

Introducción

Los factores de población no son neutrales con respecto al proceso de desarrollo. Dentro del Sistema de las Naciones Unidas, es responsabilidad del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y de sus asociados, el crear las condiciones para garantizar que los factores de población sean integrados a las estrategias de reducción de la pobreza y a los procesos de planeación de desarrollo, no solamente a los aspectos directamente relacionados a la salud y reproducción, sino también dentro de una amplia gama de temas que constituyen la agenda de Población y Desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que surgieron en el marco de la Cumbre del Milenio del año 2000 y que constituyen, actualmente, la principal directriz internacional para el proceso de desarrollo, comparten una amplia intersección temática con la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y su Programa de Acción (PdA) establecidos en El Cairo en 1994. La consecución de cada uno depende, hasta cierto punto, de la realización del otro. El ex Secretario-General de la ONU, Kofi Annan, mencionó este aspecto en varias ocasiones, por ejemplo, en su mensaje en la Quinta Conferencia de Población de Asia y del Pacífico y la Conferencia Regional sobre la CIPD+10 en Bangkok, en diciembre de 2002:¹

“No es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente, la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, si no se abordan las cuestiones de población y salud reproductiva. Y esto significa intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y efectuar mayores inversiones en educación y salud, inclusive la salud reproductiva y planificación de la familia.”

Es importante considerar varios puntos que se traslapan y se refuerzan entre el Programa de Acción de la CIPD y los ODM. Con respecto a la propagación del VIH/SIDA, en vez de limitarse simplemente a prevenir la epidemia, ambos documentos no solamente identifican prioridades, también fijan metas mensurables y establecen plazos para combatir – y no solamente prevenir - la epidemia. En otras áreas, el Programa de Acción de la CIPD va más allá de los ODM, especialmente en relación a temas de población y de salud reproductiva (SR). El empoderamiento de las mujeres, el tercer ODM, no será alcanzado si no se garantiza el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), una meta explícita del Programa de Acción de la CIPD.

Aunque la meta de El Cairo, referente al acceso universal a los servicios de SR de calidad hasta 2015, es fundamental para reducir la pobreza, la mortalidad infantil y materna, la propagación del VIH/SIDA, las inequidades de género, la degradación ambiental, como ya fue mencionado anteriormente, no fue originalmente explicitada como uno de los

¹ UN Press Release SG/SM/8562: <http://www.un.org/News/Press/docs/2002/SGSM8562.doc.htm> (consultado por última vez en marzo del 2007).

ODM.² Sin embargo, esta situación fue recientemente modificada, a raíz del anuncio del ex Secretario-General a la Asamblea General, en octubre de 2006, de que cuatro nuevas Metas estaban siendo propuestas, a saber:

- Pleno empleo productivo y trabajo decente para todos (bajo ODM 1);
- Acceso universal a la salud reproductiva (bajo ODM 5);
- Acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA (bajo ODM 6); y
- Reducción significativa de la tasa de pérdida de biodiversidad (bajo ODM 7).

En vista de la complementariedad y simultaneidad de la CIPD y los ODM (ambos tienen el año de 2015 como plazo para alcanzar sus metas), ambos deben mantener un diálogo constante en el proceso de formación de las políticas públicas. De manera especial, los ODM deberían considerar la CIPD en más de un sentido:

Políticamente: El Programa de Acción de El Cairo movilizó importantes sectores de la sociedad civil en la promoción de temas, que también son relevantes al contexto de la agenda de Desarrollo del Milenio; los ODM deben sumarse a éste y reforzarlo.

Estratégicamente: La mayoría de los temas que se incluyen en la agenda de los ODM se vinculan de forma causal con los objetivos del Programa de Acción de la CIPD. Dichos vínculos necesitan ser más aprovechados, de manera a acelerar la realización de aquellos con inversiones en éstos.

Analíticamente: Como fue repetidamente observado, el monitoreo de la agenda de los ODM involucra la necesidad de producir más y mejores indicadores sociales en una variedad de temas sociales, incluyendo la necesidad de obtener datos básicos de encuestas y censos. El Programa de Acción de El Cairo es uno de los contextos en que dichas necesidades fueron tratadas y, asimismo, se propusieron metas cuantificables. Los indicadores de ODM deben basarse en esa experiencia.

Contextualmente: El Programa de Acción de la CIPD abarca un número de temas que proporcionan un contexto para el desarrollo de acciones para alcanzar la agenda de los ODM. Por ejemplo, programas que buscan la mejoría de las condiciones de vida en barrios marginales urbanos (ODM 7) difícilmente pueden ser formulados de manera realista si no se consideran las realidades de la migración rural-urbana.

En relación a temas de igualdad social: Los ODM no hacen referencia explícita a la reducción de desigualdades regionales, raciales, generacionales, o de otro tipo, que son contextos sociales importantes para su realización, además de constituir objetivos importantes en sí mismos. El Programa de Acción de El Cairo trata esos temas más explícitamente.

La mayor parte del presente documento se ocupará de los temas estratégicos y contextuales que proporcionan el fundamento técnico para afirmaciones como la del ex

² Solamente la meta de la CIPD del acceso universal a los servicios de SSR, incluyendo la planificación familiar, no fue incluida en el conjunto original de los ODM (Crosette, 2005; ESCAP, 2004), pero metas específicas, que están intrínsecamente relacionadas si lo fueron, como la equidad de género (ODM 3), salud materna (ODM 5) y prevención del VIH/SIDA (ODM 6, Meta 7). Finalmente, la CIPD+5 acrecentó la necesidad de prevenir el VIH/SIDA como una preocupación poblacional, que también constituye la Meta 7 de los ODM, bajo el Objetivo 6 (Prevención del VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades).

Secretario-General, citada en el párrafo inicial. Al analizar temas poblacionales dentro del contexto de los ODM, se puede esclarecer cómo las tendencias demográficas agregadas y el comportamiento reproductivo individual pueden contribuir o interferir en la consecución de esos objetivos, o cómo la implementación de la CIPD puede ofrecer caminos más cortos hacia dicha realización.

“El enfoque del Programa de Acción de la CIPD sobre esfuerzos relacionados con población y desarrollo, tales como el aumento del acceso a los servicios de salud reproductiva, la promoción de igualdad de género y la consolidación de una mejor comprensión de los vínculos entre dinámicas de población, desarrollo y pobreza, constituye un prerrequisito para el alcance de los objetivos más amplios de desarrollo de los ODM, tales como la erradicación de la pobreza y el hambre.” (UNFPA, 2004 a: 1)

Resulta particularmente importante considerar el peligro real de que, aun cuando se alcancen los ocho ODM, los segmentos de la población en mayor desventaja sean dejados atrás. En vista de que los ODM son establecidos como promedios nacionales, les falta una perspectiva diversificada, como el Programa de Acción de El Cairo, que abarca las necesidades de grupos específicos; grupos indígenas, niños, adolescentes, personas con discapacidades y personas en la tercera edad.

“(…) ¿Los promedios nacionales son elementos suficientes para evaluar el progreso, en aras de la realización de objetivos de desarrollo bien definidos? Evidentemente, en una de las regiones más desiguales del mundo, un análisis de los promedios no es suficiente para tomar en cuenta, debidamente, las condiciones de vida y la falta de oportunidad presentes en amplios grupos sociales. (...) Los promedios dan una falsa sentida de progreso, pues alcanzar los objetivos en sus promedios no implica, necesariamente, mejorar las condiciones de vida en amplios sectores de la población o regiones dentro del país. De hecho, el progreso social a menudo elude a los segmentos pobres y a los que están en desventaja. Solamente un análisis desagregado puede indicar, con mayor precisión, el esfuerzo que el país necesita realizar para proveer las oportunidades mínimas de desarrollo para quienes han sido tradicionalmente excluidos en términos de educación, salud y condiciones de vida. Una información desagregada ayuda a identificar dónde es necesario invertir los recursos, a fin de reducir las brechas sociales existentes.” (Alarcón, Mejía & Zepeda, 2006: 5)

Cuatro de las cinco metas cuantificables del Programa de Acción de la CIPD tuvieron eco (algunas de forma atenuada) en los ODM. Son éstas:

- El acceso a la educación primaria: “Todos los países deberían procurar asegurar el acceso de todas las niñas y niños a la escuela primaria o a un nivel equivalente de enseñanza a la mayor brevedad posible, y en cualquier caso antes del año 2015.” (Párrafo 11.6)
- Acceso a la educación secundaria: “Se exhorta a todos los países a que, además de alcanzar la meta de la enseñanza primaria universal antes del año 2015, velen por el acceso mas amplio y temprano posible de la niña y la mujer a la enseñanza secundaria

y superior, así como a la formación profesional y técnica, teniendo presente la necesidad de mejorar la calidad e importancia de esa educación.” (Párrafo 4.18)

- Reducción de la mortalidad infantil y de niños: “Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos.” (Párrafo 8.16)
- Reducción de la mortalidad materna: “Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015 (...) hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos.” (Párrafo 8.21)

Analizando la relación desde la perspectiva de los ODM, cinco de ellos demuestran una clara coincidencia con la CIPD y la CIPD+5 (Bernstein & White, 2004): Objetivos 2, 3, 4, 5 y 6. El Objetivo 1 (Reducción de la Pobreza) está estrechamente relacionado, pero de una manera menos directa. Se puede argumentar que también lo están Objetivos 7 y 8, pero en menor grado. Un seminario organizado por la División de Población de la ONU en noviembre del 2004, sobre las relaciones entre población y los ODMs, concluyó que particularmente la reducción a la mitad de la pobreza y el hambre, la promoción de la equidad de género, la reducción de la mortalidad infantil y de niños y el control del VIH/SIDA serán más probables si se logra implementar la agenda de la CIPD. En otras palabras, todos los ocho ODM dependen, directa o indirectamente, de la CIPD.

A pesar de la reciente introducción de una Meta de Salud Reproductiva, un hecho curioso es que los problemas de población, como un desafío de desarrollo en si mismo, no hayan sido incorporados en la agenda de los ODM. Esto señala una clara ruptura con respecto a prioridades anteriores. Si la Cumbre del Milenio hubiese sido celebrada en 1975, para definir una agenda de desarrollo para el cuarto de siglo restante hasta la llegada del Milenio, muy probablemente el tema de población habría sido una de sus preocupaciones centrales. Sin embargo, desde entonces, debido al descenso de las tasas de fecundidad, la naturaleza del problema poblacional ha cambiado y, puesto que la necesidad de limitar la “explosión demográfica” ya no es un motivo tan fuerte, actualmente hay mucho más escepticismo respecto al lugar que la población y la salud reproductiva merecen dentro de los principales desafíos de desarrollo del siglo 21.

Algunos foros alternativos, como el Consenso de Copenhague (2004), patrocinado por ONGs, sí reconocieron la población y especialmente la migración, como uno de los 10 principales desafíos para el mundo, aun cuando asignó una baja prioridad a los proyectos presentados en esta área.³ El ex Secretario-General de la ONU, Kofi Annan, ha afirmado

³ Cuatro de los nueve desafíos identificados por el Consenso de Copenhague coinciden con los ODM (desnutrición y hambre, educación, enfermedades contagiosas, servicios sanitarios y agua). Otros cinco no coinciden (conflictos, inestabilidad financiera, gobernanza y corrupción) o sólo parcialmente (cambio climático, subsidios y barreras de comercio). El tema del envejecimiento de la población y la necesidad de políticas que cubran las necesidades de una población que envejece no ha sido identificado en ninguno de los ODM, ni en el Consenso de Copenhague.

que el crecimiento de la economía mundial depende de la migración (Naciones Unidas, 2005b) y el Secretario-General actual, Ban Ki-Moon, declaró recientemente que:

*“Durante muchos años, los Estados Miembros de las Naciones Unidas encontraron difícil discutir el asunto sensible de la migración en la arena internacional. Por eso el tópico nunca estuvo muy alto en la agenda de la ONU – hasta el Diálogo de Alto Nivel en la Sede de la ONU en Nueva York en septiembre pasado. (...) Durante décadas, los esfuerzos de emigrantes solitarios han ayudado a levantar familias enteras y comunidades de la pobreza. Sus ingresos han construido casas, provisto cuidados de salud, equipado escuelas, y plantado las semillas de los negocios. Ellos han tejido una red mundial, transmitiendo ideas y conocimiento entre países. Ellos han provisto el lazo humano dinámico entre culturas, sociedades y economías. Sin embargo, sólo recientemente hemos empezado a entender no sólo qué tanto la migración impacta el desarrollo, sino cómo políticas públicas inteligentes pueden aumentar este efecto.”*⁴

Según Skeldon (2005: 56), “cada ODM tiene algún vínculo, directo o indirecto, con la migración.” Otros temas de población tratados en la CIPD - como es el caso de la urbanización acelerada, el envejecimiento de la población y el bajo status social de las mujeres - podría impedir el progreso hacia el logro de los ODM, mientras el bono demográfico podría ser un facilitador importante.

A pesar de lo anterior, la importancia de los temas poblacionales en el desarrollo ha sido demostrada, hasta el momento, principalmente, para SSR. Asimismo, el Instituto Alan Guttmacher y UNFPA argumentan que el acceso universal a la SSR puede ayudar a alcanzar 7 de los 8 ODM (Singh et al., 2003: 6).

“Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre: Familias más pequeñas e intervalos de nacimiento mayores, como resultado del uso de anticonceptivos, permite a las familias invertir más en la nutrición y salud de cada niño y puede reducir la pobreza y el hambre para todos los miembros de un hogar. A escala nacional, la reducción de la fecundidad puede permitir un desarrollo social y económico acelerado.

Objetivo 2: Alcanzar la educación primaria universal: Familias con menos niños, y con mayor diferencia de edad entre ellos, tienen la posibilidad de invertir más en la educación de cada niño. Esto tiene un beneficio especial para las niñas, cuya educación dentro de la familia es considerada menos prioritaria que la de los niños. Además, las niñas que tienen acceso a anticonceptivos tienen menos probabilidad de quedar embarazadas y desertar de la escuela.

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres: Decidir si se pretende tener hijos o no y controlar cuándo tenerlos es un aspecto crítico del empoderamiento de las mujeres. Las mujeres que pueden planear el momento y el número de nacimientos tienen mayores oportunidades de trabajo, de educación y de participación social fuera del hogar.

⁴ Discurso para el Foro Global Inaugural sobre Migración y Desarrollo en Bruselas, 10 julio del 2007.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil: La atención prenatal y la capacidad para evitar nacimientos de alto riesgo (por ejemplo: los de mujeres muy jóvenes y los que tienen intervalos inter-genésicos muy cortos) ayudan a prevenir la muerte infantil y de niños. Es muy probable que los niños que pertenecen a familias numerosas tengan una reducida atención de salud y que los niños no deseados tengan más probabilidad de morir que los que sí son deseados.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna: Prevenir embarazos no planificados y de alto riesgo y proveer atención médica durante el embarazo, el parto y el período post- parto salvan las vidas de mujeres.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades: La atención a la salud sexual y reproductiva incluye la prevención de enfermedades transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA. Además, la atención a la salud reproductiva puede atraer pacientes al sistema de salud, fomentar el diagnóstico y el tratamiento de otras enfermedades y condiciones.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental: Proveer servicios de salud sexual y reproductiva puede ayudar a estabilizar áreas rurales, disminuir la migración urbana y equilibrar el uso de los recursos naturales con las necesidades de la población.”

Estas interacciones son repetidas casi textualmente en un documento reciente de DANIDA (2006), que además agrega bajo el ODM 1 que “al reducir el peso que representa el embarazo y el cuidado de los niños, las mujeres pueden insertarse en mayor medida en actividades productivas, que generan ingresos, contribuyendo así, tanto a nivel del hogar como a nivel macroeconómico.” UNFPA (2005 g) también menciona que los programas de planificación familiar producen ahorros tangibles para los sistemas de salud y que la planificación familiar y los servicios de salud materna promueven salud y productividad.

Menos frecuentemente se menciona que los puntos listados a continuación también constituyen vínculos cruciales entre los temas de población y la agenda de los ODM:

- El vínculo entre la fecundidad/tamaño de la familia y la movilidad social;
- Los efectos del bono demográfico y otras transformaciones demográficas en la desigualdad económica y, consecuentemente, en la pobreza;
- La relación entre la pobreza y la morbilidad;
- La relación entre embarazos no deseados, la composición del hogar y la pobreza;
- Los efectos sobre la pobreza del envejecimiento de la población;
- La relación entre la pobreza y la migración rural-urbana;
- La relación entre la pobreza y la migración internacional, por medio del crecimiento económico, equilibrio macro-económico y los efectos distributivos de las remesas;
- La relación entre las tendencias macro-demográficas y las inversiones potenciales en educación;
- La contribución potencial de la educación sexual y educación para la vida;
- Los efectos de la migración sobre la educación por medio de la fuga y la ganancia/recuperación de cerebros;

- Los costos económicos y los efectos sobre la pobreza de la violencia contra la mujer;
- Los efectos de la migración en la igualdad de género;
- Los efectos del rol de las mujeres en la salud infantil;
- Los efectos de las oportunidades de empleo de las mujeres en la reducción de la pobreza;
- Los efectos de la migración en la mortalidad infantil;
- El vínculo causal entre el aborto y la mortalidad materna;
- El vínculo causal entre la migración y la propagación del SIDA;
- Los efectos de la fuga de cerebros del sector médico en la prevención de la mortalidad infantil y del SIDA;
- La población y el uso sostenible del espacio;
- El rol de la distribución de la población y la migración en la vulnerabilidad ambiental.

La CEPAL (2004 a) hace notar que sólo se da consideración a un limitado número de factores demográficos en las estrategias de reducción de la pobreza y en otras políticas públicas. Leete y Schoch (2002: 9) señalan lo mismo, al referir al documento final de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible:

“Justo cuando el Informe de Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 2003 redescubría la idea de que la transición demográfica es central para la reducción de la pobreza y para el desarrollo sostenible, los principales documentos resultado de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible ignoran los vínculos analíticos entre población, dinámicas demográficas y desarrollo sostenible (Banco Mundial, 2002 b; Naciones Unidas, 2002 a).”

Esto también se aplica a los Informes de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGR), de los cuales casi todos los países de la región ALC han preparado al menos uno. Esos documentos son importantes porque proveen una imagen de cómo los propios países, como principales interesados en el esfuerzo por alcanzar esas metas, ven la situación y proveen información sobre las estrategias que han identificado para la consecución de este propósito (CEPAL, 2005 a). Sin embargo, con pocas excepciones notables, como el Informe Regional de los ODM producido por la CEPAL, los Informes de ODM, hasta el momento, prestaron muy poca atención a los temas de población y SSR. Incluso los capítulos dedicados a la salud materna a menudo dejan de mencionar las consecuencias de intervalos cortos entre nacimientos, abortos inseguros, y acceso a métodos anticonceptivos. En varios informes, la salud infantil es mencionada principalmente con relación a los servicios de salud, vacunación, nutrición y medicación - poco se dice sobre patrones reproductivos, amamantamiento y la necesidad de planificación familiar. El *Informe de Desarrollo Humano* de 2003, sobre los ODM, es un ejemplo en este sentido, debido a la escasez de referencias a temas de población y SSR. En su primer capítulo, el Informe reconoce que:

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han sido ampliamente aclamados, inspirando una energía renovada para la acción contra la pobreza, pero también han sido criticados

por ser demasiado limitados, pues dejan de lado prioridades de desarrollo, tales como una sólida gobernanza,, el crecimiento del empleo, la atención a la salud reproductiva y la reforma institucional de la gobernanza global.” (PNUD, 2003: 30)

Sin embargo, dicho eso, el Informe hace pocas referencias adicionales a temas relacionados con la población. Más recientemente, el modelo Maquette for MDG Simulations (MAMS), desarrollado por el PNUD y el Banco Mundial (Bourguignon et al., 2004; Lofgren & Díaz-Bonilla, 2006), se ha propuesto cuantificar las implicaciones económicas agregadas de los compromisos de los países, con 5 de las 18 Metas de los ODM y 6 de los 48 indicadores, usando la metodología de Equilibrio General Computable (CGE). Un mérito importante de este modelo radica en que va más allá de una mera contabilidad de costos y, en principio, permite la evaluación de las sinergias entre las diferentes Metas. Sin embargo, además del hecho de que considera un conjunto limitado de Metas (excluyendo, por ejemplo, hambre, equidad de género, SIDA y otras enfermedades y temas ambientales excepto lo referente al agua y al saneamiento básico), el modelo considera pocas, si alguna, de las interacciones que son objeto del presente documento. La simulación macro centra su interés enteramente en los flujos de recursos y la sensibilidad de las Metas en relación con las inversiones aplicadas a ellas. La población solamente aparece en la forma del crecimiento poblacional agregado. La micro simulación que puede ser anexada al modelo considera algunas interacciones a nivel del hogar, pero la mayoría de los vínculos causales mencionados en el presente documento no son tomados en cuenta. En la práctica, esto impone límites importantes a la capacidad del modelo para considerar sinergias entre las Metas, ya que estas sinergias no dependen solamente de la cantidad de recursos empleados, sino también de las estrategias específicas escogidas. Por ejemplo, la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, por medio de acciones que intentan limitar el número de embarazos en adolescentes menores de 18 años, tendrá implicaciones diferentes en la reducción de la mortalidad materna que una campaña igualmente exitosa para aumentar la cobertura de la vacunación infantil.

Más sorprendentemente, la evaluación exhaustiva de necesidades realizado en la República Dominicana (COPDES/Naciones Unidas/ONAPLAN/Millennium Project, 2005), que constituye uno de los estudios piloto apoyados por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas para evaluar los recursos y las medidas de políticas públicas necesarias para cumplir con los ODM, presta alguna atención a la SSR y a los derechos sexuales y reproductivos (DSR), dentro del contexto de equidad de género, pero también ignora temas poblacionales en todos los demás contextos. Esto es aún más sorprendente, puesto que la República Dominicana es uno de los países de la región con mayor proporción de emigrantes que viven fuera del país y una proporción sustancial de su PNB es generado por remesas. Ni la migración, ni la urbanización o el envejecimiento de la población se mencionan en el estudio, como factores condicionantes obviamente relevantes para lograr la reducción de la pobreza, el acceso universal a la educación o la sostenibilidad ambiental. Incluso se omiten las consecuencias de la migración internacional y el tráfico de mujeres para la igualdad de género.

Uno de los documentos que emergen del ejercicio de los ODM que sí da atención a los factores de población es *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los*

Objetivos de Desarrollo del Milenio, producido por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005 a). Además de sugerir el acceso a la SSR como una Meta separada bajo el Objetivo 5, este documento promovió diversas extensiones del concepto de equidad de género – varias de las cuales hacen una intersección con el área de población. Además, hace varias referencias a factores de población en los documentos producidos por las diferentes Fuerzas Tarea.⁵ Dándoles expresión continuada a las recomendaciones contenidas en ese documento, la Cumbre Mundial del septiembre de 2005 confirmó la importancia de la SR en la realización de los ODM, de forma que los países se comprometieron en el documento final a:

“Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.” (Naciones Unidas, 2005 a: párrafo 57g)

Dado todo lo anterior, el presente documento se destina a hacer un análisis detallado de cada ODM, para evaluar cómo son causalmente dependientes de tendencias demográficas, comportamientos reproductivos individuales, temas de género y la promoción de la SSR. Está siendo publicado como una de las actividades del Proyecto RLA5P201 “Apoyo Regional a Población y Desarrollo en la Implementación de los ODM”, desarrollado en conjunto con el Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de Brasil, localizado en su oficina de Brasilia. Además de contribuciones de consultores, la Guía incorporó investigación que se está llevando a cabo en el IPEA, particularmente en los capítulos de pobreza y educación. El propósito es demostrar cómo el progreso en los objetivos estipulados en la CIPD puede de hecho contribuir para la realización de los ODM. La Guía es primariamente basada en las experiencias de la región de ALC, como tratadas en los informes nacionales y regionales de los ODM y en varios documentos de investigación.

De varias maneras, el presente documento sigue la reciente publicación *Public choices, private decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, de Stan Bernstein y Charlotte Juul Hansen, que constituye uno de los productos de la participación del UNFPA en el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Las diferencias entre ambos documentos son básicamente dos. En la medida en que el presente estudio está centrado en la región ALC, está en una posición para ser un poco más específico con respecto a algunos temas que el estudio de Bernstein y Juul Hansen, que tiene un alcance mundial. Eso también permite a la presente publicación presentar más evidencia en detalle, especialmente a nivel de los países. Por otro lado, este documento dedica más atención a los temas más amplios de Población y Desarrollo, especialmente la migración y la distribución

⁵ El Proyecto del Milenio fue establecido en 2002, bajo el liderazgo del Prof. Jeffrey Sachs, Consejero Especial al Secretario-General para los ODM. Se formaron Fuerzas Tarea para el hambre; la educación y la equidad de género (2 grupos); salud infantil y materna; VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, y acceso a medicación esencial (4 grupos); sostenibilidad ambiental; agua y saneamiento; mejoría de la vida de los residentes de tugurios; comercio; ciencia, tecnología e innovación.

espacial, que el estudio por Bernstein y Juul Hansen, el cual está más centrado en SSR. Se espera que los usuarios de las dos publicaciones, particularmente de la región de ALC, las encuentren complementarias.

Ahora que la SR encontró su lugar en la agenda de los ODM como una Meta en separado, se hace más necesario que nunca argumentar la necesidad de que esas otras dimensiones de población en la realización de los ODM, sin necesariamente abandonar los argumentos más tradicionales que apoyan la contribución de la SSR al proceso. Todos esos temas, por lo tanto, serán analizados en la presente Guía, además de los más tradicionales.

Abajo sigue una visión general de los esquemas de metas e indicadores de ambas las agendas, para facilitar la comparación de sus amplitudes. Los indicadores ODM son los 48 indicadores estándar definidos por el Secretariado de Naciones Unidas, FMI, OCDE y el Banco Mundial. Los indicadores CIPD son derivados del sistema regional de monitoreo para la región de ALC elaborado por el CELADE (2001), complementados por indicadores adicionales propuestos de una lista mínima de 17 preparada y acordada por la OMS (2001 a).

Cuadro I.1 Esquema comparativo para CIPD, CIPD+5 y Metas ODM:

Programa de Acción de la CIPD	ODM
Además de alcanzar la meta de la enseñanza primaria universal antes del año 2015, velen por el acceso más amplio y temprano posible de la niña y la mujer a la enseñanza secundaria y superior, así como a la formación profesional y técnica, teniendo presente la necesidad de mejorar la calidad e importancia de esa educación. (Párrafo 4.18)	Garantizar que todos niños y niñas completen un curso completo de enseñanza primaria.
Los países deberían procurar reducir sus tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad infantil estuviese por debajo de 50 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 60 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad infantil estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos. (Párrafo 8.16)	Reducir de dos tercios la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.
Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. El logro de esas metas tendrá distintas repercusiones para los países según sus niveles de mortalidad materna en 1990. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos. (Párrafo 8.21)	Reducir de tres cuartos la tasa de mortalidad materna.
Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva este al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva. (Párrafo 7.6)	Acceso a servicios de SSR, incluyendo planificación de la familia. (Nota: en la corriente Meta propuesta en 2006 por el anterior Secretario-General Kofi Annan, la formulación es limitada a la salud reproductiva, ver sección 5.5.)

CIPD+5	ODM
<p>"Con asistencia de la comunidad internacional, los gobiernos y la sociedad civil deben alcanzar lo antes posible, y en todo caso antes del año 2015, el objetivo de la Conferencia de lograr el acceso universal a la enseñanza primaria, eliminar la diferencia entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005, y tratar de conseguir que en el año 2010 la tasa neta de matrícula, en la enseñanza primaria de los niños de ambos sexos sea de al menos el 90%, frente al 85% estimado para el año 2000." (Párrafo 34)</p> <p>"Los gobiernos, en particular de países en desarrollo, con la asistencia de la comunidad internacional, deben: (...) Reducir la tasa de analfabetismo de mujeres y hombres, de modo que llegue a lo más a la mitad para mujeres y niñas para el año 2005, en comparación con la tasa de 1990." (Párrafo 35 c)</p>	<p>Garantizar que todos los niños y niñas completen un curso completo de enseñanza primaria.</p>
<p>"os gobiernos deben tratar de asegurar que para 2015 todos los servicios de atención primaria de la salud y de planificación de la familia puedan proporcionar directamente o mediante remisión, la variedad más amplia asequible de métodos de planificación de la familia y anticonceptivos inocuos y eficaces; atención obstétrica esencial; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera (como preservativos masculinos y femeninos microbicidas, si se dispone de ellos) para evitar las infecciones. Para 2005, el 60% de los centros deberá poder ofrecer todos estos servicios, y para 2010, el 80% de ellos deberá poder hacerlo". (Párrafo 53)</p> <p>"Cuando haya una disparidad entre el empleo de anticonceptivos y la proporción de personas que expresan el deseo de espaciar o limitar sus familias, los países deberán intentar eliminar esta disparidad por lo menos en un 50% para 2005, un 75% para 2010 y un 100% para 2050. Al intentar lograr este nivel de referencia, no deben imponerse objetivos demográficos a los encargados de prestar servicios de planificación de la familia en forma de metas o cupos para la consecución de usuarios, si bien aquellos objetivos son objeto legítimo de las estrategias de desarrollo de los gobiernos". (Párrafo 58)</p>	<p>Atención a la salud reproductiva y necesidad no satisfecha de contracepción.</p>
<p>"Para 2005, en los lugares en que la tasa de mortalidad derivada de la maternidad 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%. (Párrafo 64)</p>	<p>Reducción de tres cuartos de la tasa de mortalidad materna.</p>
<p>"Los gobiernos, con asistencia del ONUSIDA y de los donantes, deberán organizar que para 2005 por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010 por lo menos el 95% de dichos jóvenes, tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efectos de reducir su vulnerabilidad a la infección con el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a métodos preventivos como los preservativos femeninos y masculinos, las pruebas de detección voluntarias, el asesoramiento y las medidas complementarias. Los gobiernos deben utilizar como indicador de referencia las tasas de infección con VIH en las personas de 15 a 24 años de edad con objeto de garantizar que para 2005 se reduzca la prevalencia en ese grupo de edades en el mundo entero y en un 25% de los países más afectados, y que para 2010 la prevalencia en ese grupo de edades se haya reducido en todo el mundo en un 25%." (Párrafo 70)</p>	<p>Parar y empezar a revertir la epidemia del VIH/SIDA.</p>

Fuente: UNFPA, 2003 c.

Cuadro I.2: Esquema comparativo entre los indicadores de CIPD y ODM

CIPD	ODM
<p>Indicadores contextuales para políticas públicas y de población</p> <p>Estructura de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población total • Población (masculina) • Población (femenina) • Población 0-14 (porcentaje) • Población 15-64 (porcentaje) • Población + 65 (porcentaje) • Población + 80 (porcentaje) • Tasa total de dependencia • Tasa de dependencia juvenil • Tasa de dependencia de la vejez <p>Crecimiento de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de crecimiento global • Tasa de crecimiento 0-14 • Tasa de crecimiento 15-64 • Tasa de crecimiento + 65 • Tasa de crecimiento + 80 • Tasa bruta de natalidad • Tasa bruta de mortalidad <p>Distribución poblacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urbanización (porcentaje) • Primacía de la ciudad principal (razón) • Población urbana – ciudades 2,000 – 20,000 • Población urbana – ciudades 20,000 – 50,000 • Población urbana – ciudades 50,000 – 500,000 	

<ul style="list-style-type: none"> • Población urbana – ciudades 500,000 – 1,000,000 • Población urbana – ciudades + 1,000,000 • Razón urbana mujeres/hombres • Razón rural mujeres/hombres <p>Envejecimiento demográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población adulta mayor (porcentaje) • Índice de envejecimiento • Hogares con adultos mayores (porcentaje) • Hogares con adultos mayores; 1 persona (porcentaje) • Hogares de una generación con adultos mayores + 1 persona (porcentaje) • Hogares multi-generacionales con adultos mayores (porcentaje) • Razón de adultos mayores mujeres/hombres 	
<p>Pobreza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población bajo línea nacional de pobreza • Población bajo línea nacional de pobreza (masculina) • Población bajo línea nacional de pobreza (femenina) • Población bajo línea de pobreza extrema • Población bajo línea de pobreza extrema (masculina) • Población bajo línea de pobreza extrema (femenina) <p>Desnutrición infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición de niños con menos de 5 años (total) • Desnutrición de niños con menos de 5 años • Desnutrición de niñas con menos de 5 años 	<p>Objetivo 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre</p> <p>Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (1993 PPP) (Banco Mundial) • Coeficiente de la brecha de pobreza [la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza] (Banco Mundial) • Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre (Banco Mundial) <p>Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padezcan hambre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia de peso (UNICEF-OMS) • Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (FAO)
<p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de analfabetismo (masculina) • Tasa de analfabetismo (femenina) • Tasa neta de educación primaria (masculina) • Tasa neta de educación primaria (femenina) • Tasa neta de educación secundaria (masculina) • Tasa neta de educación secundaria (femenina) • Tasa neta de educación superior (masculina) • Tasa neta de educación superior (femenina) 	<p>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal</p> <p>Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (UNESCO) • Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado (UNESCO) • Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años (UNESCO)
<p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de paridad de género en la educación primaria • Índice de paridad de género en la educación secundaria • Índice de paridad de género en la educación superior • Hogares con jefatura femenina • Tasa de participación económica (masculina) • Tasa de participación económica (femenina) • Empleada de acuerdo con las calificaciones, trabajadoras manuales • Empleada de acuerdo con las calificaciones, personal administrativo femenino • Empleada de acuerdo con las calificaciones, profesionales y técnicos mujeres • Empleada de acuerdo con las calificaciones, mujeres en posiciones de dirección • Brecha de acuerdo con las calificaciones, personal administrativo femenino • Brecha de acuerdo con las calificaciones, profesionales y técnicos mujeres • Brecha de acuerdo con las calificaciones, mujeres en posiciones de dirección • Mujeres parlamentarias (porcentaje) 	<p>Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres</p> <p>Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razón entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria y superior (UNESCO) • Razón entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años (UNESCO) • Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola (OIT) • Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional (Unión Interparlamentaria)
<p>Atención materno-infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad en la niñez • Tasa de mortalidad en la niñez (masculina) • Tasa de mortalidad en la niñez (femenina) • Tasa de mortalidad infantil • Tasa de mortalidad infantil (masculina) • Tasa de mortalidad infantil (femenina) • Tasa de mortalidad perinatal • Prevalencia de bajo peso al nacer • Cobertura de la vacunación contra sarampión • Cobertura de la vacunación (completa) • Tasa de mortalidad materna • Cobertura de la atención prenatal • Nacimientos asistidos por personal de salud • Disponibilidad de atención esencial obstétrica básica • Disponibilidad de atención esencial obstétrica comprensiva 	<p>Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años</p> <p>Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasas de mortalidad de menores de 5 años (UNICEF-OMS) • Tasa de mortalidad infantil (UNICEF-OMS) • Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (UNICEF-OMS) <p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p> <p>Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna (UNICEF-OMS) • Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (UNICEF-OMS)

<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de serología de sífilis en las mujeres • Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas debidas al aborto • Prevalencia reportada de mujeres con mutilación genital femenina 	
<p>Mortalidad general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida • Esperanza de vida (masculina) • Esperanza de vida (femenina) 	
<p>Enfermedades sexualmente comunicables y VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de la tasa de VIH entre mujeres embarazadas • Prevalencia de la tasa de VIH entre la población de edad fértil • Conocimiento de las prácticas de prevención de DST y VIH/SIDA 	<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</p> <p>Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el años 2015, la propagación del VIH/SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años (ONUSIDA-OMS-UNICEF) • Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anti-conceptivos (División de Población de las Naciones Unidas) • Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (UNICEF-OMS) • Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (UNICEF-OMS) • Tasa de prevalencia de uso de preservativos (División de Población de las Naciones Unidas) • Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años (UNICEF, ONUSIDA, OMS) <p>Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo (OMS) • Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo (UNICEF-OMS) • Prevalencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis (OMS) • Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS (estrategia recomendada internacionalmente para el control del tuberculosis) (OMS)
<p>Fecundidad y planificación de familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero de nacimientos • Tasa total de fecundidad • Fecundidad no deseada (porcentaje) • Tasa de prevalencia de contraceptivos • Demanda no satisfecha por planificación familiar • Prevalencia de la fecundidad en las mujeres <p>Salud sexual adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de fecundidad, mujeres 15-19 • Madres adolescentes (porcentaje) • Conocimiento de métodos contraceptivos, hombres 15-19 • Conocimiento de métodos contraceptivos, mujeres 15-19 • Conocimiento de período fértil 	
<p>Saneamiento básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a agua potable • Acceso a servicio de saneamiento 	<p>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p> <p>Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la superficie cubierta por bosques (FAO) • Relación entre zonas protegidas para mantener la biodiversidad biológica (PNUMA-WCMC) • Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1,000 dólares del producto interno bruto (PPA) (OIE, Banco Mundial) • Emisiones de dióxido de carbono per capita (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, División de Estadística de las Naciones Unidas) y consumo de clorofluocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) (PNUMA – Secretaría del Convenio sobre el Ozono) • Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos (OMS) <p>Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS) • Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS)

	<p>Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de hogares con acceso a tenencia segura (Naciones Unidas-Hábitat)
	<p>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</p> <p>Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.</p> <p>Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.</p> <p>Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).</p> <p>Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE (OCDE) • Proporción de la AOP total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento) (OCDE) • Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada (OCDE) • La AOD recibida en los países en desarrollo sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto (OCDE) • La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto (OCDE) • Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos (UNCTAD, OMC, Banco Mundial) • Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo (UNCTAD, OMC, Banco Mundial) • Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (OCDE) • Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial (OCDE, OMC) • Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo) (FMI – Banco Mundial) • Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (FMI – Banco Mundial) • Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios (FMI – Banco Mundial) • Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y 24 años, por sexo y total (OIT) • Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable (OMS) • Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes (UIT) • Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes (UIT)
<p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de desempleo (masculina) • Tasa de desempleo (femenina) 	