VIH y el SIDA, como el fomento de la investigación sobre el comportamiento sexual derivado de las actividades encaminadas a reducir la transmisión por vía sexual y tomar medidas al respecto⁵⁰⁰. Muchas de estas últimas iniciativas no se han llevado a cabo sistemáticamente en el plano mundial.

⁴⁹⁷ R. A. Bang y otros autores, "High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women", *The Lancet*, vol. 333, núm. 8629 (1989), págs. 85 a 88.

⁴⁹⁸ H. Zurayk y otros autores, "Comparing women's reports with medical diagnoses of reproductive morbidity conditions in rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 26, núm. 1 (1995), págs. 14 a 21; N. Younis y otros autores, "A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 3 (1993), págs. 175 a 186.

⁴⁹⁹ T. Boerma, "The magnitude of the maternal mortality problem in sub-Saharan Africa", *Social Science and Medicine*, vol. 24, núm. 6 (1987), págs. 551 a 558; J. C. Anosike y otros autores, "Trichomoniasis amongst students of a higher institution in Nigeria", *Applied Parasitology*, vol. 34, núm. 1 (1993), págs. 19 a 25; K. Harrison, "Childbearing, health and social priorities: a survey of 22,774 consecutive hospital births in Zaria, northern Nigeria", *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 92, Suppl. 5 (1985), págs. 1 a 119; W. A. Cronin, M. G. Quansah y E. Larson, "Obstetric infection control in a developing country", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 22, núm. 2 (1993), págs. 137 a 144; P. Bimal Kanti, "Maternal mortality in Africa: 1980-87", *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 6 (1993), págs. 745 a 752; P. Thonneau y otros autores, "Risk factors for maternal mortality: results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea)", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 39, núm. 2 (1992), págs. 87 a 92.

⁵⁰⁰ M. Hunter, "Cultural politics of masculinities: multiple partners in historical perspective in KwaZulu-Natal", en *Men Behaving Differently: South African Men since 1994*, G. Reid y L. Walker, eds. (Ciudad del Cabo: Double Storey Books, 2005), págs. 139 a 160; I. A. Doherty y otros autores, "Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections", *Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, núm. 1 (2005), págs. S42 a S54.

Persisten lagunas tanto en materia de ámbito como de calidad, relacionadas sobre todo con los acontecimientos y los resultados que acarrear un estigma, como el aborto, la violencia en las relaciones interpersonales, las infecciones transmitidas por vía sexual, la fístula obstétrica, morbilidades como la incontinencia, las relaciones sexuales dolorosas y la disfunción sexual, entre otras. La falta de una supervisión mundial adecuada de las enfermedades transmitidas por vía sexual resulta especialmente chocante, dadas las pruebas de que los casos incidentes de este tipo de enfermedades parecen haber aumentado desde 1994. Además, a medida que la urbanización avanza, la estratificación convencional entre zonas rurales y urbanas tal vez deje de ser un criterio de análisis adecuado para las diferencias en materia de salud, y se necesiten más categorías ligadas a la ubicación, por ejemplo, grandes urbes, ciudades pequeñas y medianas, y zonas rurales remotas.

674. Mientras que las encuestas demográficas y de los hogares y las encuestas a base de indicadores múltiples ofrecen datos esenciales sobre la salud de la población de la mayoría de los países en desarrollo, otras encuestas multinacionales de los hogares, por ejemplo, las del Estudio de Medición de los Niveles de Vida del Banco Mundial, han generado datos representativos de ámbito nacional sobre temas complementarios, como los ingresos del hogar, los gastos y el bienestar, que se prestan al análisis comparativo entre países.

675. La supervisión de determinados resultados en materia de salud sexual y reproductiva se universalizó a partir de 2000 o 2005, cuando se los incluyó entre los indicadores de seguimiento del avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), pero la selección de los indicadores al efecto ha recibido una acogida contradictoria, en el mejor de los casos, de los expertos en evaluación.

676. Las encuestas de opinión pública son un recurso que puede ser útil para supervisar la actitud del público respecto a muchas dimensiones clave del desarrollo, por ejemplo, las actitudes hacia la igualdad entre los géneros y las razas, la confianza en las autoridades estatales y religiosas, y la fe en la participación pública y la democracia. Muchas encuestas de opinión pública llevadas a cabo por empresas privadas exigen tarifas elevadas por recopilar tales datos. La Encuesta Mundial sobre Valores realiza estudios nacionales representativos de los valores y las creencias de las personas en relación con muchos grupos de la población y valores ligados a los derechos humanos. Por ejemplo, en la última ronda de encuestas se incluye un módulo sobre actitudes hacia las personas mayores y su valor en la sociedad. La Encuesta Mundial sobre Valores, realizada en casi 100 países, conlleva la repetición de la encuesta en algunos países. Las conclusiones de las encuestas de actitud son especialmente valiosas para los encargados de la labor normativa cuando intentan determinar los ámbitos en los que la estigmatización y la discriminación están más arraigados, y por tanto, aquellos en los que las personas pueden ser vulnerables.

677. Los Estados deben incorporar a las estadísticas nacionales la medida de los valores y las actitudes del público sobre desigualdad entre géneros, prejuicios por motivos de edad, racismo y otras formas de discriminación. Tales datos pueden precisar las condiciones y los lugares en los que se dan casos extremos de estigmatización, lo que permitirá que se pongan en marcha medidas de protección social e iniciativas para subsanar la discriminación.

4. Uso de datos en la planificación del desarrollo

678. La preparación de encuestas para la planificación del desarrollo puede generar material muy valioso desde la perspectiva del conocimiento de la opinión pública, pero la eficacia de los resultados depende de la capacidad de los gobiernos, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales locales para analizarlos y utilizarlos de cara a la toma de decisiones, aspecto que sigue planteando dificultades para los países en desarrollo.

679. Un elevado porcentaje de países (88%) informó en la encuesta mundial de que había llevado a cabo investigaciones sobre las dinámicas de la población a efectos de planificación en los cinco años anteriores (un 94% en América, un 92% en África, un 88% en Europa, un 85% en Asia y un 71% en Oceanía), sin embargo solo el 49% de los países había elaborado un informe que abarcara los planos nacional y subnacional.

680. La elaboración de evaluaciones periódicas de la situación en los aspectos clave permite a los países determinar las necesidades presentes y futuras de los distintos sectores y grupos de población y representa la base para que las medidas públicas estén mejor concretadas. Si bien la proporción de países que habían realizado evaluaciones de la situación por sectores o basadas en la población durante los cinco años anteriores variaba dependiendo del tema y de la región estudiados, la cuestión de la cobertura sigue siendo motivo de preocupación, en vista de los pocos países que han realizado evaluaciones que abarquen tanto el ámbito nacional como el subnacional (cuadro 4).

Cuadro 4

Evaluaciones de la situación realizadas, por tema, región y cobertura

Tema	Proporción de países de cada región que han realizado una evaluación, ya sea a nivel nacional o subnacional, o a ambos (porcentaje)						Proporción de países que han realizado una evaluación que abarque el nivel nacional y el subnacional (porcentaje)
	Nivel mundial	África	América	Asia	Europa	Oceanía	Nivel mundial
Necesidades de los adolescentes y los jóvenes	83	79	94	88	86	64	35
Necesidades de las personas mayores	66	57	72	69	90	23	15
Necesidades de las personas con discapacidad	75	65	69	82	94	54	18
Necesidades de los pueblos indígenas	60	55	88	50	44	40	15
Migración o urbanización internas	73	54	84	80	95	62	28
Migración y desarrollo internacionales	63	59	77	72	59	23	15
La familia, sus necesidades y composición	75	64	80	80	93	54	26
Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos	83	87	78	77	85	93	35
Necesidades de planificación familiar por satisfacer	67	83	63	74	39	64	27
Igualdad de género y empoderamiento de la mujer	86	87	91	88	97	46	29
Educación	93	92	94	98	93	86	36

Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

681. Dada la especial importancia que se otorga a la igualdad en los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, una de las recomendaciones esenciales del Programa de Acción era que, en principio, todos los datos sociales y relativos a la salud debían estar debidamente desglosados con arreglo a factores pertinentes, como la edad, el sexo, la etnia, la ubicación y el patrimonio, para que se comprendieran mejor las disparidades en el desarrollo social y los encargados de la actividad normativa pudieran corregir las desigualdades. Este aspecto recibió considerable atención en los exámenes y los resultados regionales de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Las encuestas de los hogares anteriormente descritas permiten todas ellas este tipo de desglose en diverso grado.

682. Los estudios que desglosan los datos al nivel del distrito y que combinan distintas fuentes de datos a ese nivel a fines de planificación local son especialmente escasos en los países en desarrollo. También escasean los estudios en los que se analizan los efectos de la migración en el plano nacional y en el local. Además, los gobiernos pueden tener dificultades para hacer evaluaciones realistas de las tendencias incipientes en materia de población. Un aspecto que ha llamado especialmente la atención es la falta de capacidad para proyectar y planificar el ritmo del crecimiento urbano.

683. Los Estados deben garantizar la asistencia de medidas adecuadas que permitan supervisar la desigualdad en el acceso a los servicios públicos, las estructuras de rendición de cuentas y la información, e incluir muestreos que permitan la estratificación y la comparación por raza y etnia, edad (incluidos los jóvenes y las personas mayores) y el patrimonio del hogar, prestando mayor atención a las circunstancias ligadas a la ubicación, en especial, a aquellas que reflejan la falta de seguridad de un lugar, por ejemplo, los barrios marginales o los asentamientos informales, para los migrantes recientes y los desplazados internos.

5. Refuerzo de la capacidad

684. La deficiencia más crucial en los sectores del conocimiento de los países en desarrollo tal vez sea que la información, incluso cuando se halla disponible, no se incorpora a las decisiones relativas a la planificación. Durante las dos últimas décadas se han llevado a cabo de forma constante iniciativas encaminadas a mejorar la capacidad de los países para producir y utilizar estadísticas de calidad en la planificación y la toma de decisiones, en parte debido al aumento de la demanda de mejores estadísticas que permitan supervisar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como a la aparición de un enfoque de la gestión de la ayuda internacional basada en resultados⁵⁰¹. Los programas internacionales de encuestas han cumplido una función primordial para mejorar la disponibilidad de los datos, entre otros, las encuestas demográficas y de los hogares, las encuestas de indicadores múltiples, los estudios de Medición de los Niveles de Vida y el apoyo internacional a la planificación y ejecución de censos de población en la ronda de 2010. Los que más se beneficiaron de esos programas fueron los países de bajos ingresos con programas deficientes de encuestas de los hogares y una cobertura

⁵⁰¹ Consorcio de Estadísticas para el Desarrollo en el Siglo XXI (PARIS21), “Estadísticas para la transparencia, la rendición de cuentas y los resultados: Plan de Acción de Busan para las Estadísticas” (noviembre de 2011).

insuficiente del registro civil. En algunos casos esas inversiones no siempre respondían al compromiso de los gobiernos, lo que generó preocupación en cuanto a que las operaciones relacionadas con los datos se pudieran mantener sin ayuda internacional⁵⁰².

685. Se ha observado un avance en la capacidad estadística, incluso en los países pobres⁵⁰³. Según un índice de capacidad estadística del Banco Mundial, la calidad en este ámbito mejoró de 52 en 1999 a 68 en 2009 (sobre una escala de 100)⁵⁰² en el mundo. Aumentó el número de países que cuentan con una estrategia nacional para el desarrollo en materia de estadística⁵⁰⁰ y el desarrollo de este aspecto ha empezado a recibir mayor prioridad en los programas nacionales de desarrollo⁵⁰². A finales de octubre de 2011 había 101 países participantes en el Sistema General de Divulgación de Datos del Fondo Monetario Internacional (FMI)⁵⁰². Por ejemplo, la capacidad de ofrecer datos para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio aumentó enormemente, pese a que los datos de algunos indicadores se basan en estimaciones y modelos elaborados por los organismos internacionales, y no por los propios países. En 2003, solo 4 países (el 2% de los 163 países que disponían de información) tenían 2 puntos de datos para entre 16 y 22 indicadores; en 2006 la cifra había ascendido a 104 países (64%) y en 2011, a 122 países (75%)⁵⁰⁴.

686. No obstante, la calidad y la cobertura de la información de referencia, dos cuestiones destacadas en el Programa de Acción, siguen constituyendo un motivo de preocupación. Por ejemplo, las estadísticas relativas al género fueron consideradas insuficientes y la medida de la migración “sumamente inadecuada”. Dos décadas más tarde, la disponibilidad de estadísticas relativas al género ha aumentado, pero el progreso ha sido limitado⁵⁰⁵, y sigue habiendo una gran falta de datos en temas como la violencia basada en el género, el uso del tiempo, el acceso a los activos, las finanzas y la iniciativa empresarial⁵⁰⁰. Muchos países siguen sin tener capacidad para recopilar datos o para integrar datos procedentes de varias fuentes a fin de obtener estadísticas fidedignas sobre migración interna e internacional. En el contexto de los indicadores sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los datos relativos a los resultados en materia de salud son los que presentan mayores deficiencias⁵⁰¹, debido principalmente a problemas con el registro civil y las fuentes de datos administrativas. Los datos sobre la pobreza a menudo no están disponibles⁵⁰¹, y solo 17 países de África Subsahariana han recopilado datos para calibrar los cambios relativos a la pobreza en la última década⁵⁰⁰. El examen operativo muestra que, además de los aspectos problemáticos mencionados en el presente documento, otras dimensiones vitales del desarrollo sostenible también se miden de forma deficiente o no se miden en absoluto en la mayoría de los países, por ejemplo, el grado de estigmatización o discriminación, la calidad de la educación, el acceso a la atención a la salud entre los adolescentes y los jóvenes, la

⁵⁰² S. Chen y otros autores, “Towards a post-2015 framework that counts: developing national statistical capacity”, Documento de debate, núm. 1 (Consortio de Estadísticas para el Desarrollo en el Siglo XXI (PARIS21), noviembre de 2013).

⁵⁰³ Informe del Banco Mundial sobre las actividades de elaboración de un plan de acción para el desarrollo de las estadísticas (véase E/CN.3/2012/16).

⁵⁰⁴ Informe del Secretario General sobre indicadores de desarrollo para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (E/CN.3/2012/29 y Corr.1).

⁵⁰⁵ *The World's Women 2005: Progress in Statistics* (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.05.XVII.7).

calidad de la atención sanitaria y las desigualdades ligadas a la ubicación que rebasan la rudimentaria dicotomía entre lo urbano y lo rural.

687. Además de atender a las solicitudes internacionales de datos, se necesita un enfoque más amplio del desarrollo de la capacidad en todo el sistema para asegurar una estructura nacional basada en conocimientos sostenible y que se ajuste a las prioridades nacionales de desarrollo. A este respecto destacan dos objetivos recalcados en el Plan de Acción de Busán para las estadísticas. En primer lugar, promover el acceso abierto a las estadísticas es esencial para un gobierno transparente, responsable y efectivo; sin embargo, el llamamiento a un acceso más amplio de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo no ha tenido eco en muchos países. En segundo lugar, la integración de las estadísticas en la actividad normativa y la adopción de decisiones, que sigue dejando que desear en el mundo en desarrollo, se debe acometer desde la perspectiva de la capacidad a largo plazo, lo que conlleva la mejora de los vínculos entre los ministerios y los centros universitarios de investigación dentro de los países, la estructuración de la trayectoria profesional para retener a los analistas de calidad al servicio del gobierno, y el fomento de centros de excelencia locales e independientes, así como la inversión en este tipo de centros encargados de:

- a) Coordinar las actividades entre los productores, los usuarios de datos y los responsables de la labor normativa;
- b) Promover la mejora de la producción y el uso de estadísticas de elevada calidad y oportunas;
- c) Diseñar, ejecutar y supervisar las estrategias nacionales de fomento de la estadística;
- d) Facilitar información mediante el archivo y la documentación de datos.

688. Los Estados deben reforzar los sectores del conocimiento en los ministerios de planificación. Los Estados deben integrar las dinámicas de la población en la planificación y la ejecución de las iniciativas ligadas al desarrollo en todos los sectores, así como en el ámbito nacional y subnacional. Si las inversiones destinadas al desarrollo se han de basar en datos que atestigüen su necesidad, así como su efecto, los gobiernos necesitan una estructura social que permita que los datos sienten las bases del debate público y la actividad normativa, y que facilite el acceso de todas las personas al conocimiento, en todos los sectores de la sociedad y entre estos, sin ningún tipo de exclusión.

C. Creación de entornos jurídicos y normativos que propicien la participación y la rendición de cuentas

1. Legislación y medidas

689. Los Estados tienen la obligación de adoptar leyes y aplicar medidas que contribuyan al disfrute de los derechos humanos. El establecimiento de un marco jurídico y normativo que cree un entorno propicio, respete todos los derechos humanos y elimine la discriminación es un factor esencial para garantizar que los titulares de derechos tengan voz y sean capaces de exigir cuentas a los gobiernos y otras partes responsables. Las leyes que velan por la libertad de expresión, la

libertad de asociación y acceso a la información pública desempeñan una función indispensable para garantizar que el derecho a la participación sea libre, activo y significativo, según se estipula en los marcos de los derechos humanos.

690. A medida que el constitucionalismo y las formas de gobierno democráticas se han ido extendiendo, los legisladores se han convertido en una pieza clave en la aplicación y la evolución del Programa de Acción. Sin embargo, pese al mayor diálogo entre los parlamentarios a través del establecimiento de grupos parlamentarios nacionales y regionales de apoyo al Programa de Acción y las cinco conferencias parlamentarias internacionales sobre la aplicación del Programa de Acción celebradas a escala mundial desde 2002, el proceso parlamentario podría ser más efectivo para lograr medidas ejecutivas en las cuestiones relacionadas o para influir sobre la opinión pública a favor del Programa de Acción. El potencial que encierra el uso de los mecanismos parlamentarios de supervisión, interrogatorio, investigación, resolución y control sobre las consignaciones presupuestarias para asegurar la ejecución del Programa de Acción no se ha explotado lo suficiente en las dos últimas décadas.

2. Participación inclusiva

691. La participación, que consiste en la incorporación de los interesados y se sustenta sobre el respeto a las libertades sustantivas de expresión y asamblea, constituye la base de un desarrollo inclusivo, y por tanto, más sostenible. La participación de los beneficiarios en la planificación, el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de la política y las medidas es, en sí misma y por sí misma, un sello del buen gobierno, inclusivo y con capacidad de respuesta, pero también puede mejorar la responsabilidad del gobierno y el suministro de bienes y servicios públicos. En el Programa de Acción se reconoce que “para que las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la población sean sostenibles, es preciso lograr que aquellos a quienes van dirigidos participen plenamente” (párr. 13.2).

692. El gran consenso en torno a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se produjo como resultado de una amplia consulta en los países y regiones, con la participación activa de la sociedad civil. Durante la celebración de la Conferencia Internacional no solo había un foro independiente para las organizaciones no gubernamentales, sino que estas también estaban representadas en muchas delegaciones nacionales. Mediante su presencia activa, las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos de mujeres y los activistas, fueron capaces de reclamar su lugar, y su voz se tuvo en cuenta en los debates normativos de alto nivel que versaban sobre su salud y bienestar.

693. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo fue una conferencia pionera en el reconocimiento de que el ejercicio de los derechos humanos, incluidos la salud y los derechos sexuales y reproductivos, estriba en que la gente actúe. En el Programa de Acción se hacía hincapié en la necesidad de involucrar a las personas directamente afectadas, en especial a aquellas excluidas a causa de la discriminación, la coacción y la violencia, en la elaboración de leyes, normas y prácticas, con miras a capacitarlas, en especial a las mujeres y las niñas, para disfrutar más plenamente de sus derechos humanos. Un logro crucial al respecto desde 1994 ha sido la mayor movilización de una amplia gama de organizaciones de la sociedad civil, otras partes interesadas no gubernamentales y

movimientos sociales en torno al Programa de Acción para configurar los marcos jurídicos, normativos y de rendición de cuentas de alcance mundial, regional y nacional en la materia. Esta evolución es esencial para asegurar que los resultados de la Conferencia Internacional se sigan llevando a la práctica y que el programa para el desarrollo después de 2015 sea inclusivo.

694. Dado el carácter sensible de algunos aspectos del mandato de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la valoración de las culturas locales y la constante colaboración con los custodios de la cultura han permitido que las organizaciones de base y las comunidades hagan suyas las cuestiones relativas a la salud reproductiva y los derechos reproductivos. A su vez, se ha mostrado que esta movilización de los propios interesados puede inclinar la balanza hacia la implantación de procesos eficaces que responsabilicen, en última instancia, a los gobiernos del ejercicio de esos derechos. A este fin, el compromiso de los agentes de la sociedad civil (las ONG, el mundo académico, destacadas personalidades culturales, organizaciones confesionales y dirigentes religiosos y tradicionales), así como de los parlamentarios y los medios de comunicación, ha resultado decisivo para que se avance.

695. En cuanto a la participación de los adolescentes y los jóvenes, ha surgido un nuevo paradigma, basado en los objetivos y metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, por el que se los reconoce como titulares de derechos facultados para tomar decisiones fundamentadas y responsables sobre las cuestiones que afectan a su vida, entre ellas, las relativas a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Esta idea recibió amplio reconocimiento en la resolución 2012/1, relativa a los adolescentes y los jóvenes, aprobada por la Comisión de Población y Desarrollo, y la declaración aprobada en el Foro Mundial de la Juventud celebrado en Bali (Indonesia, 2012).

696. La movilización de la comunidad que lucha contra el VIH es un buen ejemplo de la eficacia de la acción colectiva, y uno de los motores que impulsa la aplicación del Programa de Acción. Se ha reconocido que las asociaciones en las que participa la sociedad civil son fundamentales para que se atienda la exigencia de las personas que viven con el VIH y otros grupos clave de que se protejan sus derechos a recibir tratamiento, a no sufrir discriminación, y a la participación. Este liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil ha puesto de manifiesto las valiosas contribuciones que esta puede hacer para que se produzcan cambios radicales, y se debería aplicar al fomento de la participación de los ciudadanos y de su potestad para impulsar el cumplimiento del Programa de Acción.

697. Los pueblos indígenas han dado también importantes pasos para asegurar su inclusión y su plena participación en los asuntos que afectan a sus derechos humanos. El establecimiento del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en 2002, con la participación de las organizaciones de los pueblos indígenas, fue trascendental para que se aprobara la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), y, desde su puesta en marcha, el Foro Permanente ha publicado numerosas recomendaciones en pro de los derechos de estos pueblos.

698. Se ha de prestar especial atención a la creación y salvaguardia de un entorno propicio y seguro para los defensores de los derechos humanos en los ámbitos relacionados con el Programa de Acción, incluidas las organizaciones centradas en la vigilancia y los proveedores de servicios, a fin de que puedan realizar su labor y

expresar sus opiniones con libertad y sin temor a represalias. Por ejemplo, respecto a los derechos sexuales y reproductivos, en algunos países se conculca la libertad de asociación, asamblea y expresión de las personas que denuncian las violaciones de dichos derechos. Los proveedores de servicios que trabajan de cara al público son también a menudo defensores de los derechos humanos que se pueden enfrentar a graves dificultades para asistir a los ciudadanos en el ejercicio de sus derechos, por ejemplo, mediante las restricciones a la financiación, el acoso y la violencia por parte de agentes estatales y no estatales, y en algunos casos, sanciones penales, por prestar servicios que salvan vidas.

699. Los Estados y la comunidad internacional de donantes deben proporcionar el apoyo financiero y la asistencia de otro tipo necesaria para fomentar la responsabilidad social, con miras a mantener la capacidad de una amplia gama de beneficiarios, ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil para supervisar el cumplimiento por los Estados de sus obligaciones en materia de derechos humanos mediante la actividad normativa, los presupuestos, la programación u otras medidas nacionales, y su participación en esta labor, así como para desarrollar su capacidad de involucrarse en los mecanismos de derechos humanos de ámbito internacional y regional.

700. Los Estados deben garantizar que los defensores de los derechos humanos gocen de protección en su labor, entre otras cosas, creando un entorno propicio, en consonancia con la Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos (Declaración sobre la Protección de los Defensores de los Derechos Humanos).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 28

Participación

Otras normas de derecho no vinculantes. Como aclaración de los derechos relativos a la participación, en la observación general núm. 25, relativa a la participación en los asuntos públicos y el derecho a la igualdad de acceso a la función pública (1996) aprobada por el Comité de Derechos Humanos, se puntualiza “el derecho de todo ciudadano a participar en la dirección de los asuntos públicos” y “el derecho de las personas a participar en los procesos de dirección de los asuntos públicos”. En los *Principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos* (2012) se destaca la importancia de elaborar políticas y programas compatibles con los derechos humanos que alienten la participación de los grupos clave en la formulación de las políticas y programas pertinentes: “Los Estados deben elaborar y aprobar una estrategia de reducción de la pobreza basada en los derechos humanos que integre activamente a las personas y grupos, especialmente a los que viven en la pobreza, en su diseño y aplicación. La estrategia debe contener puntos de referencia sujetos a plazos y un plan de aplicación bien definido que tenga en cuenta las consecuencias presupuestarias necesarias, y debe designar claramente a las autoridades y organismos responsables de la aplicación y establecer los recursos y mecanismos de denuncia adecuados para los casos de incumplimiento”.

701. El apoyo gubernamental a la incorporación de grupos clave de la población en los procesos de toma de decisiones varía considerablemente entre las regiones, los grupos basados en los ingresos y los propios grupos de población, según se indica en la encuesta mundial. Por ejemplo, “establecer procedimientos y mecanismos concretos para que los adolescentes y los jóvenes puedan participar” es una prioridad elevada, y más de las dos terceras partes de los países (76%) han atendido a esta cuestión en los cinco años anteriores (véase el cuadro 5). Aunque no se observan grandes variaciones entre los grupos basados en los ingresos, la proporción de países que se ocuparon de este tema (88%) fue mayor en América. Por el contrario, tan solo un porcentaje ligeramente superior al 47% de los países se ocupó de este aspecto en relación con la población de más edad, aunque en este último caso América (63%) y Europa (56%) están por encima de la media mundial. La proporción de países que se ocupan del tema es mayor entre los países más ricos. La cuestión relativa a “establecer procedimientos y mecanismos concretos que permitan que las personas con discapacidad participen” la han abordado unos 6 de cada 10 países del mundo (61%), pero el porcentaje está por debajo de la media mundial en Oceanía y África. En general, es mayor la proporción de países ricos que han tratado esta cuestión.

702. Si se crea un indicador combinado para estos tres grupos de beneficiarios, los resultados muestran que, de los 129 países que disponen de datos completos, solo 39, es decir, el 30%, se han ocupado de la participación de los jóvenes, las personas mayores y las personas con discapacidad. De hecho, 15 países, es decir, el 12%, no se han ocupado de la participación de ninguno de estos grupos en la planificación, la aplicación y la evaluación de las actividades para el desarrollo.

Cuadro 5

Porcentaje de gobiernos que se ocupan de la participación en la actividad normativa, por grupos de población

Indicador	Grupo de la población			
	Adolescentes y jóvenes	Personas mayores	Personas con discapacidad	Pueblos indígenas
Atención a la participación en la actividad normativa, a nivel mundial	76,3	47,2	60,7	57,5

Fuente: Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014 (2012).

703. Aproximadamente la mitad del total de los países que presentan informes ha prestado atención al asunto de “establecer procedimientos y mecanismos concretos para que los pueblos indígenas puedan participar” (58%) (cuadro 5). Este hecho tal vez refleje, en parte, que no todos los países señalan un grupo definido de “personas indígenas” que se distinga del grueso de la población. No obstante, menos de la mitad de los países africanos (36%) ha atendido a esta cuestión en los cinco años anteriores, mientras que en América (75%), Asia (71%) y Oceanía (86%) la cifra se acerca a las dos terceras partes o es incluso superior.

Estudio de casos – Transformación urbana mediante la participación

Brasil⁵⁰⁶

En el Programa de Acción se reconoció la importancia de fomentar la participación en la gobernanza, y en las décadas siguientes, la combinación de la descentralización y la aparición de poderosos mecanismos de participación directa en la gobernanza local ha sido crucial en el Brasil. Uno de los ejemplos más destacados en el mundo es la presupuestación participativa en los municipios, que también se ha aplicado a las iniciativas de mejora de los barrios marginales del Brasil, las favelas.

En 2001, el Brasil aprobó el Estatuto de la ciudad (*Estatuto da Cidade*), importante avance en la democratización de la planificación y la gobernanza urbanas, que incorporaba dos aspectos esenciales: la prioridad de las funciones sociales sobre las comerciales en relación con el terreno y las edificaciones urbanas, y la institucionalización de una administración participativa y democrática de la ciudad. Este estatuto amplía la presupuestación participativa, que surgió de movimientos de base en Puerto Alegre a finales de la década de 1980 y se ha extendido desde entonces a más de 200 ciudades del Brasil (así como a ciudades de todo el mundo). Algunos de los elementos claves son los siguientes: una participación comunitaria diversa, la institucionalización del enfoque mediante reuniones programadas entre el gobierno local y los grupos comunitarios, y la asignación efectiva de una parte del presupuesto de la ciudad a los resultados de este proceso. Según recientes estudios en los que se comparaba a los municipios del Brasil de dos en dos, uno de ellos con presupuestación participativa y el otro no, este enfoque tiene un efecto apreciable en la mejora de la igualdad⁵⁰⁷.

Estos enfoques se han ampliado a las actividades para mejorar los barrios marginales. *Favelas-Bairro* es un programa de mejora iniciado en 1994 para reunificar las ciudades divididas del Brasil. Su objetivo era integrar social y físicamente todos los vecindarios de bajos ingresos en el tejido urbano oficial de Río de Janeiro para 2020. La principal diferencia de esta iniciativa respecto a la política de reducción de la pobreza convencional radicaba en el uso de reformas legislativas de carácter excepcional que alentaban la gobernanza comunitaria mediante el apoyo de programas comunitarios existentes, que, a falta de legislación en materia de tenencia de la tierra, otorgaban el “derecho al usufructo, pero no a la propiedad” de la tierra. El uso del ordenamiento como una estrategia básica de los programas de integración social y física fue un éxito en conjunto, pero el proyecto también ha demostrado que las mejoras estructurales no bastan por sí solas para reducir la delincuencia; la mejora de las instalaciones entraña la amenaza de la asimilación de la zona por clases más acomodadas, y la gobernanza es vital, o la corrupción de los representantes puede desgastar el proceso participativo.

⁵⁰⁶ G. Martine y G. McGranahan, “Brazil’s early urban transition: what can it teach urbanizing countries?” (Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010).

⁵⁰⁷ G. Baiocchi, P. Heller y M. K. Silva, *Bootstrapping Democracy: Transforming Local Governance and Civil Society in Brazil* (Stanford, California, Stanford University Press, 2011).

704. **Los Estados deben garantizar y facilitar la participación de los agentes no estatales, entre otros, de los beneficiarios previstos, en la formulación, la aplicación y la evaluación de normativas y programas. A este respecto, los Estados deben prestar especial atención a los adolescentes y los jóvenes, contando con representación de todos los sectores educativos y de ingresos de la sociedad, y asegurar y facilitar su participación en la formulación, aplicación y evaluación de normas y programas, en especial, en los asuntos que les afectan. Esta perspectiva se debería ampliar de forma deliberada a los representantes de quienes viven en la pobreza, los grupos frecuentemente discriminados y otros beneficiarios previstos del desarrollo.**

3. Vías de recurso y reparaciones

705. Todas las víctimas de violaciones de los derechos humanos tienen el derecho a un recurso efectivo y a reparaciones. Garantizar la rendición de cuentas no solo exige que se responda de las violaciones de los derechos humanos perpetradas, sino que se determinen los fallos del sistema y las medidas correctivas necesarias. También se debe exigir responsabilidades a los Estados por los actos cometidos por particulares, si el Estado no previene las violaciones de los derechos o no investiga y castiga las acciones y las omisiones de los agentes no estatales.

706. Las instituciones nacionales, como los tribunales, los organismos encargados de la revisión administrativa y los parlamentos, entre otros, tienen obligaciones directas emanantes de la legislación en materia de derechos humanos, como integrantes de un Estado que es parte en los tratados sobre derechos humanos. El sistema judicial, cuando cuenta con los recursos y la sensibilización precisos, puede desempeñar un papel crucial para garantizar que las violaciones de los derechos humanos se sometan a la justicia. Sin embargo, en muchas partes del mundo muchas víctimas de violaciones de los derechos humanos no tienen acceso a este tipo de mecanismos, debido a factores geográficos, económicos y sociales.

707. Los Estados deben garantizar que las víctimas de violaciones de derechos humanos tengan acceso a vías de recurso y reparaciones. Para asegurar un uso efectivo de esos remedios, el Estado debe sensibilizar sistemáticamente a los abogados, los jueces y el público en cuanto a que las denuncias sobre derechos humanos son procedentes, y dotar a los mecanismos de rendición de cuentas de la financiación adecuada. Los Estados deben combatir la impunidad fomentando el acceso a la justicia, para que las personas perjudicadas tengan acceso a vías de recurso y reparaciones, como la restitución, la rehabilitación, las medidas de satisfacción y las garantías de no repetición, según convenga. Deben establecerse mecanismos específicos para garantizar el acceso de las comunidades locales y desatendidas en el plano local, así como para las personas que se encuentran en situaciones de conflicto, posteriores a conflictos y humanitarias y en contextos frágiles.

708. En el ámbito internacional, en los últimos 20 años se han reforzado los mecanismos de rendición de cuentas como mecanismos de reparación. Los Estados, las Naciones Unidas y la sociedad civil, entre otros agentes indispensables, han sentado muchos ejemplos acertados de participación en los mecanismos internacionales de derechos humanos, como los órganos creados en virtud de tratados y los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, y los dictámenes de expertos de dichos órganos han promovido el refuerzo de las

obligaciones en materia de derechos humanos relacionadas con el Programa de Acción. El examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos, implantado en 2006, es también un mecanismo importante de rendición de cuentas para que los Estados cumplan los compromisos suscritos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en este ámbito. En el plano internacional, la rendición de cuentas exige la integración sistemática de la información sobre derechos humanos relativa al Programa de Acción en los informes presentados a esos mecanismos internacionales de derechos humanos, así como información sobre la aplicación de las recomendaciones hechas por dichos órganos. Las observaciones e interpretaciones formuladas por los distintos comités han servido al doble propósito de garantizar, por una parte, la rendición de cuentas, y, por la otra, de aclarar la naturaleza y el alcance de las obligaciones que incumben a los Estados de garantizar los derechos humanos.

709. Los Estados deben ratificar los tratados internacionales y regionales en materia de derechos humanos, y retirar las reservas a sus disposiciones en lo concerniente a todas las facetas de la dignidad, entre otras, la igualdad de género, la no discriminación, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la seguridad de residencia, la movilidad y la participación política. Los Estados deben armonizar la legislación nacional con los instrumentos internacionales y supervisar en qué medida se respetan, se protegen, se promueven y se hacen valer los derechos humanos, y asegurar que estén implantados mecanismos que los protejan. Ello debería conllevar la formulación de legislación y prácticas administrativas encaminadas a regular, controlar, investigar y enjuiciar los actos cometidos por agentes no estatales que vulneren los derechos humanos.

D. Colaboración, asociación y coherencia

710. La cooperación internacional ha resultado esencial para la aplicación del Programa de Acción durante las dos últimas décadas. Esta cooperación puede ser de distintos tipos, a saber, multilateral, bilateral, regional, interregional, Sur-Sur y triangular. Las iniciativas encaminadas a lograr la coordinación de los donantes bajo el control nacional en el ámbito del país han puesto de manifiesto el efecto negativo de la condicionalidad, así como la necesidad de fomentar la eficacia del desarrollo y reducir el costo de las transacciones, entre otras cosas, promoviendo la coherencia entre la asistencia de los donantes y las prioridades nacionales, el desarrollo de la capacidad y las estrategias de salida de la ayuda. Desde 1994 el número de donantes financieros ha crecido de manera constante, y el aumento de la presencia de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado ha tenido una impronta cada vez mayor en la comunidad de donantes⁵⁰⁸. Según se mencionaba anteriormente, las asociaciones con los interesados de la sociedad civil han sido cruciales para el avance en la aplicación del Programa de Acción sobre el terreno, sobre el trasfondo de un entorno de asistencia cada vez más complejo, con nuevos participantes y alianzas para el desarrollo, y los distintos mecanismos que intentan coordinar las contribuciones de los donantes en los procesos de planificación sectoriales y nacionales.

⁵⁰⁸ J. S. Singh, *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment*, 2ª edición (Londres, Earthscan, 2009).

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 29

Colaboración, asociaciones y coherencia

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. En la resolución 61/160 (2006), relativa a la promoción de un orden internacional democrático y equitativo, la Asamblea General afirma que “se debe seguir fomentando la cooperación internacional para la promoción y protección de todos los derechos humanos de plena conformidad con los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional”. En 2008 el Consejo de Derechos Humanos aprobó sobre esta misma cuestión la resolución 8/5, cuyo texto es similar. Partiendo de la Revisión trienal amplia de la política, la Asamblea General aprobó, sin someterla a votación, la resolución 67/226 (2012), sobre la revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, en la que la Asamblea promueve la coherencia en todo el sistema y “reconoce el valor de que se fortalezcan los vínculos entre las actividades operacionales y las normas y los principios como la libertad, la paz, la seguridad y los derechos humanos, así como la importancia de la incorporación del desarrollo sostenible en los mandatos, programas, estrategias y procesos de adopción de decisiones de las entidades de las Naciones Unidas”.

1. Respuesta multilateral al Programa de Acción

711. Desde 1994 las instituciones multilaterales han aprobado como marco el Programa de Acción, que influyó en la concepción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A medida que los órganos y organismos del sistema de las Naciones Unidas han intentado integrar el Programa de Acción en las resoluciones y los resultados de índole económica, social y medioambiental, las entidades del sistema de las Naciones Unidas, en particular, el Banco Mundial, han trabajado de forma cooperativa para concretar esta integración mediante grupos temáticos, marcos temáticos en el ámbito del país y marcos de programación de las Naciones Unidas, así como mediante la coordinación del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación. Gracias al perfeccionamiento periódico de la revisión cuatrienal amplia de la política de la Asamblea General, anteriormente trienal, y los enfoques que están surgiendo de la iniciativa “Unidos en la Acción”, así como a las modalidades de programación conjunta y de financiación de múltiples donantes, el programa de población y desarrollo se ha seguido integrando tanto en el análisis como en la programación de la asistencia multilateral. La Comisión Europea, como organismo activo en la esfera de la financiación y la normativa por derecho propio, ha abanderado el apoyo a la aplicación del Programa de Acción.

712. El UNFPA ha desempeñado una función coordinadora en la promoción del Programa de Acción mediante la aprobación de programas mundiales, regionales y nacionales centrados en los aspectos clave, lo que ha dado lugar a normas, programas y servicios en todas las regiones. Desde 1994 se ha facilitado financiación selectiva a los programas del UNFPA en más de 130 países de todas las regiones, con miras a fomentar y aplicar normativas y programas de población basados en derechos.

713. En respuesta al Programa de Acción, la OMS redujo la atención prestada en sus investigaciones a crear métodos anticonceptivos totalmente nuevos para dar cabida a un programa de investigación más amplio sobre las condiciones de la salud sexual y reproductiva, así como en las tecnologías, las normas y los criterios para lograr que la prestación de servicios en este ámbito esté centrada en las mujeres y basada en derechos.

714. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha desarrollado una actividad constante para asegurar que las normas internacionales en materia de derechos humanos se sustenten en el Programa de Acción y lo refuercen, mediante su labor con los órganos creados en virtud de tratados y otros mecanismos de expertos.

715. La División de Población de las Naciones Unidas ha desempeñado una función activa en el diálogo intergubernamental sobre población y desarrollo, elaborando estimaciones y proyecciones demográficas actualizadas para todos los países, entre otros, datos esenciales para la supervisión de la marcha de la aplicación del Programa de Acción, creando y difundiendo nuevas metodologías, y, junto con el UNFPA, preparando los informes para los períodos de sesiones anuales de la Comisión de Población y Desarrollo.

716. En el plano regional, las comisiones económicas regionales de las Naciones Unidas, en especial, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, han promovido el Programa de Acción revitalizando sus componentes sociales y los centros de excelencia a fin de tratar las cuestiones que surgen en el ámbito de la población y mejorar la capacidad de los gobiernos para atenderlas a través de una política nacional centrada en el desarrollo y los derechos humanos.

717. Las instituciones financieras multinacionales, por ejemplo, el Banco Mundial, el Banco Asiático de Desarrollo y el Banco de Desarrollo Interamericano, han apoyado programas como los de transferencias condicionales de efectivo, las líneas telefónicas directas para denunciar la violencia de género y los servicios dirigidos a los jóvenes, entre ellos, los servicios de salud para las mujeres, de conformidad con las metas y los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En muchos países las Naciones Unidas han trabajado en colaboración con los donantes y las instituciones financieras para permitir que los gobiernos realizaran censos y contribuir a que incorporasen las dinámicas de la población en los planes de desarrollo, lo que ha afectado a una amplia variedad de normativas y procesos de toma de decisiones en todas las regiones.

2. Supervisión intergubernamental

718. La comunidad internacional ha reafirmado el Programa de Acción, y las medidas clave para su ejecución, aprobadas cinco años más tarde, en las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, entre otras, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de 2000, la Cumbre Mundial de 2005, la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2010 y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de 2012.

719. La Asamblea General, el Consejo Económico y Social, y sus órganos subsidiarios, como la Comisión de Población y Desarrollo, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, la Comisión de Desarrollo Social y la

Comisión sobre el Desarrollo Sostenible; y el Consejo de Seguridad han aprobado desde 1994 resoluciones y otros documentos finales sobre todos los aspectos del programa de población y desarrollo. Estos documentos finales han reforzado los vínculos entre los derechos humanos y el desarrollo; las mujeres, la paz y la seguridad; la tolerancia cero contra la violencia basada en el género, incluidos los derechos humanos de todas las mujeres de ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coacciones, discriminación ni violencia; así como la necesidad de proteger los derechos humanos de los adolescentes y los jóvenes de tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad y decidir de forma libre y responsable al respecto, en relación, por ejemplo, con las cuestiones de salud sexual y reproductiva, con independencia de la edad y el estado civil, entre otros factores.

720. Se han producido acontecimientos importantes en el Consejo de Derechos Humanos, que aprobó resoluciones sobre mortalidad y morbilidad maternas y derechos humanos en el período comprendido entre 2009 y 2012⁵⁰⁹, y la resolución 17/19, sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género, en 2011.

3. Cooperación Sur-Sur y cooperación triangular

721. En el Programa de Acción se alude a la cooperación Sur-Sur como un instrumento de desarrollo y un objetivo de movilización de recursos de gran importancia. Las cumbres y conferencias posteriores han configurado el marco de la cooperación Sur-Sur, entre otras, la Cumbre del Sur, celebrada en La Habana en 2000; la Conferencia de Alto Nivel sobre la Cooperación Sur-Sur, celebrada en Marrakech (Marruecos) en 2003, la Segunda Cumbre del Sur, celebrada en Doha en 2005, y la Conferencia de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cooperación Sur-Sur, celebrada en Nairobi en 2009. En el marco de directrices operacionales para el apoyo de las Naciones Unidas a la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular (SSC/17/3) se destaca el papel clave que pueden desempeñar las organizaciones de las Naciones Unidas para mejorar, en el plano Sur-Sur, la puesta en común de conocimientos, la creación de redes de contacto, el intercambio de información y mejores prácticas, el análisis de políticas y las medidas coordinadas sobre las principales cuestiones de interés.

722. Muchos países de ingresos medianos se han convertido en activos partidarios de las asociaciones Sur-Sur. Las economías emergentes han realizado importantes inversiones en este tipo de cooperación y los donantes tradicionales también han reconocido su valor. Ello ha reforzado a la cooperación Sur-Sur como mecanismo de

⁵⁰⁹ El Consejo de Derechos Humanos ha aprobado varias resoluciones relativas a la mortalidad materna y los derechos humanos, entre otras, la resolución 18/2, de 28 de septiembre de 2011, sobre mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos (véase A/66/53/Add/1, cap. II) en la que se reconoce que “un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad se sustenta, entre otros, en los principios de la rendición de cuentas, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la no discriminación y la cooperación internacional” y se “alienta a los Estados y a las demás partes interesadas, incluidas las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones no gubernamentales, a que adopten medidas a todos los niveles para abordar las causas profundas e interrelacionadas de la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, como la pobreza, la malnutrición, las prácticas nocivas, la falta de servicios de atención de la salud accesibles y adecuados, y de información y educación, y la desigualdad entre los géneros, prestando particular atención a la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas”.

aprendizaje horizontal con capacidad para fomentar el desarrollo de las capacidades nacionales y de promover también los mecanismos triangulares que financian las asociaciones Sur-Sur con contribuciones de los gobiernos donantes⁵¹⁰.

723. Un ejemplo de iniciativa de cooperación Sur-Sur y triangular que permite a las instituciones nacionales promover la cooperación horizontal en aspectos relacionados con el Programa de Acción es la organización intergubernamental Asociados para la Población y el Desarrollo, establecida para fomentar la cooperación Sur-Sur en el ámbito de la salud reproductiva, la población y el desarrollo. Durante las dos últimas décadas las conferencias interministeriales anuales de esta organización han brindado a los países miembros un mecanismo de examen entre iguales en todos los aspectos relacionados con las cuestiones de la población y el desarrollo.

4. Cambios en la carga de la enfermedad y la correspondiente asistencia a escala mundial

724. Desde la aprobación del Programa de Acción, el sistema de la cooperación para el desarrollo también se ha visto influido por la respuesta a la crisis mundial del VIH y el SIDA, que ha tenido profundas repercusiones en la estructura operacional de las nuevas iniciativas de los donantes, por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la escala de la asistencia de los donantes destinada a una sola, aunque compleja, causa sanitaria, por ejemplo, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para luchar contra el SIDA, cuyo volumen ha eclipsado muchos presupuestos nacionales de salud; y acusada concentración del apoyo de los donantes en África, debido a la excepcional magnitud de la carga que el VIH y el SIDA representan en esa región.

725. La escala de la epidemia y de los correspondientes flujos de recursos ligados al VIH y el SIDA acentuó los compromisos políticos mundiales para con la salud⁵¹¹ y aumentó de forma espectacular la capacidad de los países receptores para desplegar servicios de prevención del VIH y tratamiento del VIH y el SIDA. En los países en los que las iniciativas mundiales de salud, principal fuente de financiación de programas para una única enfermedad, estaban debidamente armonizadas con las prioridades del país, la asistencia relacionada con el VIH resultó eficaz para afianzar el sistema de salud, favoreciendo el impulso y la promoción de la lucha contra el VIH y el SIDA, y dio lugar a asociaciones inusuales y, en ocasiones innovadoras, entre los departamentos de salud y otros sectores del gobierno para la prevención del VIH, por ejemplo, los sectores del transporte, la defensa y la educación⁵¹².

726. Sin embargo, en los países en los que las iniciativas mundiales de salud han promovido un entorno de asistencia fragmentado y mal coordinado, y fomentado la competencia entre los donantes, la escala de los problemas de asistencia

⁵¹⁰ Informe de la tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados, Bruselas (14 a 20 de mayo de 2001 (A/CONF.191/13)).

⁵¹¹ Yu y otros autores, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?" (véase la nota de pie de página 342).

⁵¹² N. Spicer y otros autores, "National and subnational coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice?" *Globalization and Health*, vol. 63, núm. 3 (2010); R. G. Biesma y otros autores, "The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control", *Health Policy and Planning*, vol. 24, núm. 24 (2009), págs. 239 a 252.

relacionados con el VIH se ha agudizado. Los países receptores eran incapaces de predecir su presupuesto de salud anual de un año para el siguiente, y estaban supeditados a los intereses de los donantes y a proyectos prioritarios centrados en el VIH y el SIDA, más que en las inversiones para todo el sector de la salud⁵¹³. A menudo se exigía a los países que rindiesen cuentas con arreglo a estrictos marcos de presentación de informes a los donantes centrados en las cuestiones relativas al VIH, con el consiguiente gasto de valiosos recursos para hacer el seguimiento de los indicadores globales basados en la cobertura, lo que puede enmascarar abultadas discrepancias en la calidad de la atención.

727. Los elevados niveles de financiación vertical destinada al VIH también redundaron en una rápida proliferación de ONG que ejecutaban programas relacionados con el VIH en los países en desarrollo, algunas de ellas sumamente eficaces para impulsar cambios, en tanto que otras no. La actividad no regulada ni supervisada de las ONG generó, en ciertos casos, un éxodo de trabajadores de la salud del sector público hacia estas, lo que mejoró la oferta de empleo, pero también mermó la capacidad del sistema local público de salud primaria⁵¹⁴. Combinados con un sector público débil, los servicios de salud prestados por ONG dedicadas a una sola cuestión forzaron a los pacientes a sortear una compleja red de servicios mal coordinados, ocasionando a menudo interrupciones en la atención y en el suministro de medicamentos esenciales, y limitando la atención sistemática e integral de las necesidades sanitarias de los pacientes⁵¹⁵.

728. Desde 2000 se ha prestado mayor atención a la eficacia de la ayuda, debido en parte al desaliento de los países en desarrollo por los problemas ligados a las asociaciones de asistencia desiguales y la pérdida de su capacidad para planear, coordinar y dirigir efectivamente el proceso de desarrollo en su propio territorio. En la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Conexas, de 2001, los Estados miembros de la Unión Africana se comprometieron a aumentar el gasto sanitario como mínimo hasta el 15% del presupuesto nacional y exhortaron a los países donantes a ampliar la escala de su apoyo en consonancia.

729. Los documentos finales del Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Asistencia (la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo de 2005, el Programa de Acción de Accra de 2008 y la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo de 2011) reforzaron los compromisos de prestar asistencia de manera más efectiva, con especial atención al desarrollo de la capacidad, la identificación nacional y la ejecución. La creciente importancia de la eficacia del programa de asistencia se ha concretado en el desarrollo de estructuras de coordinación de los donantes, así como en un mayor reconocimiento del papel rector del país y del rendimiento de cuentas mutuo en esas colaboraciones. Según un

⁵¹³ M. Martínez-Álvarez y A. Acharya, "Aid effectiveness in the health sector", documento de trabajo núm. 2012/69 (Helsinki, Universidad de las Naciones Unidas, Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo, 2012).

⁵¹⁴ J. Pfeiffer y otros autores, "Strengthening health systems in poor countries: a code of conduct for nongovernmental organizations", *American Journal of Public Health*, vol. 98, núm. 12 (2008), págs. 2134 a 2140.

⁵¹⁵ *Ibid.*; J. Pfeiffer y otros autores, "International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration", *Social Science and Medicine*, vol. 56, núm. 4 (2003), págs. 725 a 738.

estudio de evaluación de varios países realizado por la OMS y el UNFPA⁵¹⁶ sobre las implicaciones de los recientes cambios en el entorno de la asistencia en relación con el desarrollo y la programación de la política de salud sexual y reproductiva, el compromiso institucional a escala del país se caracterizaba cada vez más por la atención a los enfoques para todo el sector y las estrategias de reducción de la pobreza, así como por los planteamientos estratégicos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial, los Objetivos cuarto y quinto (metas A y B). Se consideró que este último había fomentado la concienciación sobre los temas relativos a la salud materna y neonatal, mientras que otros aspectos de la salud sexual y reproductiva habían quedado marginados, tanto en cuanto a las prioridades del país como al apoyo de los donantes.

730. El estudio descubrió también que conseguir financiación fiable y predecible para la salud sexual y reproductiva sigue siendo un problema, y que gran parte de los fondos destinados a actividades sigue dependiendo de los donantes. Se concluyó que, en los países comprendidos en el estudio de evaluación, los enfoques multisectoriales de los programas de salud sexual y reproductiva seguían estando en gran medida insuficientemente desarrollados. Sin embargo, se informó de que el paso al refuerzo de los sistemas de salud y a su apoyo mediante la Alianza Sanitaria Internacional y otras iniciativas relacionadas ofrecía un marco en el que se podía prestar una atención más amplia a la salud sexual y reproductiva.

5. Nueva Alianza Mundial

731. En los últimos años ha habido una proliferación de nuevas iniciativas, alianzas y mecanismos de cooperación y coordinación oficiales y oficiosos, con participación de los organismos de las Naciones Unidas y de otras entidades, establecidos a fin de acelerar las iniciativas concertadas para ejecutar ciertas partes del Programa de Acción.

732. Entre estas figuran la Campaña de las Naciones Unidas contra la Violencia Sexual en los Conflictos, grupo interinstitucional formado por 12 entidades de las Naciones Unidas que presta apoyo a la campaña del Secretario General “ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres”. El programa conjunto del UNFPA y el UNICEF sobre mutilación/escisión genital femenina presta asistencia a 17 países, según datos de 2014, al objeto de reducir y eliminar esta práctica nociva. Se estableció el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las adolescentes para coordinar la labor de los organismos encaminada a atender a las necesidades de este grupo concreto de la población, en especial, de las adolescentes marginadas, y, en particular, de las que están expuestas al matrimonio infantil. En los países se está llevando a cabo la Campaña para Erradicar la Fístula, con el fin de apoyar la prevención de este problema, así como el tratamiento y la reincorporación a la sociedad de quienes han sufrido esta grave afección.

733. El programa Acción 2 se creó en respuesta al llamamiento realizado por el Secretario General a la acción conjunta de las Naciones Unidas para reforzar las actividades relativas a los derechos humanos en el ámbito del país y fomentar el apoyo al establecimiento y el refuerzo de los sistemas nacionales de promoción y

⁵¹⁶ OMS y UNFPA, “Strengthening country office capacity to support sexual and reproductive health in the new aid environment: report of a technical consultation meeting: wrap-up assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO collaborative project”, Organización Mundial de la Salud, documento WHO/RHR/11.29.

protección de los derechos humanos de conformidad con las normas y los criterios internacionales en materia de derechos humanos. Las iniciativas han contribuido a integrar los derechos humanos en toda la labor humanitaria, de desarrollo y de mantenimiento de la paz del sistema de las Naciones Unidas en conjunto, y han promovido un enfoque de la programación basado en los derechos humanos. En 2009, en el marco de la aplicación de la decisión del Comité de Políticas de Gestión del Secretario General relativa a los derechos humanos y el desarrollo, el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo respaldó el establecimiento del mecanismo de incorporación de los derechos humanos, para reforzar los logros del programa Acción 2.

734. En el ámbito de la salud, la Alianza Sanitaria Internacional está intensificando las actividades orientadas a promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio ligados a la salud. La Alianza está reforzando los procesos nacionales en 21 países de África y Asia con miras a revitalizar los sistemas de salud. Salud 4+ es una iniciativa conjunta del ONUSIDA, el UNFPA, el UNICEF, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la OMS, y el Banco Mundial. La Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, que se puso en marcha en 2005, brinda un foro en el que los miembros pueden combinar sus puntos fuertes y aplicar soluciones.

735. La Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, alianza mundial de organizaciones multilaterales y bilaterales, fundaciones privadas, gobiernos, sociedad civil y representantes del sector privado se fundó al objeto de asegurar a toda la población de los países de ingresos bajos y medianos el acceso y el uso de anticonceptivos asequibles y de elevada calidad, y de otros suministros de salud reproductiva. De forma más reciente, la iniciativa Planificación Familiar 2020, ha estado desarrollando las asociaciones creadas en la Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar, organizada por el Gobierno del Reino Unido y la Fundación Bill y Melinda Gates en asociación con el UNFPA. La iniciativa reúne a los gobiernos nacionales, los donantes, la sociedad civil, el sector privado, la comunidad de la investigación y el desarrollo, y otras entidades de todo el mundo con el objetivo de ofrecer para 2020 acceso a la información sobre planificación voluntaria de la familia, anticonceptivos y servicios a otros 120 millones de mujeres y niñas de los países más pobres del mundo.

736. En la esfera de la migración internacional, los organismos de las Naciones Unidas y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) colaboran y coordinan la actividad en el Grupo Mundial sobre Migración con el fin de promover una aplicación más amplia de todos los instrumentos y normas internacionales y regionales pertinentes en materia de migración, y de alentar la aplicación de enfoques más coherentes, amplios y coordinados al tema de la migración internacional.

737. El Consorcio de Estadísticas para el Desarrollo en el Siglo XXI (PARIS21) fue fundado en 1999 por la Unión Europea, el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE, el FMI y el Banco Mundial, como respuesta a la necesidad observada de abordar la reducción de la pobreza y la mejora de la gobernanza en los países en desarrollo promoviendo la integración de estadísticas y datos fidedignos en los procesos de toma de decisiones. En su plan más reciente, aprobado en Busan (República de Corea) en 2011, PARIS21 adoptó un enfoque a escala del sector respecto al desarrollo de la capacidad para integrar las actividades nacionales en

materia de estadística y las necesidades en el ámbito de la planificación, la presupuestación y la supervisión, así como de los resultados, y reconoció las importantes sinergias existentes entre los datos basados en el censo y las encuestas, los datos administrativos y las estadísticas sobre el estado civil. En el Plan de Acción de Busan para las estadísticas también se apoya de forma explícita una mayor transparencia y se alienta el uso de nuevos métodos y tecnologías para que las estadísticas sean más fiables y accesibles. En el documento se reconocen expresamente las actividades estadísticas necesarias para apoyar los principales compromisos mundiales, por ejemplo, en iniciativas como la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

738. La coordinación y las asociaciones son esenciales para afrontar los complejos retos del desarrollo sostenible en un mundo cada vez más globalizado. Tales asociaciones también son prometedoras en lo que respecta a la existencia de una responsabilidad pública amplia, dado que las iniciativas y los mecanismos no son patrimonio de un grupo particular de gobiernos, fundaciones o funcionarios internacionales, y como garantía de que los escasos fondos destinados al desarrollo no se desperdiciarán debido a la fragmentación o la duplicación de las iniciativas.

E. Corrientes de recursos financieros

739. Según los resultados de la encuesta mundial, el 88,8% de los países indicaron que habían asignado recursos al “monitoreo de tendencias de población y la elaboración de proyecciones/escenarios poblacionales” durante los cinco años anteriores, cifra que ascendió al 100% en los países europeos. Más del 86% de los países informaron de que disponían de recursos destinados a estudiar los “vínculos entre población y pobreza”.

1. Asistencia de los donantes a determinados componentes del Programa de Acción

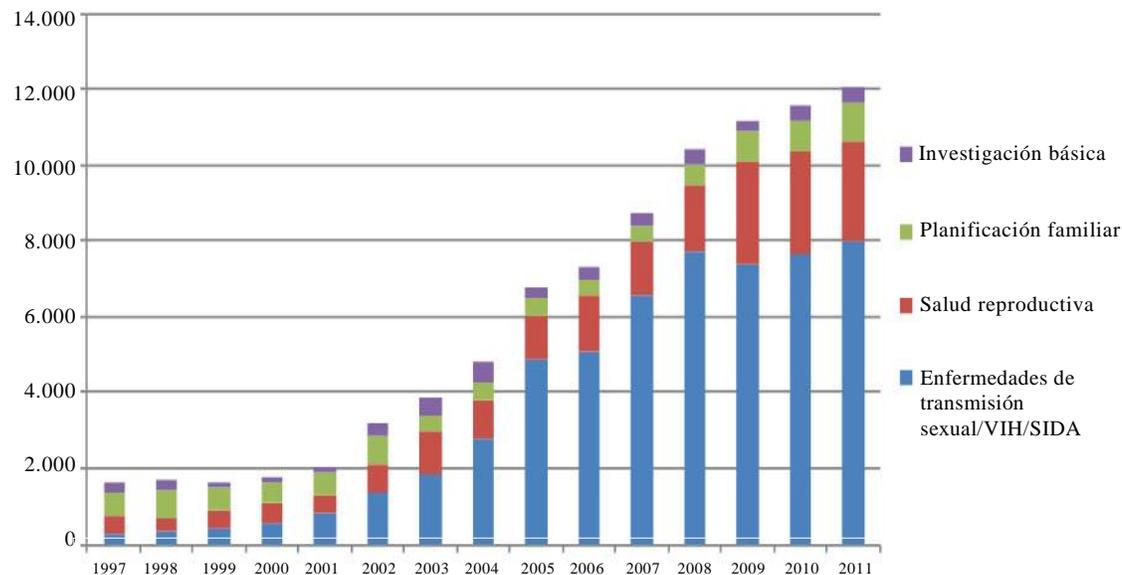
740. Cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la comunidad internacional acordó que se necesitarían 17.000 millones de dólares de los Estados Unidos en 2000, 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015 para financiar cuatro programas básicos en el ámbito de la población y el desarrollo, a saber, planificación familiar; salud reproductiva básica; prevención de las enfermedades transmitidas por vía sexual, entre ellas, el VIH/SIDA; y programas que abordan la recopilación, el análisis y la divulgación de datos sobre la población. Los propios países en desarrollo movilizarían dos tercios de la suma necesaria, y la comunidad internacional proporcionaría un tercio, es decir, 5.700 millones de dólares de los Estados Unidos en 2000, 6.100 millones de dólares en 2005, 6.800 millones de dólares en 2010, y 7.200 millones de dólares en 2015.

741. Se ha mantenido a lo largo del tiempo el seguimiento habitual de la financiación de los componentes del Programa de Acción relacionados con la salud sexual y reproductiva, que muestra un acusado aumento a partir de 2004 de la asistencia de los donantes destinada a las actividades relacionadas con el VIH y el SIDA. La mayor parte de la asistencia en materia de población, un 66% en 2011, se destinó a actividades relacionadas con la prevención de las infecciones transmitidas por vía sexual, el VIH y el SIDA, y se asignó en su mayoría al VIH/SIDA (véase el

gráfico 55). En total, el 8% de la asistencia destinada a la población se invirtió en servicios de planificación familiar, el 22% en servicios básicos de salud reproductiva, y un 4% en investigación básica, datos y análisis normativos en materia de población y desarrollo.

Gráfico 55
Gasto de los donantes en cuatro componentes del Programa de Acción, 1997 a 2011

(En millones de dólares de los Estados Unidos)



Fuente: UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (Nueva York, 2013) y base de datos del proyecto sobre las corrientes de recursos.

742. La financiación destinada a los cuatro aspectos ha aumentado en términos de su valor absoluto en dólares, pero las actividades relativas al VIH/SIDA experimentaron un aumento que supera en 27 veces la financiación asignada a este componente en 1997. Las corrientes financieras dirigidas a las actividades de salud reproductiva también crecieron, aunque de forma menos espectacular. El monto de dinero destinado a la salud reproductiva representó el 22% del total de la asistencia para esta actividad en 2011. África Subsahariana, zona que acoge la mayoría de los países menos avanzados receptores de asistencia, ha recibido la mayor suma, con unos dos tercios de la asistencia destinada por este concepto a las cinco regiones geográficas⁵¹⁷, lo que ilustra el elevado nivel de las necesidades de la región en todas las dimensiones de la salud sexual y reproductiva, y en particular en lo relativo al VIH y el SIDA.

743. Aunque la financiación destinada a las actividades en el ámbito de la población ha ido al alza, no ha ido cubriendo las necesidades de los países en desarrollo. Con el fin de asegurar la financiación suficiente a la aplicación de estos componentes del Programa de Acción (párr. 13.14), en 2009 el UNFPA examinó las estimaciones para

⁵¹⁷ UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (Nueva York, 2013).

los cuatro componentes y las revisó con arreglo a las necesidades y los costos vigentes. La estimación revisada de los cuatro componentes ascendió en total a 64.700 millones de dólares para 2010, suma que se esperaba que aumentara a 69.800 millones de dólares en 2015⁵¹⁸. Estas estimaciones revisadas son muy superiores a los objetivos originales acordados en 1994, ya que tienen en cuenta las necesidades y los costos vigentes, e incorporan actividades como el tratamiento y la atención del SIDA, y la detección y tratamiento del cáncer reproductivo, que no formaban parte del gasto presupuestado originalmente. Los costos revisados se consideran las estimaciones mínimas de los fondos necesarios para financiar intervenciones que cubran las crecientes necesidades en los cuatro componentes. En la actualidad, tal vez estén justificadas nuevas revisiones sobre la base del examen operativo.

744. La supervisión sistemática de la asistencia de los donantes destinada a la aplicación del Programa de Acción no se ha llevado a cabo de manera que abarcara la totalidad de sus objetivos y acciones de amplio alcance, por ejemplo, los derechos humanos, la violencia, la protección social de los migrantes y la investigación sobre el cambio climático, entre otros temas; en todo caso, elaborar estimaciones para cada actividad resultaría complicado, dado que probablemente abarcarían numerosos sectores del desarrollo.

2. Asistencia bilateral

745. Los países donantes del CAD de la OCDE han desempeñado una función clave para apoyar la aplicación del Programa de Acción en todo el mundo complementando los recursos nacionales, en particular, los destinados a la salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo, y la planificación familiar, la maternidad en condiciones de seguridad y el VIH/SIDA han sido los tres principales ámbitos de financiación. No obstante, la financiación con arreglo a lo acordado en la Conferencia Internacional no basta para hacer frente a las necesidades nacionales y regionales. En especial, la información y los servicios de planificación familiar han bajado muchos puestos en el programa de la política pública, la financiación destinada a la supervisión de las enfermedades de transmisión sexual resulta ostensiblemente insuficiente, y los sistemas primarios de atención a la salud requieren una inversión sustancial, por mencionar tan solo unas cuantas de las carencias detectadas en este examen operativo.

746. La naturaleza de las estructuras de apoyo y financiación de los donantes no siempre ha estado orientada a afianzar una prestación de servicios integrada y completa. Los programas y las estructuras institucionales existentes de planificación familiar y salud materna e infantil siguen gozando de un sólido compromiso por parte de los donantes, que a menudo las han sustentado y desarrollado durante muchos años. En estos programas, no obstante, sigue habiendo una falta de responsabilidad vertical, lo que tiende a perpetuar las corrientes de financiación, la gestión, los servicios públicos, la logística, la presentación de informes, etc., confinados a un programa concreto. Este tipo de financiación fragmentada y de orientación vertical contraviene los objetivos normativos declarados por los

⁵¹⁸ Informe del Secretario General sobre la corriente de recursos financieros destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (E/CN.9/2009/5). UNFPA, *Revised Cost Estimates for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Methodological Report* (Nueva York, 2009).

donantes y los gobiernos de prestar servicios integrados y reforzar la capacidad y el crecimiento a largo plazo del sector de la salud, conforme a lo acordado en el Programa de Acción. Pese a todas las buenas intenciones, este tipo de enfoque vertical tal vez se haya agudizado mediante el establecimiento de mecanismos de financiación verticales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2000).

3. Gastos internos

747. Los recursos financieros generados en el plano nacional, a saber, los pagos en efectivo realizados por el gobierno, las ONG nacionales y el sector privado, representan la mayoría de la financiación de los componentes presupuestados del Programa de Acción. Aunque es mucho más difícil de medir, se estima que los países en desarrollo y los países en transición movilizaron 54.700 millones de dólares para actividades de población en 2011, lo que constituye la cifra máxima hasta la fecha. El considerable aumento respecto a años anteriores se debe en parte a los cuantiosos gastos en planificación familiar registrados en China, pero es posible que las cifras más recientes no se presten plenamente a la comparación con las pasadas estimaciones debido a la incorporación de nuevos datos sobre gastos en efectivo de la OMS (véase el cuadro 6)⁵¹⁶.

Cuadro 6

Estimaciones del gasto interno a nivel mundial correspondiente a los cuatro componentes del Plan de Acción, 2011

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

Región	Fuente de financiación				Porcentaje invertido en enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA
	Gobierno	ONG	Consumidores ^a	Total	
África (Subsahariana)	3 244 374	119 916	3 567 490	6 931 780	95
Asia y el Pacífico	11 249 700	157 910	27 944 254	39 351 864	10
América Latina y el Caribe	2 190 262	80 799	1 133 654	3 404 715	85
Asia Occidental y África Septentrional	542 511	60 014	349 920	952 445	36
Europa Oriental y Meridional	2 669 365	16 025	1 374 723	4 060 113	96
Total	19 896 212	434 664	34 370 040	54 700 916	32

Fuente: UNFPA, *Financial Resource Flows for Population Activities in 2011* (Nueva York, 2013). Véase también Erik Beekink, *Projections of Funds for Population and AIDS Activities, 2011-2013* (La Haya, Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos, 2013).

^a El gasto del consumidor en actividades de población solo cubre los gastos en efectivo y se basa en la cantidad media por región calibrada por la OMS para el gasto en salud en general. En cada región, se utilizó la proporción de gastos en efectivo efectuados por particulares respecto al gasto *per capita* del gobierno para calcular el gasto del consumidor en el caso de las actividades de población.

748. Los países en desarrollo en su conjunto están financiando actualmente más de las tres cuartas partes del gasto de la partida de población presupuestado para el Plan de Acción. Sin embargo, la mayoría de las corrientes de recursos internas

proceden de un pequeño número de grandes países en desarrollo. La mayoría de los países en desarrollo disponen de recursos financieros limitados para invertir en programas de población y salud reproductiva y no pueden generar las sumas necesarias para ejecutar esos programas, por lo que dependen, en gran medida, de la asistencia de los donantes. Además, el consumidor privado de los países en desarrollo representa más de la mitad de los recursos nacionales mediante los pagos en efectivo. Este hecho tiene importantes implicaciones en cuanto al acceso, la prestación de servicios a la población más marginada y el lento avance para lograr los objetivos. También tiene importantes implicaciones para las iniciativas normativas encaminadas a reducir la pobreza y la desigualdad de ingresos en el mundo en desarrollo⁵¹⁷.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 30

Corrientes de recursos

Otros documentos negociados a nivel intergubernamental. El Consenso de Monterrey de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo plasma el compromiso con la cooperación internacional para el desarrollo. En el Consenso se afirma que “la buena gestión de los asuntos públicos es indispensable para un desarrollo sostenible. La aplicación de políticas económicas racionales, la existencia de instituciones democráticas sólidas que sepan responder a las necesidades de la población y el mejoramiento de la infraestructura constituyen la base de un crecimiento económico sostenido, de la eliminación de la pobreza y la creación de puestos de trabajo. La libertad, la paz y la seguridad, la estabilidad interna, el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo, y el estado de derecho, la igualdad entre los géneros, las políticas con orientación de mercado y el compromiso general de crear sociedades justas y democráticas son también condiciones esenciales que se refuerzan mutuamente”.

F. Marco de supervisión después de 2014

749. En las dos décadas transcurridas desde 1994 se han multiplicado las iniciativas para calibrar la evolución de los sistemas de protección de los derechos humanos, elaborar nuevos indicadores sobre la igualdad de género y el empoderamiento, evaluar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y definir los indicadores nacionales y mundiales de desarrollo humano, como los preparados para medir el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de esas iniciativas, incluido el proyecto del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, han recibido numerosas críticas, pero tras pruebas y evaluaciones, dichas iniciativas sientan las bases para la supervisión de los objetivos acordados para después de 2014.

750. El marco de supervisión después de 2014 sentará las bases para la presentación de informes nacionales y globales sobre el progreso que permitan mejorar el examen y la evaluación de la ejecución del Programa de Acción realizados por la Asamblea General, el Consejo Económico y Social y la Comisión de Población y Desarrollo. Tanto la ficha de control mundial como el informe mundial ofrecerán asimismo

aportaciones fácilmente accesibles para cualquier actividad de seguimiento con arreglo al programa para el desarrollo después de 2015. La actividad de presentación de informes sobre los compromisos relacionados con el Programa de Acción realizada en los órganos creados en virtud de tratados o en los organismos intergubernamentales de las Naciones Unidas, de forma separada o independiente, se incorporará más fácilmente a los procesos de la Comisión de Población y Desarrollo.

G. Gobernanza y responsabilidad: principales ámbitos de acción

1. Los datos sobre las dinámicas de la población revisten una importancia crucial para la planificación del desarrollo.

751. Las dinámicas de la población no se deben considerar abstracciones numéricas, sino datos fundamentales sobre la experiencia humana que revelan, entre otras cosas, el modo en que las características de la población afectan al potencial de desarrollo, cómo se relaciona con el medio ambiente, dónde vive o a dónde se traslada, y si se encuentra bien o vive con temor e inseguridad, así como las salvaguardias sociales y los servicios públicos que pudieran ser necesarios. Hoy en día las dinámicas de la población ponen de manifiesto las acusadas discrepancias y variadas tendencias del mundo en materia demográfica: el creciente número de personas mayores en todo el mundo, proceso más avanzado en Europa y partes de América Latina y Asia; la juventud de la población y el mantenimiento de la elevada fertilidad en África; y el cambio en la naturaleza de los hogares en muchas regiones, con un aumento en la proporción de hogares unipersonales y monoparentales. La capacidad para supervisar y proyectar las dinámicas de la población debe ser una inversión esencial para el desarrollo, que contribuya a determinar dónde y cuándo es más conveniente que se inviertan los recursos destinados al desarrollo y se fomente la dignidad y los derechos humanos.

2. Necesidad de que se refuercen los sectores del conocimiento.

752. En el examen operativo se destacaron notables carencias de los sectores del conocimiento nacionales en materia de población y desarrollo, como las incoherencias del registro civil y los censos, el limitado uso de las innovaciones, y, de forma especial, la escasa capacidad generalizada para utilizar los datos en la planificación, la ejecución, la supervisión, y la evaluación del desarrollo. Existe una necesidad acuciante de reforzar la capacidad en el ámbito de la demografía, la salud pública y los derechos humanos, así como de la economía y las ciencias sociales relacionadas, y de mejorar los vínculos productivos entre los investigadores, los encargados de la planificación del desarrollo y los ministerios competentes en la materia, lo que permitirá que los datos generados a escala nacional favorezcan una gobernanza impulsada por el conocimiento.

753. Hay que fomentar la iniciativa en la planificación general del sector del conocimiento, entre otras cosas, en lo tocante a la asignación de los recursos y las inversiones en recursos humanos. Entre las necesidades urgentes figuran mejorar la calidad y la cantidad de los recursos humanos; integrar nuevos métodos y tecnologías; reforzar el registro civil y otras fuentes de datos administrativos, así como las estadísticas sobre migración; divulgar los datos y democratizar su uso, y lograr que los datos sobre la población se tengan en cuenta en las decisiones normativas. Hay que pasar de la dependencia de los datos de las encuestas a un uso

equilibrado de todas las fuentes de datos pertinentes, entre ellas, el registro civil y otras fuentes de datos administrativos.

3. Una participación más sistemática e inclusiva.

754. Aunque la obligación primordial de garantizar los derechos humanos sigue incumbiendo a los Estados, cada vez se reconoce de manera más amplia que lograr la buena gobernanza y el desarrollo es responsabilidad de una gran variedad de agentes no estatales. Por tanto, promover condiciones favorables a la participación libre e inclusiva de todos los interesados, a saber, los gobiernos, los parlamentarios, la sociedad civil y otras partes, en representación de una amplia variedad de opiniones, intereses y aptitudes, según se reconoció en el Programa de Acción, sigue constituyendo una prioridad. Se han introducido mejoras e innovaciones, pero se deben redoblar los esfuerzos para subsanar las incoherencias y fomentar la participación inclusiva y transparente de todos los grupos clave de la población en las decisiones que les afectan, entre otros, de los adolescentes y los jóvenes, las personas con discapacidad, las personas mayores y los pueblos indígenas.

4. Hay que mejorar los sistemas de rendición de cuentas en relación con los programas nacionales y mundiales, y con la incipiente complejidad de las alianzas para el desarrollo.

755. Los sistemas de rendición de cuentas, como pilar de la buena gobernanza, sientan las bases para conseguir los objetivos del desarrollo basado en derechos, para garantizar que el público y todos los responsables de la toma de decisiones tengan acceso a datos y conocimientos de calidad, y para crear entornos propicios que permitan una participación representativa y bien fundada de la sociedad civil a fin de exigir responsabilidades a los gobiernos y a otras partes interesadas esenciales. La legislación nacional e internacional, las prácticas administrativas y los sistemas de protección son necesarios para garantizar la igualdad de acceso a los programas y servicios, prevenir los abusos, subsanar las deficiencias y los fallos del sistema, y ofrecer vías de recurso y reparaciones. Los mecanismos de examen y supervisión, como los sistemas nacionales de protección de los derechos humanos, los tribunales, los organismos de revisión administrativa, los parlamentos y los foros de participación ciudadana, son cruciales en este proceso. Otro aspecto igualmente importante es que la cooperación efectiva en el ámbito internacional, multilateral, regional, Sur-Sur y triangular se sustente en los principios de identificación nacional, coherencia en todo el sistema, transparencia y rendición de cuentas, para asegurar que la asistencia al desarrollo y las nuevas alianzas mundiales aprovechen el potencial para el desarrollo, en lugar de aumentar la fragmentación y la duplicación de las iniciativas.

VI. Sostenibilidad

“El derecho al desarrollo debe ejercerse de manera que se satisfagan equitativamente las necesidades ambientales, de desarrollo y demográficas de las generaciones presentes y futuras.”

(Programa de Acción, principio 3)

“El objetivo es mejorar la calidad de vida de toda la población mediante políticas adecuadas de población y desarrollo y programas encaminados a lograr la erradicación de la pobreza, el desarrollo económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible y modalidades sostenibles de consumo y producción, aprovechamiento de los recursos humanos y la garantía de todos los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo como derecho universal e inalienable y parte integrante de los derechos humanos fundamentales.”

(Programa de Acción, párr. 3.16)

“Modificar las modalidades de consumo y producción insostenibles adoptando medidas económicas, legislativas y administrativas, según proceda, encaminadas a fomentar una utilización sostenible de los recursos y a impedir la degradación del medio ambiente”

(Programa de Acción, párr. 3.29 d))

756. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada tan solo dos años después de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Cumbre para la Tierra), se apreció la profunda influencia del objetivo del “desarrollo sostenible”. En los 20 años transcurridos desde entonces, la atención prestada al desarrollo sostenible no ha hecho más que aumentar, especialmente ahora que el mundo está definiendo la nueva agenda para el desarrollo mundial. El examen operacional determinó las metas que quedaban por cumplir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el contexto de un nuevo entorno del desarrollo que debe responder a la necesidad de conciliar niveles de consumo cada vez más altos, las amenazas al medio ambiente y la creciente desigualdad de riqueza y de ingresos, al tiempo que se ve condicionado por esa necesidad. El hecho de que los pobres sean los más afectados por los problemas ambientales y de que el modelo acostumbrado para mejorar el nivel de vida, crear nuevas oportunidades y garantizar la dignidad y los derechos humanos sea intrínsecamente desigual y resulte insostenible es uno de los mayores dilemas éticos de la historia de la humanidad. Ante esta difícil situación, el mensaje esencial de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo —de que el compromiso inquebrantable con la dignidad de las personas y los derechos humanos es la base de un futuro resiliente y sostenible— puede definir una serie de vías para resolver este dilema y lograr el desarrollo sostenible para todos.

A. Heterogeneidad de las dinámicas demográficas

757. El rápido crecimiento demográfico registrado en el siglo XX dio lugar a la gran difusión de inquietudes sumamente politizadas con respecto a la superpoblación y la posibilidad de que el mundo no pudiera generar alimentos u

otros recursos esenciales suficientes para sustentar a toda la población⁵¹⁹. Decenios de políticas de población y desarrollo que daban prioridad al control demográfico sin tener en cuenta las aspiraciones reproductivas de los ciudadanos, su salud o la salud de sus hijos generaron la acuciante necesidad de la plataforma en favor de los derechos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Programa de Acción fue el fruto del extraordinario consenso entre distintos países de que ampliar el acceso a la salud y la educación y promover un mayor reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, incluidos su salud y sus derechos reproductivos, resultaría más eficaz que las medidas de control de la natalidad para conseguir, a la larga, un futuro socioeconómico mejor y ralentizar el crecimiento demográfico. Los datos de que se dispone en 2014 corroboran rotundamente lo certero que fue ese consenso.

758. Cuando en 1994 se celebró la Conferencia Internacional, la población mundial era de unos 5.700 millones de personas. Actualmente, supera los 7.100 millones de personas y aumenta a un ritmo de unos 82 millones de personas al año. Sin embargo, en estos dos decenios se ha producido un descenso continuo de la tasa de crecimiento demográfico mundial anual, que ha pasado del 1,52% en el quinquenio de 1990 a 1995 al 1,15% en el quinquenio de 2010 a 2015. También han descendido las tasas de crecimiento demográfico anuales en los países en desarrollo, de un promedio del 1,8% en el quinquenio de 1990 a 1995 al 1,3% en el quinquenio de 2010 a 2015.

759. La población de África es la que está creciendo más rápidamente, a un ritmo estimado del 2,3% al año durante el quinquenio de 2010 a 2015; es decir, más del doble de rápido que la de Asia (1,0% al año). No obstante, en 2011 el 60% de la población mundial vivía en Asia y solo el 15% en África. La población actual de Asia es de 4.200 millones de personas, mientras que la población de África no superó los 1.000 millones de personas hasta 2009. La población de todas las demás grandes regiones juntas (América, Europa y Oceanía) era de 1.700 millones de personas en 2011⁵²⁰.

760. Las tendencias demográficas mundiales y regionales enmascaran una considerable y creciente heterogeneidad de experiencias demográficas en todo el mundo. La transición demográfica asociada al descenso de los niveles de fecundidad y mortalidad, junto con la transición urbana que ha desplazado la actividad humana de las zonas rurales a las zonas urbanas, ha ocasionado cambios sin precedentes en cuanto al tamaño de la población, su estructura por edades y su distribución espacial.

761. Al comparar los quinquenios de 1990 a 1995 y de 2010 a 2015 se observa que, si bien las tasas globales de fecundidad mundiales descendieron un 16%⁵²¹, hay notables diferencias en las tasas de fecundidad entre los países y regiones y dentro de ellos⁵¹⁹. Los países desarrollados y algunos países de medianos ingresos presentan actualmente tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (es decir, que las mujeres no tienen hijos suficientes para asegurar que, como promedio, cada mujer es reemplazada por una hija que sobrevive hasta la edad de procreación), con el consiguiente descenso de las tasas de crecimiento demográfico y, en algunos

⁵¹⁹ P. R. Ehrlich, *The Population Bomb* (Nueva York, Ballantine Books, 1968).

⁵²⁰ *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 336).

⁵²¹ Las estimaciones correspondientes a los quinquenios que se indican en este párrafo difieren de las estimaciones puntuales presentadas en la introducción; de ahí la diferencia en el descenso de la fecundidad.

casos, del tamaño de la población. Presentan tasas de fecundidad bajas todos los países de Europa, 23 de los 51 países de Asia, 18 de los 38 países de América, 2 países de África y 1 de Oceanía⁵¹⁹.

762. Se prevé que en el quinquenio de 2010 a 2015 las tasas globales de fecundidad seguirán siendo altas, de cuatro o más hijos por mujer, en 45 países en desarrollo y que en 18 de ellos la fecundidad global será de cinco o más hijos por mujer. En su mayor parte, los países con una fecundidad alta están concentrados en África (38 de los 57 países del continente tienen tasas de fecundidad altas), aunque hay cinco en Asia y dos en Oceanía⁵¹⁹.

763. Al descender la fecundidad, baja también la relación de dependencia infantil-juvenil, de manera que la población tendrá, en términos relativos, más personas en edad de trabajar (15 a 59 años) y menos población dependiente en edad inactiva. En los países desarrollados, la proporción de población en edad de trabajar fue en continuo aumento de 1990 a 2005, pasando del 61,8% al 62,9%. Desde entonces, la proporción ha ido bajando y en 2010 estaba al mismo nivel que en 1990. En los países en desarrollo, la proporción de población en edad de trabajar aumentó considerablemente de 1990 a 2010, del 56,8% al 62,4%, y, según las proyecciones, habrá descendido al 58,4% en 2050. En los países menos desarrollados, se prevé que la proporción de población en edad de trabajar aumente del 53,8% en 2010 al 59,8% en 2050, para luego descender⁵¹⁹.

764. La diversidad en cuanto al nivel de fecundidad es indicativa de una mayor variedad de trayectorias demográficas entre países. Los países con niveles de fecundidad bajos se ven cada vez más acuciados por la necesidad de hacer frente a las oportunidades y los problemas asociados al envejecimiento de la población, ya que sus ciudadanos viven más y gozan de mejor salud. Los países en que la proporción de jóvenes y de personas en la edad de trabajar va en aumento a causa del reciente declive de la fecundidad pueden sacar provecho de la ventaja demográfica a corto plazo que ello supone en las condiciones socioeconómicas adecuadas. Los países con una fecundidad alta siguen experimentando un rápido crecimiento demográfico, lo que plantea los retos de crear capacidad en materia de educación y de salud y de generar oportunidades de empleo suficientes. A pesar de que la mortalidad ha ido en descenso y las personas viven más en casi todos los países del mundo, hay países en desarrollo que siguen teniendo tasas de morbilidad y de mortalidad inaceptablemente elevadas y una esperanza de vida baja.

765. La migración internacional, que no necesariamente está aumentando en magnitud, se ha diversificado en un mundo interconectado e interdependiente en el que muchos países son al mismo tiempo puntos de origen, destino y tránsito de migrantes. Los diferentes países del mundo se encuentran en fases muy distintas del proceso de urbanización: en Europa y América del Norte la población urbana es estable y aumenta a un ritmo constante, mientras que en Asia y en África el crecimiento urbano es rápido, con el consiguiente descenso de la población rural.

766. El examen operacional ha puesto en evidencia que las dinámicas demográficas afectan al desarrollo y condicionan aspectos críticos de la dignidad, la salud, el lugar y la movilidad. Una mayor heterogeneidad implica que las dinámicas de población corresponden a un contexto específico y dependen de muchos otros aspectos de las diferentes vías de desarrollo por las que transitan los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia las dinámicas de población, y en particular el tamaño y el crecimiento de la población, son manejadas como si fueran indiferenciadas y

globales, sobre todo en las deliberaciones sobre otros fenómenos que sí son de carácter global. El cambio climático, uno de los retos más importantes para la sostenibilidad, es esencialmente global: su trayectoria depende de la intersección de la población y los modelos de crecimiento económico, producción y consumo y exigirá respuestas globales. Por tanto, comprender esta intersección es fundamental para idear vías de desarrollo sostenible.

B. Concausas y peligros del cambio climático

767. El actual paradigma de desarrollo se basa en un modelo socioeconómico que favorece la producción, la acumulación y el consumo de bienes y servicios en cantidades cada vez mayores⁵²². Un mayor consumo es vital para mejorar el bienestar de los pobres pero, cuando el nivel de ingresos es alto, los beneficios de seguir fomentando el consumo no tienen efectos perceptibles en el bienestar⁵²³. Aunque el crecimiento de la población mundial se está ralentizando, los niveles de producción y consumo han aumentado y cabe prever que se acelerarán mientras los recursos naturales puedan sostenerlos. Entre 1820 y 2008, el producto interno bruto (PIB) mundial se multiplicó por 73, mientras que la población mundial solo se septuplicó⁵²⁴. El consumo medio *per capita* casi se triplicó entre 1960 y 2006⁵²⁵. Estas mejoras económicas han permitido salir de la pobreza extrema a cientos de millones de personas, especialmente las grandes mejoras conseguidas en los últimos dos decenios. Entre 1990 y 2008, el número de personas que viven con menos de 1,25 dólares al día bajó de más de 2.000 millones a menos de 1.400 millones al tiempo que la población mundial aumentaba en casi 1.500 millones de personas, cifras que ponen de relieve lo mucho que se ha progresado y, a la vez, la enorme cantidad de personas que se quedan relegadas⁵²⁶.

768. El progreso económico se ha hecho a costa del medio ambiente. Los riesgos de hacer caso omiso de los límites ambientales globales del planeta en pos de niveles de producción y consumo cada vez mayores están aumentando de forma

⁵²² T. Veblen, *The Theory of the Leisure Class: An Economic Study of Institutions* (Nueva York, Macmillan, 1899; edición de 1915 disponible en línea); N. Georgescu-Roegen, "The entropy law and the economic problem", en *Valuing the Earth: Economics, Ecology and Ethics*, H. E. Daly y K. N. Townsend, eds. (Cambridge, MIT Press, 1993), págs. 75 a 88; N. Georgescu-Roegen, "Energy analysis and economic valuation", *Southern Economic Journal*, vol. 45, núm. 4 (1979), págs. 1023 a 1058; H. E. Daly, *Steady-State Economics*, segunda edición (Washington D.C., Island Press, 1991); N. Stern, *Stern Review on the Economics of Climate Change* (Reino Unido, Ministerio de Economía y Hacienda, 2006); T. Jackson, *Prosperity Without Growth? The Transition to a Sustainable Economy* (Sustainable Development Commission, 2009); Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability* (Nueva York, Norton and Company, 2010); E. Assadourian, "The rise and fall of consumer cultures", en *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (Nueva York, Norton and Company, 2010).

⁵²³ E. Diener y M. E. P. Seligman, "Beyond money: towards an economy of well-being", *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 5, núm. 1 (2004), págs. 1 a 31.

⁵²⁴ A. Maddison, Universidad de Groningen, "Statistics on world population, GDP and per capita GDP, 1-2008 AD", 2010, en www.ggdc.net/maddison/oriindex.htm; y *World Population Prospects: The 2012 Revision* (véase la nota 336).

⁵²⁵ Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*.

⁵²⁶ *Informe de 2012 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (publicación de las Naciones Unidas; núm. de venta: S.12.I.4).

exponencial. Se estima que las actividades antropógenas ya han superado o pronto superarán los umbrales ecológicos de ciclos naturales y sistemas críticos de la Tierra. La biodiversidad, el ciclo del nitrógeno y el cambio climático revisten máxima urgencia, y también suscitan gran inquietud la degradación del suelo y las tierras, la producción excesiva de fósforo, el agotamiento del ozono estratosférico, la acidificación de los océanos, el consumo mundial de agua dulce, los cambios en el uso de la tierra con fines agrícolas y la contaminación química y atmosférica⁵²⁷.

769. El consenso en los círculos científicos hoy en día es que la actividad humana es una de las causas de estas múltiples presiones. En el caso del cambio climático, nuestra huella de carbono es un factor crítico. La concentración de CO₂ y otros gases de efecto invernadero en la atmósfera sigue aumentando —por primera vez en tres millones de años se ha superado la cota de 400 partes por millón⁵²⁸—, lo que dificulta aún más la ardua tarea de mantener el aumento de la temperatura media global por debajo del umbral crítico de 2 grados centígrados por encima de los niveles de la época preindustrial⁵²⁹. Los crecientes niveles de CO₂ y otros gases de efecto invernadero en la atmósfera están causando el aumento de la temperatura global, el cambio climático y la acidificación de los océanos⁵³⁰. El aumento de las temperaturas acelerará el retroceso de los glaciares y del *permafrost*, lo que podría acabar liberando el metano (CH₄) atrapado, que es 30 veces más potente que el CO₂, aunque tiene una semivida mucho más corta. El copioso y creciente uso de combustibles fósiles como fuente de energía, por ejemplo en los edificios y el transporte, constituye la principal fuente de emisiones de gases de efecto invernadero⁵³¹. Cuanto más se tarde en reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, ya sea mediante un mayor uso de las energías renovables o por otros medios, más grave será el trastorno económico que ocasionarán el cambio climático y las medidas para mitigarlo⁵³².

⁵²⁷ PNUMA, *Anuario del PNUMA 2012: Temas emergentes en nuestro medio ambiente mundial* (Nairobi, 2012).

⁵²⁸ Estados Unidos, Departamento de Comercio, Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, Laboratorio de Investigación del Sistema Tierra, División de Vigilancia Global, promedio semanal actualizado de CO₂ en Mauna Loa, en www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html.

⁵²⁹ Instituto de Investigaciones Climáticas de Potsdam para el Banco Mundial, *Turn Down the Heat: Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided* (Washington D.C., Banco Mundial, noviembre de 2012).

⁵³⁰ Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, “Resumen para responsables de políticas”, en *Cambio climático 2013: Bases físicas. Contribución del Grupo de Trabajo I al Quinto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático*, T. F. Stocker y cols., eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2013).

⁵³¹ Si bien las estimaciones varían, los combustibles fósiles siguen utilizándose para cubrir más del 80% de las necesidades energéticas mundiales. Como señala Murphy, los combustibles fósiles son un generoso don con el que la Tierra nos obsequia una única vez; ninguna otra fuente de energía presenta todas las ventajas que ofrecen los combustibles fósiles, pero las reservas de estos combustibles son finitas; véase T. W. Murphy, Jr., “Beyond fossil fuels: assessing energy alternatives”, en *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington D.C., Island Press, 2013); T. Princen, J. P. Manno y P. Martin, “Keep them in the ground: ending the fossil fuel era”, en *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; y V. Smil, *Energy Transitions: History, Requirements, Prospects* (Santa Bárbara, California, Praeger, 2010).

⁵³² Consejo Nacional de Investigaciones, *Hidden Costs of Energy: Unpriced Consequences of Energy Production and Use* (Washington D.C., National Academies Press, 2010); E. Zencey, “Energy as master resource”, en *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*,

770. El cambio climático, y la degradación ambiental en general, pone en peligro los medios de subsistencia y el bienestar de todas las sociedades y todas las personas, pero sus efectos, que son graves y a largo plazo, afectan especialmente a los pobres y los marginados, que, pese a apenas haber contribuido a las emisiones de gases de efecto invernadero, carecen de los recursos y los apoyos sociales necesarios para adaptarse satisfactoriamente a los cambios actuales y futuros⁵³³. Por tanto, el cambio climático obliga a la humanidad a tomar decisiones extremadamente difíciles en la encrucijada del desarrollo, la igualdad y la sostenibilidad. Las negociaciones de las Conferencias de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático han puesto estas cuestiones en primer plano y la falta de progresos hasta la fecha —esto es, la incapacidad del mundo de moderar el aumento de las emisiones y la falta de financiación para prepararnos para los efectos climáticos o mitigarlos— ponen de relieve lo lejos que estamos de las vitales transformaciones que son indispensables para detener el calentamiento del clima.

771. Históricamente se ha recurrido a la tecnología para paliar las limitaciones de los recursos naturales y las repercusiones ambientales mediante la disociación al menos parcial del consumo y la producción del uso de los recursos y la contaminación. El progreso tecnológico puede y debe contribuir a la conciliación del crecimiento económico, el consumo y los recursos ambientales. Si bien hay tecnologías de eficacia probada que se están implantando ampliamente, la innovación para desarrollar nuevas tecnologías cuya eficacia está aún por demostrar será clave para lograr las ambiciosas reducciones de las repercusiones ambientales que se necesitarán en los próximos decenios. A este respecto, es prioritario desarrollar múltiples fuentes de energía renovables y tecnologías de almacenamiento que sustituyan el uso de combustibles fósiles⁵³⁴. También hay muchos problemas técnicos complicados que resolver, como la intermitencia y la variabilidad de la energía eólica y solar, la integración segura de la generación de energías renovables en la red eléctrica existente, las dificultades cada vez mayores para obtener los elementos conocidos como tierras raras que se utilizan en las turbinas eólicas y en los coches eléctricos, así como la escasez de otros recursos más comunes⁵³⁵.

772. Es esencial mejorar la eficiencia energética para contrarrestar la futura escala de implantación de las energías renovables. Ahora bien, una mayor eficiencia puede abaratar la energía y, con ello, incentivar un consumo aún mayor (fenómeno que se conoce como la paradoja de Jevons). Por consiguiente, incluso si el mundo obra la transición a la energía renovable, la conservación de la energía es indispensable para un futuro sostenible.

Worldwatch Institute (Washington D.C., 2013); S. Makhijani y A. Ochs, “Renewable energy’s natural resource impacts”, en *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; C. A. S. Hall, S. Balogh y D. J. R. Murphy, “What is the minimum EROI that a sustainable society must have?”, *Energies*, vol. 2, núm. 1 (2009), págs. 25 a 47; N. Stern, *The Economics of Climate Change: The Stern Review* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006).

⁵³³ C. B. Field y cols., eds., *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation: Special Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Cambridge University Press, 2012).

⁵³⁴ R. Costanza, J. Farley e I. Kubiszewski, “Adapting institutions for life in a full world”, en *State of the World 2010: Transforming Cultures – From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (Nueva York, Norton and Company, 2010).

⁵³⁵ Worldwatch Institute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*

773. Los Estados deben eliminar todos los obstáculos a la sostenibilidad haciendo un mayor uso de la innovación y de tecnologías no contaminantes y deben promover y desarrollar modalidades sostenibles de producción y consumo mediante la investigación y la cooperación técnica entre los países y las regiones, entre otras cosas mediante el intercambio mutuamente acordado de todas las tecnologías pertinentes.

774. Al analizar las cuestiones demográficas y el cambio climático se suele cometer el error de pensar que a mayor población, más emisiones y equiparar una persona con una unidad de consumo. Actualmente, sin embargo, solo 2.500 millones de personas, es decir, poco más de un tercio de la población mundial, tienen perfiles de consumo que contribuyen a las emisiones⁵³⁶. De ellas, menos de 1.000 millones tienen en realidad un efecto significativo en las emisiones y una minoría aún más reducida es responsable de una proporción abrumadora del daño. Los recursos de la Tierra deberían ser compartidos por todos, pero si todos los utilizaran de la misma manera y al mismo ritmo que los países desarrollados, nuestro sistema de apoyo ecológico se habría desmoronado hace mucho tiempo.

775. Si bien la estabilización inmediata de la población sin duda mejoraría la situación a largo plazo, apenas repercutiría en la grave situación ecológica mundial en que nos encontramos. Salvo muy pocas excepciones, los países con mayores niveles de consumo presentan tasas de fecundidad que ya son bajas o están por debajo del nivel de reemplazo, de manera que su crecimiento demográfico se debe a la inmigración neta o a la inercia (en el sentido de que es resultado de los niveles de fecundidad de generaciones anteriores y de la consiguiente cantidad de mujeres en edad reproductiva) y no es susceptible de cambiar significativamente con programas de planificación familiar. De hecho, muchos de estos países están tratando de que aumente la fecundidad de su población.

776. Por su parte, los países con tasas de fecundidad altas suelen estar sumidos en la pobreza y presentar niveles de consumo muy bajos. Los países pobres y su población tienen derecho al desarrollo y a mejorar su nivel de vida, proeza que en el mundo de hoy requiere un mayor crecimiento económico. Según este planteamiento, sus perfiles de consumo aumentarán, como es lógico, y, a no ser que ese aumento se produzca de una manera radicalmente distinta a la de los países ricos, agravará el cambio climático.

777. Otro aspecto importante de la población y el desarrollo al que por lo general no se presta atención es la conexión entre los cambios en la fecundidad y el consumo. A medida que una sociedad se desarrolla, las personas y las familias se ven motivados a reducir su fecundidad por diversas razones complementarias, como son el descenso de la mortalidad infantil y las mayores aspiraciones de consumo. Por su parte, el descenso de la fecundidad está asociado con una mayor renta *per capita* de la unidad familiar y, por ende, con una mayor capacidad de consumo. En consecuencia, si los programas de planificación familiar consiguen reducir la fecundidad, el éxito en la reducción de las emisiones dependerá en gran medida de la magnitud y la naturaleza del consumo y el crecimiento económico.

⁵³⁶ En un análisis realizado por McKinsey and Company, se define a los “consumidores” como a aquellas personas que viven con más 10 dólares al día. Lógicamente, poner el listón tan bajo eleva el número de personas que contribuyen de manera significativa a las emisiones; no obstante, resulta útil para dejar patente el hecho de que los consumidores/generadores de emisiones son en realidad una minoría de la población mundial.

C. Costo de la desigualdad para el logro del desarrollo sostenible

778. Si bien es cierto que el modelo mundial de desarrollo ha sacado a muchos de la pobreza, las desigualdades actuales en cuanto a los ingresos, el nivel de vida y, en términos más generales, las oportunidades siguen siendo la causa de la segmentación económica, social, ambiental y política en un mundo en el que el 8% de la población acumula el 82% de la riqueza, como parte de una tendencia de acusado aumento de la desigualdad de riqueza en los últimos 20 años.

779. Cuando la creciente desigualdad impide el bienestar humano de un gran número de personas, se ven afectados todos los componentes de la sociedad. La desigualdad es una amenaza para la cohesión social, la empatía y la responsabilidad común porque genera y exacerba la segmentación social. Esta segmentación queda patente en el plano político, ya que los recursos económicos condicionan de forma significativa el acceso, la influencia y los resultados políticos, y en el plano social, porque reduce las posibilidades de que personas con distintos niveles de riqueza y de ingresos vivan en los mismos barrios, vayan a las mismas escuelas y tengan la oportunidad de llegar a la empatía y al entendimiento común. También limita la movilidad entre clases y, por consiguiente, la capacidad de la población de salir de la pobreza y acceder a medios de subsistencia más seguros⁵³⁷.

780. Una población en general educada, sana, segura y empoderada es el objetivo del desarrollo y también un factor indispensable para el crecimiento económico inclusivo. Los Estados que promueven activamente las capacidades de su población, ofrecen servicios públicos universales, gobiernan de forma eficaz y eficiente, luchan contra la discriminación y son el resultado de la participación política de toda su población son capaces de generar un desarrollo más equitativo⁵³⁸. Al aumentar la desigualdad, se degradan la capacidad y la voluntad de los gobiernos para proporcionar una sólida base común de capacidades a toda su población; y cuando las personas sufren discriminación por razón de sus ingresos, sexo, origen étnico o raza, discapacidad, orientación sexual e identidad de género u otros factores, se ven gravemente afectadas su salud, su dignidad y su capacidad para elevar al máximo su potencial y sus contribuciones, en gran detrimento de toda la sociedad⁵³⁹.

781. La degradación del medio ambiente solo agrava el alcance y las consecuencias de la desigualdad. Los más pobres sufren la mayor parte de los costos ambientales de los subproductos y los residuos industriales, además de verse sumamente

⁵³⁷ J. S. Hellman y D. Kaufmann, "The inequality of influence", documento de trabajo de la Social Science Research Network, en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=386901; M. Corak, "Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, núm. 3 (2013), págs. 79 a 102; K. Bjorvatn y A. W. Cappelen, "Inequality, segregation and redistribution", *Journal of Public Economics*, vol. 87, núms. 7 y 8 (2003), págs. 1657 a 1679.

⁵³⁸ J. Dreze y A. Sen, *An Uncertain Glory: India and its Contradictions* (Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 2013).

⁵³⁹ Krieger, "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination"; Pascoe y Smart Richman, "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review"; Williams, Neighbors y Jackson, "Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies"; Williams y Mohammed, "Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research" (véase la nota 176).

afectados por el cambio climático. El aumento de la desigualdad hace también peligrar aún más la capacidad del mundo para dar sustento a todos. Para crear riqueza son indispensables los recursos naturales, de manera que desviar una grandísima parte de la riqueza del mundo —y, con ello, sus recursos finitos— a un porcentaje reducido de la población limita la base de recursos que se pueden destinar a la pobreza y a extender el desarrollo basado en los derechos a las generaciones presentes y futuras. Estos problemas ponen de relieve la necesidad de condiciones de vida equitativas para todas las personas a lo largo de su vida y de la justa distribución de los riesgos de la industria y sus consecuencias para la salud.

Avances en materia de derechos humanos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Recuadro 31

Derecho al desarrollo

Documentos de derechos humanos a nivel intergubernamental. El Consejo de Derechos Humanos, reafirmando la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986) y poniendo de relieve la urgente necesidad de hacer del derecho al desarrollo una realidad para todos, aprobó una serie de resoluciones, entre ellas la resolución 21/32 relativa al derecho al desarrollo (2012), en la que el Consejo tomó nota de las actividades del Grupo de Trabajo sobre el Derecho al Desarrollo y el proceso para establecer criterios y subcriterios operacionales para hacer efectivo el derecho al desarrollo.

Otras normas de derecho no vinculantes. En la resolución 17/4 (2011), el Consejo de Derechos Humanos hizo suyos los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos: Puesta en Práctica del Marco de las Naciones Unidas para “Proteger, Respetar y Remediar”, que constituyen normas mundiales para prevenir y reparar los efectos adversos que puedan tener las actividades empresariales en el ejercicio de los derechos humanos.

Prioridades de los gobiernos: interacción entre la población y el desarrollo sostenible

Sostenibilidad social, reducción de la pobreza y derechos	70% de los gobiernos
Sostenibilidad ambiental	52% de los gobiernos
Integración de las dinámicas demográficas en el desarrollo sostenible	43% de los gobiernos
Desarrollo de la infraestructura física	40% de los gobiernos
Salud y educación	35% de los gobiernos

782. Las respuestas de los gobiernos a la encuesta mundial parecen indicar que en general reconocen que la sostenibilidad social y ambiental debe ser uno de los aspectos centrales del desarrollo inclusivo y que el crecimiento económico es el medio para conseguir el bienestar social, y no un indicador de que se ha conseguido.

A la pregunta de a qué cuestiones relacionadas con la población y el desarrollo sostenible prevén que se dará prioridad en las políticas públicas en los próximos cinco a diez años, la cuestión más mencionada fue “la sostenibilidad social, la reducción de la pobreza y los derechos”, que es la prioridad para el 70% de los gobiernos, seguida de la “sostenibilidad ambiental” (52%). Solo el 25% de los gobiernos consideraban prioritario el “crecimiento económico”.

D. Vías de sostenibilidad: la población y el desarrollo después de 2014

783. En las secciones anteriores del presente informe se han valorado progresos notables y se ha destacado el éxito fundamental del paradigma adoptado hace 20 años por los Estados Miembros en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de que la protección de los derechos humanos individuales y el fomento de la igualdad entre los géneros no solo acelerarían el desarrollo inclusivo sino que contribuirían a ralentizar aún más el crecimiento demográfico. Los logros alcanzados desde 1994 han sido sustanciales y han abierto la puerta a nuevas oportunidades para reflexionar sobre los objetivos por cumplir con respecto al desarrollo sostenible después de 2014 y en el marco de la agenda posterior a 2015.

784. En las recomendaciones formuladas en cada una de las secciones anteriores se han explicado los cambios técnicos, institucionales y políticos necesarios para hacer efectivos los derechos humanos, mejorar la salud y ampliar el conocimiento y la participación públicos, garantizar opciones de asentamiento más seguras y asequibles, y generar sistemas de rendición de cuentas más rigurosos. Si bien cada recomendación realizada en este marco puede considerarse por separado, todas guardan relación, se complementan mutuamente y constituyen la base para lograr el desarrollo sostenible, que se resume en las siguientes siete vías de sostenibilidad.

1. Reforzar la igualdad, la dignidad y los derechos

785. En los últimos 20 años, los principios establecidos por los Estados Miembros en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de que todas las personas son “libres e iguales en dignidad y derechos” han regido la labor para extender los sistemas de protección de los derechos humanos y los mecanismos de rendición de cuentas, en particular para hacer efectivos y proteger los derechos reproductivos de las mujeres y de los jóvenes. Al mismo tiempo que podemos celebrar grandes avances, la discriminación y la falta de oportunidades siguen siendo la realidad cotidiana de un gran número de mujeres, niñas, jóvenes, personas de edad, migrantes, personas con discapacidad, personas indígenas y de minorías étnicas y raciales, personas de distinta orientación sexual o identidad de género, personas que viven con el VIH, refugiados, trabajadores sexuales y otras personas.

786. Las violaciones de los derechos humanos cometidas contra las mujeres y las niñas —entre las que se cuentan la violencia por razón de género; prácticas nocivas como el matrimonio en la infancia, el matrimonio a edad temprana y el matrimonio forzado y la mutilación/ablación genital femenina; la desigualdad de acceso de las mujeres y las niñas a la educación; y la desigualdad de acceso de las mujeres al empleo y a los puestos de liderazgo y de adopción de decisiones— constituyen graves amenazas para su dignidad y bienestar y los de sus familias y comunidades y

obstaculizan el logro del desarrollo sostenible inclusivo. Es, por tanto, perentoria la plena realización de la igualdad entre los géneros y del adelanto de la mujer.

787. Por otra parte, los datos examinados en el presente informe ponen de relieve un *corpus* cada vez mayor de investigaciones sociales que sostienen que los estigmas, la discriminación y la violencia y, por tanto, privar a personas de su plena participación en la sociedad, tienen costos evidentes no solo en la salud física y mental de los afectados sino también en su productividad y logros limitados. A fin de asegurar las enormes ventajas que comportan para el desarrollo la creatividad, la innovación, la diligencia y la productividad humanas, se ha de invertir mucho más, ahora y en el futuro, para crear sociedades más justas, no discriminatorias y no violentas.

788. La agenda en materia de población y desarrollo establecida en 1994 sigue teniendo vigencia pese a no haberse cumplido del todo, y la agenda posterior a 2014 debe basarse en la universalidad reconocida de los derechos humanos y la dignidad de todas las personas, de las generaciones actuales y futuras. Es preciso asegurar que los beneficios sectoriales enunciados en el Programa de Acción sean disfrutados por todos para poner fin a la transmisión de la pobreza de generación en generación y crear sociedades cohesionadas, sostenibles y capaces de adaptarse a las circunstancias.

2. Invertir en salud y educación durante toda la vida, especialmente para los jóvenes

789. La necesidad, por principio, de gozar de buena salud y recibir una educación de calidad, incluida una educación sexual integral, debe reafirmarse y tenerse en cuenta en múltiples aspectos de las inversiones públicas y privadas. Una educación deficiente y una mala salud son los factores de riesgo y las manifestaciones más comunes de la pobreza y, además de restringir el crecimiento económico y el bienestar humano, limitan la capacidad de individuos y sociedades de innovar y prosperar en un mundo cambiante. Históricamente no se ha invertido lo suficiente en la educación y la salud de las niñas y las mujeres pese a tratarse de una inversión sumamente rentable para las sociedades, como demuestra su contribución al desarrollo mundial en los últimos 20 años a raíz del mayor nivel de empoderamiento y educación de las mujeres y la realización progresiva de sus derechos reproductivos.

790. Está a punto de incorporarse a la fuerza de trabajo la mayor cohorte demográfica de jóvenes de la historia de la humanidad y su porvenir definirá las trayectorias de desarrollo no solo del África Subsahariana y de Asia Central, donde constituyen una gran proporción de la población, sino de todo el mundo, dado que nuestras economías presentan un grado de interconexión y globalización cada vez mayor. Tenemos ante nosotros la oportunidad de enriquecer la vida de los jóvenes y dotarlos de las capacidades que necesitarán para ampliar sus opciones personales y forjar el futuro innovador y sostenible del planeta.

791. A medida que las sociedades envejecen —fenómeno que está ocurriendo en muchos países en estos momentos y se dará en muchos más en los próximos decenios—, persiste el legado de la subeducación, lo que pone de relieve la necesidad de plantear la educación como un proceso que dura toda la vida. Este planteamiento permitirá a las personas de edad contribuir a la economía, en constante evolución, y, con ello, aportará un segundo dividendo demográfico en

forma de una fuerza de trabajo de cierta edad, bien preparada, experimentada y comprometida.

792. Si bien el presente informe pone de relieve los progresos realizados por muchos países en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y en la mejora del acceso a la escuela y el logro de la paridad de género en la escolarización, muchos de los más desfavorecidos en 1994 han quedado al margen de los éxitos cosechados cuando son quienes más los necesitan. El potencial de los ciudadanos más pobres del mundo, de las zonas tanto urbanas como rurales, sigue sin aprovecharse porque la calidad de las escuelas es deficiente, los sistemas de salud son frágiles y carecen del personal necesario, se desvían fondos públicos con prácticas corruptas y se da prioridad a los beneficios económicos a corto plazo. Las diferencias en el progreso hacia el desarrollo en los últimos 20 años entre los Estados que han reinvertido en las capacidades públicas y los Estados que no han dado prioridad a ese tipo de inversiones ponen de manifiesto lo indispensables que son estas inversiones para el crecimiento económico, la salud pública y el bienestar de la población a largo plazo⁵³⁸.

3. Lograr el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos

793. Para la mayoría de las mujeres del mundo, en particular las jóvenes, la lucha por sus derechos humanos individuales y la libertad para decidir su futuro personal es una lucha histórica que ni mucho menos se ha ganado ya. La medida en que las sociedades han tolerado el uso de la fuerza y la violencia para mantener el control patriarcal sobre las mujeres en los distintos países y en todas las clases sociales es una de las grandes injusticias de la historia de la humanidad. Si se espera que las mujeres contribuyan al enriquecimiento y al progreso de la sociedad, a la innovación y al desarrollo, han de tener la oportunidad de decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo, libres de toda violencia y coacción, con la absoluta confianza de que pueden afrontar el embarazo y el parto sin grave temor de que les vayan a acarrear la muerte o enfermedad o discapacidad alguna y con confianza en las posibilidades de sus hijos de sobrevivir y gozar de buena salud.

794. El matrimonio precoz no constituye una garantía de protección social, conlleva muchos de los riesgos de salud asociados a la maternidad a edad temprana y suele poner fin a la educación de las jóvenes. Posponer el matrimonio y la maternidad precoces concede tiempo a las jóvenes para desarrollar su potencial, salir de su entorno familiar o migrar a otro lugar, incorporarse al mercado laboral y tener ingresos y afrontar el matrimonio y la maternidad con más autonomía y conocimientos. Postergar el matrimonio y la maternidad también salva vidas: las complicaciones del embarazo y del parto son, juntas, la principal causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en los países en desarrollo⁵⁴⁰.

795. No se logrará la igualdad entre los géneros a menos que todas las niñas y mujeres puedan tomar decisiones libres e informadas con respecto al sexo y la reproducción, lo que exige nuevas inversiones para asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y los derechos sexuales y reproductivos para todos. El examen puso de relieve que persisten las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, con las consiguientes deficiencias en la salud

⁵⁴⁰ UNFPA, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (Nueva York, 2010).

sexual y reproductiva de muchas personas, sobre todo en lo referente a la mortalidad y morbilidad de las mujeres pobres durante el embarazo y el parto como consecuencia, entre otras cosas, de abortos practicados en condiciones peligrosas.

796. Para lograr el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y los derechos sexuales y reproductivos para todos es indispensable realizar con urgencia nuevas inversiones que refuercen de manera integrada los sistemas de salud y lleven estos servicios esenciales a donde reside la población. Esta debería ser una dimensión fundamental de toda propuesta de cobertura sanitaria universal. Además, se debe poner remedio a las desigualdades estructurales y otros obstáculos al acceso, incluidos los derivados de estigmas y de la discriminación, para garantizar que se hagan plenamente efectivos la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todos.

4. Garantizar un lugar seguro para vivir y la movilidad

797. La migración es una característica intrínseca de un mundo más y más globalizado, en el que las personas tienen cada vez más información y acceso a otros lugares, dentro y fuera de sus países. Hay lugares en los que la pobreza, la falta de oportunidades o la escasa inversión en las capacidades lleva a la población, en particular a los jóvenes, a migrar a otros puntos del territorio nacional o a otros países para conseguir un mejor sueldo, poder enviar remesas y gozar de más posibilidades de tener una vida mejor. Existe un consenso creciente de que, en el caso de las mujeres jóvenes que viven en entornos sumamente patriarcales, la migración es un intento de adquirir un grado de libertad y autonomía que puede parecer imposible en su lugar de origen.

798. Por tanto, para algunos la migración no es una elección sino una necesidad para la supervivencia personal o de la familia. La migración se da por toda una gama de razones de carácter desde forzoso a voluntario, aunque pocas veces la decisión de migrar es enteramente una cosa o la otra⁵⁴¹. La sostenibilidad con respecto a un lugar seguro para vivir y la movilidad implica poner fin a las migraciones forzosas y respaldar a las personas que quieran trasladarse a otro lugar. Para quienes desean permanecer donde están, supone generar más y mejores medios de subsistencia y crear condiciones sociales de dignidad, igualdad y oportunidad a fin de atenuar las circunstancias que en el Programa de Acción se denominan “factores de expulsión”. No obstante, incluso cuando no se dan factores de expulsión, muchas personas quieren migrar para mejorar su situación social o económica. Para quienes desean migrar, la libertad de movimiento entraña eliminar los obstáculos que afrontan los migrantes o posibles migrantes, reconocer sus contribuciones a la sociedad de destino y a la de origen y proteger a los migrantes y a sus familiares de la discriminación y otras formas de exclusión. Las inversiones en las comunidades de origen y destino han de ir acompañadas de la promoción y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas, independientemente de su situación migratoria, y de la lucha contra todas las formas de discriminación que padecen los migrantes, incluidas la violencia y la explotación de que son víctimas las mujeres y las niñas.

⁵⁴¹ G. Hugo, “Environmental concerns and international migration”, *International Migration Review*, vol. 30, núm. 1 (1996), págs. 105 a 131.

799. Si bien algunos migrantes internos e internacionales llegan a conseguir sus objetivos, hay personas que no pueden abandonar su lugar de origen pues carecen de la libertad o los recursos para trasladarse y viven en condiciones de suma inseguridad, pobreza extrema y vulnerabilidad. Hay quienes han perdido su casa y sus tierras y no tienen donde vivir y quienes se han visto obligados a desplazarse dentro de su propio país o trasladarse a otro como consecuencia de un conflicto. Todas las personas, sean migrantes internos, migrantes internacionales, personas sin hogar, desplazados internos o refugiados, deben tener acceso a la educación, la atención sanitaria y la protección social, y se ha de garantizar su seguridad y protección y promover su integración social.

5. Crear ciudades sostenibles e inclusivas

800. Las ciudades y otros núcleos de población urbanos del mundo crecen actualmente a un ritmo de más de 1,3 millones de personas a la semana, de modo que la planificación urbana y la creación de ciudades sostenibles ha de ser una prioridad para los países en plena transición urbana. Las ciudades que experimentan un crecimiento demográfico, están conectadas con las zonas rurales circundantes y prestan servicios a los pobres son una pieza clave del desarrollo sostenible y del desarrollo efectivo de las zonas rurales.

801. Los resultados ambientales futuros dependen en gran medida de las decisiones que se toman con respecto a la localización y los modelos de asentamiento y crecimiento urbano. Las ciudades presentan considerables ventajas potenciales en cuanto a la conciliación de las realidades económicas y demográficas del siglo XXI con las exigencias de la sostenibilidad y la adaptación a los efectos del cambio climático. Existe un amplio consenso de que, dejando al margen los ingresos, la concentración urbana es más eficiente en lo que a los recursos se refiere y, por sus ventajas de escala, permite un uso más sostenible de la tierra. Además, la protección de la biodiversidad y de los ecosistemas naturales, incluida la conservación de los bosques naturales, depende de la absorción de población en zonas densamente pobladas. Una planificación urbana proactiva en función del medio ambiente que abogue por una mayor eficiencia energética, sobre todo en los sectores del transporte y de la vivienda, podría transformar a las ciudades en un componente vital de la solución al cambio climático y otros problemas ambientales⁵⁴². Por consiguiente, el hecho de que el mundo esté sumido en un drástico proceso de urbanización, en particular en África y Asia, donde se concentrará gran parte del crecimiento demográfico mundial, constituye una oportunidad inmejorable para la sostenibilidad si se adoptan las políticas adecuadas.

802. Esas políticas han de conjugar los objetivos de hacer un uso eficiente de los recursos y minimizar el impacto ambiental con el de cerciorarse de que las ciudades estén diseñadas de manera que favorezcan y hagan efectivos la dignidad y los derechos humanos de los pobres y los marginados y les concedan oportunidades, tanto en la ciudad como fuera de ella. El establecimiento de sólidos lazos entre las ciudades y las zonas rurales que faciliten el acceso a la ciudad y la circulación de personas y recursos puede estimular los mercados, mejorar el acceso a los servicios y crear oportunidades. A medida que la población se traslada a las ciudades, para garantizar que todos tengan un lugar seguro para vivir es crucial velar por que haya

⁵⁴² *World Economic and Social Survey 2013: Sustainable Development Challenges* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.13.II.C.1).

suficientes viviendas a un precio asequible, dado que la tendencia de crecimiento y densificación urbanos hace subir los precios y acrecienta el riesgo de exclusión de los pobres. Los “desalojos generados por el desarrollo”⁵⁴³ son una de las causas más comunes de desplazamiento de los pobres urbanos: a menudo se presentan como un servicio al bien común cuando en la práctica violan los derechos humanos de los pobres y menoscaban su dignidad y sus oportunidades. En la Cumbre Mundial 2005, los dirigentes mundiales se comprometieron a prevenir y mejorar los barrios marginales con el fin de eliminar las extendidas prácticas de eliminación y desalojo de los barrios marginales. Los sistemas de justicia han de tener la autoridad necesaria para hacer cumplir estos compromisos y proteger la seguridad de tenencia de la tierra, especialmente en lo que respecta a las mujeres, a quienes a menudo se les niega el derecho a la herencia, y en lo que respecta tanto a las mujeres como a los grupos indígenas, a quienes a menudo se les niega en la práctica —cuando no en la legislación— el derecho a la propiedad.

803. La participación general en la gobernanza urbana puede contribuir a asegurar que las políticas urbanas tengan en cuenta las necesidades de los más vulnerables. Tal participación se ha de institucionalizar, por ejemplo por medio de presupuestos especiales y de la inclusión oficial de las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades marginadas, lo que puede ayudar a evitar que las élites se apoderen de los sistemas de gobernanza y a poner en práctica la gobernanza por todos y para todos.

6. Cambiar las modalidades de consumo

804. Es preciso un cambio drástico de las modalidades de consumo para frenar el derroche frenético de los recursos naturales y reorientar las aspiraciones en materia de desarrollo para dar prioridad a lograr la dignidad para todos y mejorar las perspectivas de dignidad humana de las generaciones futuras. De no producirse cambios notorios en las conductas de consumo y las aspiraciones materiales, en particular entre quienes conforman la cúspide de la curva de consumo, responsables de gran parte del derroche de los recursos, las innovaciones tecnológicas y las mejoras en las prácticas empresariales y de transporte no harán sino postergar los desastres inminentes.

805. El cambio en el consumo comienza en la sociedad. Las principales contribuciones al consumo —nuestros medios de transporte, nuestras opciones de vivienda y nuestros servicios públicos— están determinadas en gran medida por la organización y la infraestructura pública de las sociedades en que vivimos. Habida cuenta de ello, uno de los medios de cambio más reconocidos, eficaces y justos que los gobiernos pueden poner en práctica para aumentar la eficiencia y garantizar que

⁵⁴³ Desalojos que con frecuencia se planifican y se llevan a cabo so pretexto de servir al “bien común”, como, por ejemplo, los desalojos vinculados a los proyectos de desarrollo e infraestructuras (en particular, grandes presas, proyectos industriales y energéticos a gran escala, industrias mineras u otras industrias extractivas); medidas de compra del suelo relacionadas con la renovación urbana, la rehabilitación de los barrios marginales, la renovación de las viviendas, la restauración de las ciudades y otros programas de utilización de la tierra (también para fines agrícolas); litigios sobre bienes, propiedad inmobiliaria o el suelo; especulación descontrolada del suelo; importantes negocios internacionales o actos deportivos; y, aparentemente, fines ambientales. Para más información, véanse los principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo (A/HRC/4/18, anexo I).

las oportunidades físicas, sociales y económicas sean igualmente accesibles y beneficiosas para todos consiste en generar y mantener infraestructuras y servicios públicos universales que sean eficaces en función del costo. Los servicios públicos básicos son, entre otros, el suministro de agua potable, los sistemas de comunicaciones, un sistema de salud pública sólido que funcione, servicios públicos regulados y sistemas de transporte público que hagan un uso eficiente de la energía. Estos servicios, cuyo suministro es fundamentalmente responsabilidad del gobierno, constituyen un medio crucial para reducir el consumo general y para, al mismo tiempo, conquistar la dignidad y crear oportunidades.

806. Invertir en los servicios públicos repercute de manera inmediata y tangible en todos los ciudadanos y en la sociedad en general. Además, en muchos casos, los frutos de esas inversiones se transfieren a las generaciones futuras y acrecientan sus capacidades. Es poco probable que nuestra generación recoja los beneficios para el medio ambiente derivados de cambiar nuestras modalidades de consumo. Sin embargo, esta percepción abstracta no debe distanciarnos de nuestra responsabilidad común de mejorar las oportunidades de las generaciones futuras.

807. También los ciudadanos son responsables de hacer que el consumo sea sostenible. Mientras que quienes ocupan el nivel más bajo de la curva de distribución de los ingresos tienen un margen de maniobra escaso o nulo en cuanto al consumo y, de hecho, consumen comparativamente poco, las personas con ingresos más altos tienen muchas alternativas y demasiado a menudo optan por consumir mucho. A medida que más y más personas reconozcan los riesgos del cambio climático y otras consecuencias de la actividad humana sobre el medio ambiente, los incentivos para reducir el consumo, unidos a las innovaciones que generen medios viables de consumir menos sin menoscabo del bienestar, contribuirán a hacer realidad la multiplicidad de opciones.

808. Si la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo propuso un cambio de paradigma en 1994 en cuanto al peso que el mundo otorgaba a los derechos humanos individuales frente a los temores suscitados por la superpoblación, ahora se necesita un nuevo cambio de paradigma cultural: uno que reconozca que el bienestar no se basa ni debe basarse únicamente en el aumento del consumo. Para sustentar los principios individuales y en materia de desarrollo basados en los derechos del Programa de Acción, debe emprenderse un cambio colectivo hacia un bienestar individual derivado de modos de vida y medios de subsistencia más equitativos y con una menor repercusión para el medio ambiente, con un giro radical hacia la innovación y la adopción de medidas colectivas más eficaces para afrontar los problemas mundiales.

7. Reforzar el liderazgo mundial y la rendición de cuentas

809. El liderazgo mundial y la rendición de cuentas basada en el conocimiento son imprescindibles para lograr avances en los seis ámbitos descritos con anterioridad mediante la voluntad política, una amplia participación de la sociedad civil y la generación y la aplicación de conocimientos para controlar que se cumplan los compromisos contraídos en materia de desarrollo sostenible.

810. La naturaleza y la gravedad de estos problemas interrelacionados hacen del liderazgo mundial una cuestión de importancia crítica en un momento en que la gobernanza mundial es, lamentablemente, deficiente, en particular en lo concerniente a responder a las necesidades interrelacionadas de rendición de cuentas

con respecto a los derechos humanos, la reducción de la pobreza, las tendencias económicas y demográficas sumamente variables en los distintos países y la necesidad tanto urgente como a largo plazo de proteger el medio ambiente.

811. Las expectativas de un consenso mundial generadas antes del 15° período de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, celebrado en Copenhague en 2009, eran altas. Se trataba de las más importantes negociaciones de amplia base sobre desarrollo sostenible organizadas desde principios de los años noventa y el hecho de que no se consiguieran grandes progresos sembró la desilusión general con las cumbres internacionales. Las expectativas con respecto a las Conferencias de las Partes posteriores y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro (Brasil) en 2012, fueron más modestas pero tampoco se superaron⁵⁴⁴. Teniendo en cuenta los antecedentes en cuanto a los intentos de crear instituciones de gobernanza mundial⁵⁴⁵, a nadie deben sorprender estas dificultades, por mucho que todo el mundo coincida en pensar que los objetivos declarados son loables.

812. Tal vez se necesiten nuevos sistemas de liderazgo y de participación que aseguren la participación democrática de todos los grupos de población en los procesos de gobernanza y en las instituciones públicas a fin de garantizar que se hagan inversiones que promuevan la sostenibilidad social, económica y ambiental. Ahora bien, la participación y el liderazgo conllevan también la necesidad de información fidedigna y accesible sobre las dinámicas demográficas, los derechos humanos, las tendencias actuales e incipientes en materia de igualdad socioeconómica y las amenazas que aún se ciernen sobre el medio ambiente, como base para la labor común de establecimiento de prioridades, adopción de políticas, presupuestación y rendición de cuentas. La revolución en la tecnología de la información ofrece la posibilidad de hacer llegar esta información a los ciudadanos de todo el mundo, incluidos los jóvenes y las personas marginadas y desfavorecidas, y, con ello, sienta las bases para un mayor grado de conocimiento, transparencia e inclusión.

E. Después de 2014

813. En los últimos 20 años, se ha hecho explícita la conformidad generalizada en sociedades muy diversas con el consenso fundamental alcanzado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, según el cual invertir en los derechos humanos, las capacidades y la dignidad de las personas en múltiples sectores y durante toda la vida es la base del desarrollo sostenible. El marco de medidas basado en el examen operacional exige un planteamiento integral del desarrollo sostenible que reconozca la interrelación que existe entre los derechos humanos, la no discriminación, la igualdad de la mujer, la salud sexual y reproductiva, las dinámicas demográficas, el desarrollo y la sostenibilidad, y entre la planificación, la ejecución y la rendición de cuentas por los resultados.

⁵⁴⁴ I. Goldin, *Divided Nations: Why Global Governance is Failing, and What We Can Do About It* (Oxford, Oxford University Press, 2013).

⁵⁴⁵ M. Mazower, *Governing the World: The History of An Idea* (Nueva York, Penguin Press, 2012).

814. En vista de las actuales desigualdades socioeconómicas, los peligros que se ciernen sobre el planeta y las conclusiones del examen, las decisiones en materia de desarrollo que se tomen ahora y en el futuro deben regirse por un mayor sentido de humanidad compartida y por el respeto inquebrantable de los principios y los objetivos establecidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Los jóvenes cobran cada vez más conciencia de que las actividades humanas ponen en peligro el medio ambiente. Esta realidad, unida al acceso cada vez mayor de los jóvenes al saber colectivo y la comunicación, alimenta las esperanzas de que la innovación haga posible un futuro sostenible.

815. La adopción de medidas colectivas eficaces con respecto a los problemas mundiales descritos en este marco sobre la base de las conclusiones del examen requerirá el liderazgo de la Asamblea General y el Secretario General, en cooperación con los órganos rectores de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, a fin de examinar los mecanismos institucionales y de gobernanza existentes para hacer frente a los problemas mundiales con miras a asegurar la coordinación, integración y coherencia eficaces en los planos nacional, regional y mundial de acuerdo con la escala de la respuesta integral necesaria para garantizar un desarrollo sostenible basado en los derechos.

816. El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 constituye una oportunidad decisiva para llevar a la práctica las conclusiones y las recomendaciones del examen operacional en aras de la ulterior ejecución del Programa de Acción después de 2014. En este sentido, se invita a la Asamblea a que estudie la forma de integrarlas en su examen inicial de la agenda para el desarrollo después de 2015 y en los preparativos del período extraordinario de sesiones, a fin de extender plenamente los principios de igualdad, dignidad y derechos a las generaciones futuras y asegurar el desarrollo sostenible.

Anexo

Marco de seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014

Matriz del marco de supervisión

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
I. Asegurar la dignidad, los derechos humanos y la no discriminación para todos			
1. Erradicar la pobreza y promover la igualdad de oportunidades de sustento	Fecha de entrada en vigor y alcance de las leyes nacionales para hacer efectivo el derecho a la seguridad social, incluso en caso de enfermedad, vejez, desempleo, lesiones relacionadas con el empleo, maternidad y/o paternidad, discapacidad o invalidez, y para sobrevivientes y huérfanos	Porcentaje de pobres que reciben efectivo u otro tipo de apoyo periódico en concepto de ingresos	Proporción de la población por debajo del umbral de la pobreza internacionalmente aceptado (umbral de pobreza actual = 1,25 dólares por día según la paridad del poder adquisitivo)
	El pleno empleo como objetivo de las políticas de los bancos centrales (reflejado en sus estatutos) y los gobiernos (reflejado en sus programas electorales)	Proporción de desempleados que recibe prestaciones de desempleo, discriminada en función del sexo	Proporción de la población por debajo del umbral nacional de pobreza
	Medidas de apoyo a los más desfavorecidos, entre otras cosas mediante la legislación sobre el salario mínimo; libertad para formar sindicatos y participar en negociaciones colectivas	Proporción de personas de edad (60+/65+ años) con acceso a pensiones a la vejez, discriminada en función del por sexo	Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población
	Fecha de entrada y alcance de las leyes nacionales para aplicar el derecho al trabajo, incluida la reglamentación orientada a asegurar la igualdad de oportunidades para todos y eliminar la discriminación relativa al trabajo, así como medidas	Indicadores que reflejan los niveles mínimos de protección social*	Crecimiento del consumo/los ingresos del 40% para los sectores menos favorecidos (porcentaje del consumo/los ingresos reales <i>per capita</i>)
		Un indicador sobre el aprendizaje a lo largo de la vida*	Trabajadores pobres (proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1,25 dólares por día según la paridad del poder adquisitivo)
		Proporción de niños menores de 5 años con peso inferior al normal	
		Proporción de trabajadores respecto de la población en edad	

Programa de Acción después de 2014		Indicadores ilustrativos	
Objetivos y esferas de medición	Aporte/estructura	Esfuerzo/proceso	Resultados/repercusiones
	especiales para grupos concretos (las mujeres, los niños, los migrantes y los indígenas)		de trabajar, discriminación en función del sexo, el grupo destinatario y el nivel educativo Un indicador del trabajo doméstico o dedicado al cuidado familiar no remunerado* Tasa de desempleo, discriminada en función del sexo, la edad y la ubicación Proporción de la fuerza laboral que participa en planes de seguridad social*
2. Empoderar a las mujeres y las niñas, reducir todas las formas de violencia contra la mujer y lograr la igualdad entre los géneros	<p>Duración de la licencia de maternidad, paternidad y parental</p> <p>Las leyes vigentes relativas a los bienes y la sucesión no discriminan contra las mujeres y las niñas</p> <p>Leyes vigentes contra el matrimonio infantil, incluida la legislación en la que se establece en 18 años la edad mínima para contraer matrimonio</p>	<p>Uso de una cuota de género en las elecciones (escaños reservados para las mujeres en la asamblea legislativa; lugares reservados mediante legislación en las listas electorales para las candidatas; y cuota voluntaria para los partidos políticos)</p> <p>Un indicador relativo a los mecanismos nacionales para vigilar y reducir la violencia de género*</p> <p>Un indicador sobre las gestiones encaminadas a hacer cumplir la igualdad de derechos de herencia y propiedad</p> <p>Un indicador sobre las gestiones encaminadas a hacer cumplir las leyes contra el matrimonio infantil*</p> <p>Diferencias de remuneración en función del género</p>	<p>Proporción de mujeres en el parlamento</p> <p>Proporción de mujeres en posiciones de dirección</p> <p>Proporción de mujeres y hombres en el empleo asalariado</p> <p>Proporción de población adulta que posee tierras, discriminada en función del sexo</p> <p>Proporción de mujeres de 20 a 24 años casadas o en unión civil antes de los 18 años</p> <p>Proporción de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido en los 12 últimos meses violencia física o sexual</p> <p>Proporción de mujeres de 15 a 49 años sometidas a mutilación/ablación genital femenina</p>

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
		Proporción de la población con acceso al crédito institucional (excepto la microfinanciación), discriminada en función del sexo	
3. Invertir en la capacidad de los niños, los adolescentes y los jóvenes	<p>Calendario y alcance de la política nacional de educación para todos, incluidas medidas especiales de carácter temporal para grupos destinatarios (los niños que trabajan y los que viven en la calle)</p> <p>Edad mínima de admisión al empleo, discriminada en función del tipo de ocupación, estipulada por ley</p> <p>Política nacional sobre la formación vocacional y la actualización de las capacidades</p>	<p>Proporción de maestros de enseñanza primaria y secundaria plenamente calificados y capacitados</p> <p>Cantidad de alumnos por maestro</p> <p>Presupuesto dedicado por los Gobiernos a los programas de transición escuela-trabajo</p> <p>Un indicador sobre la calidad de la educación*</p>	<p>Tasa de finalización de la enseñanza primaria, discriminada en función del sexo</p> <p>Tasa de matriculación neta ajustada en la enseñanza secundaria, discriminada en función del sexo</p> <p>Proporción de adolescentes que alcanzan resultados educativos reconocidos y mensurables</p> <p>Número de jóvenes sin educación, empleo o capacitación, discriminado en función del sexo</p> <p>Proporción de niños que participan en actividades productivas, discriminada en función del sexo</p> <p>Duración del tiempo de espera desde el final de la escuela y el primer empleo, discriminada en función del sexo y de los grupos destinatarios</p>
4. Eliminar la discriminación y promover una cultura de respeto para todos	<p>Existencia de leyes que prohíban la discriminación contra todas las personas</p> <p>Cronograma y alcance de la política para la erradicación del trabajo forzoso, incluidas las peores formas de trabajo infantil, el trabajo doméstico y el trabajo de los migrantes y la trata de seres humanos</p>	<p>Un indicador sobre la calidad de los planes de estudio que promueven una cultura de respeto para todos*</p> <p>Estigma relacionado con el VIH entre el personal de los servicios de salud*</p> <p>Un indicador sobre las gestiones encaminadas a hacer cumplir las</p>	<p>Un indicador sobre el temor a la violencia*</p> <p>Prevalencia/incidencia del delito, incluidos los delitos motivados por prejuicios, discriminadas en función de los grupos destinatarios*</p> <p>Proporción de las plazas pertinentes en los sectores público y privado</p>

Programa de Acción después de 2014		Indicadores ilustrativos	
Objetivos y esferas de medición	Aporte/estructura	Esfuerzo/proceso	Resultados/repercusiones
	Cronograma y alcance de la política nacional para personas con discapacidad	leyes de lucha contra la discriminación*	ocupadas por grupos de población destinataria

II. Fortalecer los sistemas de salud para garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva

1. Fortalecer los sistemas de atención médica a fin de acelerar el progreso hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos	Calendario y alcance de la política nacional de integración de la salud sexual y reproductiva	Proporción de los gastos de salud como parte de los gastos públicos totales	Tasa de transmisión del VIH de madre a hijo
	Índice de política de gobernanza de los sistemas de salud (OMS)	Porcentaje de la población que vive a una distancia máxima de dos horas de las instalaciones médicas que ofrecen servicios relativos a los derechos sexuales y reproductivos	Un indicador sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva*
		Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	Un indicador sobre el acceso a las instalaciones médicas y los medicamentos esenciales*
		Proporción de instalaciones de atención médica primaria que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva/servicios de planificación familiar	
		Índice del desempeño del sistema de información sobre la salud (OMS)	
		Un indicador sobre los recursos humanos para la salud*	
2. Proteger y hacer efectivos los derechos de los adolescentes y los jóvenes a la información precisa, la educación sexual integral y los servicios de salud para su bienestar sexual y	Eliminar los obstáculos jurídicos con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y los jóvenes, incluidas las incoherencias relativas a la protección jurídica que puedan crear obstáculos relacionados con la edad	Un indicador que mida la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a los adolescentes y los jóvenes*	Tasa de natalidad entre las adolescentes
		Proporción de adolescentes que han recibido educación sexual integral e información sobre la	Proporción de mujeres de 20 a 24 años que tuvieron un embarazo antes de los 18 años
			Proporción de mujeres y hombres que nunca han estado casados de 15

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
reproductivo y salud a lo largo de toda la vida		salud sexual y reproductiva, la igualdad entre los géneros y los derechos humanos, entre los adolescentes que asisten a instituciones académicas y aquellos que no lo hacen	a 24 años de edad que utilizaron preservativos en la última relación sexual Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que describen correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan los principales conceptos erróneos acerca de su transmisión Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes
3. Fortalecer los servicios concretos de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar; la atención después del aborto; los servicios de maternidad; y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH	Razones por las que se permite el aborto	Partida presupuestaria específica para la planificación familiar Partida presupuestaria específica para la adquisición de productos anticonceptivos Medida en que los derechos sexuales y reproductivos/la planificación familiar están integrados en los servicios prestados después del parto y del aborto y los servicios relacionados con el VIH (por ejemplo, mediante remisión, en el mismo centro, plenamente integrada en la misma visita) Indicador sobre la adopción de decisiones con conocimiento de causa* Se dedican nuevos y/o mayores recursos a los servicios de salud sexual y reproductiva en los últimos dos años	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar Tasa de prevalencia de anticonceptivos Cobertura de atención prenatal (una y cuatro consultas), por quintil de riqueza Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, por quintil de riqueza Número de muertes debidas a abortos practicados en condiciones de riesgo Tasa de mortalidad materna Mortalidad neonatal Cobertura de terapia antirretroviral Un indicador sobre la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual* Indicadores de mortalidad materna,

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
		Participación del gobierno en el gasto total en servicios de salud sexual y reproductiva*	que incluyen: Tasa de incidencia de la fístula obstétrica, tasa de incidencia del prolapso uterino y tasa de la anemia grave
		Porcentaje de instalaciones que ofrecen de manera fiable una gama de métodos, que abarca cuatro categorías de métodos anticonceptivos: a corto plazo; reversibles de larga acción; permanentes; y anticoncepción de emergencia	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que se han sometido a un análisis de VIH durante los últimos 12 meses y conocen los resultados
		Porcentaje de instalaciones que informa no haberse quedado sin existencias de una forma moderna de anticonceptivos en los últimos seis meses	
		Porcentaje de instalaciones de atención médica primaria que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva/servicios de planificación familiar	
		Porcentaje de instalaciones de atención primaria de la salud disponibles que cuenta con pruebas de diagnóstico rápido de las infecciones de transmisión sexual	
		Disponibilidad y preparación del Centro Regional de Abastecimiento (Evaluación de Disponibilidad y Preparación de Servicios de la OMS)	
		Cobertura de servicios de atención obstétrica de emergencia cada 20.000 nacimientos	

Programa de Acción después de 2014		Indicadores ilustrativos	
Objetivos y esferas de medición	Aporte/estructura	Esfuerzo/proceso	Resultados/repercusiones
4. Hacer frente a la creciente carga de enfermedades no transmisibles mediante la promoción de comportamientos saludables a partir de la niñez y la adolescencia, facilitando la detección de rutina, el tratamiento temprano y las remisiones a niveles de atención superiores	La política nacional de salud incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmisibles, teniendo en cuenta un enfoque de ciclo de vida	Un indicador que refleje los esfuerzos de los gobiernos para promover comportamientos sanos en todas las edades*	Incidencia, prevalencia y mortalidad relativa al cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama Prevalencia de la obesidad de adultos, discriminada en función del sexo Prevalencia de la diabetes, discriminada en función del sexo Consumo ocasional de alcohol en cantidades elevadas entre jóvenes y adolescentes, discriminado en función del sexo* Probabilidad de morir entre los 30 y 70 años de edad exactamente a causa de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, discriminada en función del sexo Tasa de mortalidad debida a enfermedades no transmisibles prioritarias, discriminada en función del sexo Prevalencia de muertes, lesiones y enfermedades y discapacidad causadas por un entorno natural y ocupacional inseguro
		Un indicador que refleje los esfuerzos de los gobiernos para promover comportamientos saludables en los niños y los adolescentes mediante los programas escolares*	
		Inversiones públicas en análisis rutinarios*	
		Disponibilidad general de análisis de rutina a nivel de atención primaria de la salud (indicador de la OMS)	
		Proporción de centros de salud capaces de detectar enfermedades no transmisibles	
		Tasa de personas que actualmente fuman algún producto del tabaco (tasa estandarizada por edad y tasa correspondiente a los jóvenes), discriminada en función del sexo	
III. Garantizar la seguridad de los emplazamientos y la circulación			
1. Asegurar que las necesidades de las personas que viven en una creciente diversidad de núcleos familiares estén incluidas en las políticas públicas, incluida la planificación urbana	Los datos sobre los hogares unipersonales y monoparentales se producen y utilizan en las políticas públicas, incluida la planificación urbana	Gasto público en protección social, por programa y grupo de población destinataria	Proporción de hogares unipersonales y monoparentales que reciben prestaciones de protección social, discriminada en función del sexo del jefe de hogar

Programa de Acción después de 2014		Indicadores ilustrativos	
Objetivos y esferas de medición	Aporte/estructura	Esfuerzo/proceso	Resultados/repercusiones
2. Ampliar los beneficios de la vida urbana a todos los residentes urbanos actuales y futuros, teniendo en cuenta las proyecciones de crecimiento de la población urbana	<p>Existencia de una política de migración interna no restrictiva</p> <p>Los datos sobre las tendencias de urbanización se producen y utilizan en políticas públicas, incluida la planificación urbana</p> <p>Calendario y alcance de la política o estrategia nacional de vivienda para la aplicación progresiva de medidas, incluidas las medidas especiales dirigidas a ciertos grupos destinatarios, para el derecho a una vivienda adecuada</p> <p>Índice de Gobernanza Urbana (ONU-Hábitat)</p>	<p>Porcentaje de los recursos presupuestarios municipales asignados a los grupos vulnerables y excluidos</p> <p>Porcentaje de los recursos presupuestarios municipales asignados a los espacios públicos</p> <p>Porcentaje de los recursos presupuestarios municipales asignados al transporte colectivo</p> <p>Espacio público adecuadamente clasificado por residente</p> <p>Proporción de energía urbana producida a partir de fuentes con bajas emisiones de carbono</p> <p>Un indicador que refleje las desigualdades entre las zonas urbanas y al interior de estas*</p> <p>Relación media entre ingresos y alquileres</p> <p>Espacios verdes urbanos por residente</p>	<p>Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales</p> <p>Proporción de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua</p> <p>Porcentaje de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento</p> <p>Proporción de población con acceso a la electricidad</p> <p>Proporción de la población con acceso a recolección semanal de residuos sólidos</p> <p>Porcentaje de residentes urbanos que utilizan el transporte público</p>
3. Promover los beneficios para el desarrollo de la migración internacional	<p>Existencia de leyes que garanticen igual acceso a los servicios de salud de los migrantes internacionales</p> <p>Número de acuerdos bilaterales y regionales sobre el reconocimiento de las calificaciones de los migrantes internacionales</p> <p>Número de acuerdos bilaterales y regionales firmados y aplicados sobre transferibilidad de la seguridad social</p>	<p>Número programas dirigidos por los Estados que facilitan el retorno temporal, virtual o permanente de miembros de la diáspora capacitados y cualificados</p> <p>Costo medio de la transferencia de remesas de fondos tanto en los lugares de origen como de destino</p>	<p>Proporción de migrantes internacionales con acceso a los servicios de salud</p> <p>Proporción de migrantes internacionales que tienen acceso a servicios formales bancarios y de envío de remesas</p> <p>Un indicador sobre el bienestar de los migrantes internacionales*</p>

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
4. Mejorar las condiciones de vida y garantizar la plena inclusión social de las personas que carecen de seguridad en los emplazamientos	Existencia de una legislación que garantice la igualdad de los derechos de sucesión	Indicadores sobre los costos de contratación de migrantes*	Un indicador sobre la trata de seres humanos*
	Existencia de legislación que proteja contra los desalojos forzosos	Un indicador sobre el costo de la migración internacional*	
	Existencia de políticas de protección temporal, incluido el alojamiento	Los planes de preparación para situaciones de emergencia incorporan servicios de salud sexual y reproductiva	Proporción de los desplazados internos
			Proporción de refugiados
			Proporción de personas sin vivienda*
			Denuncias de casos de “desalojo forzoso” en el período que abarca el informe*
IV. Fortalecer el liderazgo y la rendición de cuentas a nivel global			
1. Fortalecer la capacidad nacional para generar, difundir y utilizar de manera eficaz los datos y las proyecciones relativos la población y la salud reproductiva en la formulación de estrategias y políticas de desarrollo sostenible	Proporción estimada de nacimientos, defunciones y matrimonios registrados a través de los sistemas de registro civil	Línea presupuestaria específica para fortalecer la capacidad estadística nacional	Disponibilidad de datos para realizar un seguimiento del marco de supervisión después de 2014*
		Indicador que refleje las medidas adoptadas como parte de las políticas de financiación de los donantes y los procedimientos de planificación a fin de evitar duplicaciones, detectar las lagunas de financiación y asegurar que los recursos se utilicen de la manera más eficaz y eficiente posible*	Indicadores para mejorar el seguimiento de los recursos asignados a las cuatro categorías de población: servicios de planificación familiar; servicios básicos de salud reproductiva; actividades para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA; e investigación básica, recopilación de datos y análisis de políticas de población y desarrollo*
		Indicador que refleja la creciente función del sector privado en la movilización de recursos para la población y el desarrollo*	

<i>Programa de Acción después de 2014</i>		<i>Indicadores ilustrativos</i>	
<i>Objetivos y esferas de medición</i>	<i>Aporte/estructura</i>	<i>Esfuerzo/proceso</i>	<i>Resultados/repercusiones</i>
2. Velar por que la presupuestación y los procesos de formulación de políticas sean transparentes y establecer mecanismos de garantía de la calidad para corregir las deficiencias en los servicios de los sectores público y privado	Fecha de entrada en vigor y cobertura de los tribunales administrativos o de los mecanismos específicos de reparación judicial	Número de ONG inscritas o activas (cada 100.000 personas) que participan en el seguimiento y la aplicación de los compromisos asumidos por los Estados en esferas concretas	Indicador sobre la transparencia y la corrupción* Indicadores sobre la participación social de los grupos destinatarios* Indicador sobre la colaboración y las asociaciones internacionales*

Seguimiento de la aplicación del Programa de Acción después de 2014

1. El marco de supervisión se rige por el marco conceptual de derechos humanos y, por lo tanto, se centra en la medición de los compromisos de los garantes de derechos con sus obligaciones y los esfuerzos que realizan para cumplir esas obligaciones. El marco también incluye indicadores de los efectos y los resultados o la medida en que se respetan los derechos de los titulares.
2. El marco reafirma el mensaje fundamental del Programa de Acción, a saber, que el camino hacia el desarrollo sostenible se alcanza mediante el logro igualitario de la dignidad y los derechos humanos, la buena salud, la seguridad de los emplazamientos y la circulación, y los logros obtenidos mediante la buena gobernanza; y que las funciones de gobernanza incluyan la promoción nacional y mundial de la integración social, económica y ambiental integrada a fin de ampliar las oportunidades y el bienestar de las generaciones futuras.
3. Para cada una de las esferas temáticas principales del examen operacional del Programa de Acción después de 2014, los objetivos y subobjetivos se establecen sobre la base de los principales ámbitos de las nuevas medidas señaladas en el examen operacional. Los subobjetivos se examinaron por tema y posteriormente fueron examinados conjuntamente para asegurar que no hubiera superposición. Para cada subobjetivo se determinaron las zonas de medición ilustrativas que abarcan la totalidad de la cadena de compromisos-medidas-resultados.
4. Algunos principios se han aplicado en la elaboración de este marco de supervisión; el marco debería incluir un número reducido de indicadores. De esta manera se reducirá la carga de la reunión de datos en los países de bajos ingresos. También hará más fácil que los países rindan cuentas de los avances. Debería examinarse la capacidad nacional de reunión y análisis de datos y debería considerarse el desarrollo de la capacidad en el contexto de las actividades de seguimiento. En ese sentido, una de las principales recomendaciones del presente informe consiste en que los países adopten medidas significativas para establecer o mejorar los sistemas de registro de los nacimientos, las defunciones y las causas de defunción.
5. El marco debería centrarse en indicadores de las medidas adoptadas, ya que son más sensibles a los progresos. Por ejemplo, aunque la mejora de los resultados en materia de salud es, en última instancia, lo que se necesita en relación con los objetivos de salud, los indicadores sobre el estado de salud son relativamente insensibles al cambio y requieren tiempo para demostrar progresos. Por otra parte, a menudo es más fácil realizar el seguimiento de las medidas y los procesos y el marco incluye indicadores de proceso y medidas que pueden servir como elementos de seguimiento de los cambios en materia de salud. Se espera que estos indicadores estén altamente relacionados con los indicadores de resultados.
6. La igualdad y la no discriminación son aspectos fundamentales del Programa de Acción después de 2014, y deberían abordarse de manera adecuada en el marco de supervisión. La reunión de datos debería permitir el desglose de los datos por sexo, edad, grupo minoritario y quintil de riqueza. Debería señalarse la discapacidad y otros problemas de salud que limitan el acceso a la atención médica u otros servicios. Deberían abordarse las desigualdades espaciales garantizando que se reúnan los datos en zonas remotas y mal atendidas. La reunión de datos debería incluir información a fin de permitir el análisis de los diferenciales y las tendencias regionales y subnacionales.

7. Una de las principales limitaciones de los indicadores ilustrativos del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio radica en que fueron definidos por los actuales mecanismos de reunión de datos. Se prevé que se iniciarán más trabajos con el fin de fortalecer el marco de supervisión después de 2014 explorando y elaborando nuevos instrumentos de supervisión y elaborando y evaluando nuevos indicadores para reunir información sobre las nuevas cuestiones, y nuevas prioridades determinadas en el marco de la adopción de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.

8. La labor necesaria debería incluir un proceso técnico relativo a la mensurabilidad para examinar los indicadores propuestos en lo que respecta a su formulación (numerador/denominador, claridad, periodicidad, comparabilidad, eficacia en función de los costos) y a las etapas recomendadas para validar la mensurabilidad de los indicadores que aún no se reúnen sistemáticamente a nivel internacional. Los logros previstos deberían incluir:

a) Un acuerdo sobre una lista definitiva de indicadores seleccionados que se incluirán en el marco de seguimiento, junto con información sobre su definición operacional e información pertinente relativa a su alcance, ciclo de actualización y organización/organismo patrocinante;

b) Recomendaciones para la labor futura y un claro programa de investigación para desarrollar y mejorar indicadores y/o mecanismos de reunión de datos en tres dimensiones, teniendo en cuenta las diferencias en cuanto a claridad de su definición, la validez probada, la disponibilidad de datos y la viabilidad y facilidad de la recopilación de datos, a saber:

i) Labor normativa: proporcionar definiciones uniformes y crear instrumentos de medición y presentación de informes; esto incluirá la determinación y evaluación de otras fuentes de datos para nuevos indicadores;

ii) Ensayo y validación: probar y validar los indicadores sobre el terreno y mejorar los instrumentos de medición y presentación de informes;

iii) Actividades de promoción y comunicación: promover el uso de algunos indicadores en los actuales instrumentos de medición y presentación de informes.

9. El proceso debería incluir la búsqueda de aportes de diversos asociados/interesados y asegurar la vinculación con actividades mundiales y regionales (la Comisión de Rendición de Cuentas, la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño de la OMS (asociación de la Alianza para la Salud y de la iniciativa de Planificación Familiar 2020, etc.) y formular propuestas claras destinadas a fomentar la sinergia, aprovechando los esfuerzos complementarios en los planos nacional y mundial.

10. El proceso de seguimiento también requeriría plasmar el marco de supervisión en un plan de trabajo que esboce los objetivos, el enfoque principal, el país concreto y las acciones mundiales, las funciones y las responsabilidades de los asociados y los medios para supervisar los progresos de la aplicación del plan de trabajo. El mecanismo mundial de presentación de informes, supervisión y rendición de cuentas en el marco del plan de trabajo requerirá que los principales asociados e interesados comuniquen sus impresiones.