



el estado de la población mundial 2002

población, pobreza y oportunidades

## capítulos

<b>1</b>	<b>panorama general</b>	<b>2</b>
	Introducción	3
	La población, el desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	4
	Otras cuestiones fundamentales	6
	Cómo alcanzar los objetivos de erradicación de la pobreza	10
<b>2</b>	<b>caracterización de la pobreza</b>	<b>12</b>
	Distintos tipos de pobreza	14
	Una red de causas	14
	Medición de la pobreza	16
<b>3</b>	<b>macroeconomía, pobreza, población y desarrollo</b>	<b>18</b>
	La oportunidad demográfica	19
	Declinación de la fecundidad y crecimiento económico	22
	Mundialización y pobreza	24
<b>4</b>	<b>las mujeres y la desigualdad de género</b>	<b>25</b>
	Medición de la desigualdad de género	26
	Falta de equidad económica	27
	VIH, pobreza y desigualdad de género	29
<b>5</b>	<b>salud y pobreza</b>	<b>32</b>
	Salud reproductiva y pobreza	34
	Medición de las diferencias de salud entre ricos y pobres	35
	Apoyo a servicios de salud más equitativos	39
<b>6</b>	<b>el VIH/SIDA y la pobreza</b>	<b>43</b>
	Efectos devastadores	44
	Prioridades para la acción	46
<b>7</b>	<b>pobreza y educación</b>	<b>47</b>
	Diferencias en el acceso a la enseñanza y el nivel de educación, en función de la riqueza	48
	La brecha de género	49
	Utilidades para los pobres de las inversiones en educación	50
	Alcanzar los objetivos de la CIPD	51
<b>8</b>	<b>población, pobreza y objetivos mundiales de desarrollo: el camino hacia adelante</b>	<b>52</b>
	Marco	53
	Recomendaciones para la acción	54
	Recursos destinados a la población y la salud reproductiva	59
	Inversiones en servicios de salud y lucha contra la pobreza	61

## índice

<b>notas</b>	<b>63</b>
--------------	-----------

<b>fuentes para los recuadros</b>	<b>69</b>
-----------------------------------	-----------

<b>indicadores</b>	
Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados	70

Indicadores demográficos, sociales y económicos	73
--	----

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos	76
--	----

Notas	77
-------	----

Notas técnicas	77
----------------	----

## gráficos y cuadro

<b>gráfico 1</b> Aumento del ingreso per cápita, por región, 1975-1995	13
--	----

<b>gráfico 2</b> Tasas de mortalidad de menores de cinco años	14
---	----

<b>gráfico 3</b> Determinantes de los resultados en el sector de salud	33
--	----

<b>gráfico 4</b> Diferencias en la mortalidad de menores de un año	35
--	----

<b>gráfico 5</b> Diferencias en la atención prenatal	36
---	----

<b>gráfico 6</b> Diferencias en la atención del parto por personal capacitado	36
---	----

<b>gráfico 7</b> Diferencias en la fecundidad	37
--	----

<b>gráfico 8</b> Diferencias en el uso de métodos de planificación de la familia	37
--	----

<b>gráfico 9</b> Diferencias en la fecundidad de adolescentes	38
--	----

<b>gráfico 10</b> Desventaja relativa de distintos grupos por nivel de riqueza, en lo concerniente a elementos de salud reproductiva	38
---	----

<b>gráfico 11</b> Disparidades en la matriculación escolar en función del nivel de riqueza	48
--	----

<b>cuadro 1</b> Población que vive con menos de 1 dólar diario	13
--	----



**Thoraya Ahmed Obaid**  
Directora Ejecutiva  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

1 panorama general



## Introducción

Atacar la pobreza directamente – como cuestión de derechos humanos, a fin de acelerar el desarrollo y reducir la desigualdad dentro de un mismo país y entre distintos países – ha pasado a ser una urgente prioridad mundial. Los líderes mundiales han convenido en diversas nuevas iniciativas, entre ellas los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) de las Naciones Unidas. Este año, el informe *El Estado de la Población Mundial* contribuye al debate y orienta las acciones.

El número de personas (3.000 millones) que viven con 2 dólares al día, o menos<sup>1</sup> es igual a la suma de todas las personas agregadas a la población mundial a partir de 1960. Obviamente, no hay entre ambas cantidades una relación directa, pero cuando se debate la pobreza y la manera de eliminarla, no es posible dejar de lado la cuestión de la población.

- Las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población son más altas en los países más pobres. Muy probablemente, los países menos adelantados triplicarán su población hacia 2050, pues pasarán de 600 millones en 1995 a 1.800 millones.<sup>2</sup>
- Las estructuras de edades de la población tienen efectos sobre el desarrollo: una alta proporción de familiares a cargo menores de edad frena el crecimiento económico.
- El crecimiento urbano es más acelerado cuando las poblaciones son pobres. Muchos de los nuevos migrantes urbanos son muy pobres y llegan a las ciudades impulsados por el deterioro del

**I INCERTIDUMBRE ECONÓMICA** La situación económica mundial plantea retos al progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En términos generales, en el decenio de 1990 el producto interno bruto (PIB) per cápita de los países en desarrollo aumentó a razón de 1,6% anual, pero esos exiguos adelantos se distribuyeron de manera desigual. En el decenio de 1990, el aumento del PIB per cápita en los países más pobres fue más lento que en el decenio anterior.

Los países con ingresos medianos-bajos también tuvieron en el decenio de 1990 un desempeño económico inferior al del decenio anterior. En los países en transición y las economías en desarrollo de Europa y Asia central, en realidad, la situación económica declinó en el decenio de 1990. El aumento del PIB per cápita en los países de bajos ingresos en esta región fue en 1999-2000 de 2,2% anual. Se registraron tasas regionales similares en América Latina y el Caribe, el Asia meridional, el Oriente Medio y el África septentrional. En los países de África al sur del Sahara el rendimiento económico per cápita sólo aumentó en 0,6%. Si bien en el decenio de 1990 disminuyó en general la extrema pobreza de ingreso, gran parte de esa disminución se debió a los progresos logrados en unos pocos países asiáticos.

Este nuevo decenio comenzó con una incertidumbre aún mayor. Las recientes reducciones mundiales en el intercambio comercial, la contracción económica generalizada y las nuevas crisis bancarias y financieras, como las que están afectando al Brasil y la Argentina, plantean retos al crecimiento económico.

El crecimiento económico no basta por sí mismo para asegurar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Es preciso que cualquier adelanto logrado se encauce hacia la reducción de la pobreza.

medio ambiente, las penurias o la esperanza de mejorar su situación económica.

Con frecuencia, el desarrollo ha dejado de lado a las personas más pobres e incluso ha agravado las desventajas que ellas padecen. Los pobres necesitan acciones directas que los incorporen en el proceso de desarrollo y creen las condiciones para que puedan escapar de la pobreza.

Ya en 1994, los países del mundo convinieron en que la labor en materia de población y desarrollo es fundamental para aquellos propósitos. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, abordó las cuestiones de población y salud reproductiva dentro de un amplio marco de desarrollo, destacando la necesidad de incorporar diversos temas de población – entre ellos, crecimiento, ubicación, estructura de edades, desplazamientos y dinámica en evolución – al abordar las cuestiones del desarrollo sostenible. La CIPD aprobó importantes objetivos, entre ellos, mejorar la salud reproductiva y lograr la educación universal y la igualdad de género, todo ello dentro del marco de los derechos humanos.<sup>3</sup> La labor hacia esas metas se acopla sin solución de continuidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y refuerza el progreso hacia éstos.

La labor para alcanzar los objetivos de población contribuye a reducir la pobreza de diversas maneras; dos de las más importantes son:

- El crecimiento más lento de la población ha favorecido el crecimiento económico general en países en desarrollo.<sup>4</sup> A partir de 1970, los países en desarrollo donde las tasas de fecundidad y de crecimiento demográfico son más bajas han registrado mayor productividad, más alto nivel de ahorro y mayor cantidad de inversiones productivas. Los ingresos, medición habitual de la pobreza, han aumentado en todos los sectores sociales.
- El nivel de ingresos en sí mismo no refleja cabalmente la situación. Los países en desarrollo que han obtenido mejores resultados también han hecho inversiones en servicios para la atención universal de la salud, incluidos los de salud reproductiva, y en educación. Han avanzado en cuanto a reducir la desigualdad de género y eliminar los obstáculos que se oponen a la participación de la mujer en la sociedad en general. Esas inversiones sociales promueven los derechos humanos, mejoran el bienestar de las personas, contribuyen a acortar las distancias entre los pobres y los que están en situación más desahogada y reducen las desventajas a que están sometidos los pobres. Los propios pobres miden la calidad de sus vidas según esos criterios.

En el Capítulo 2 se consideran diferentes maneras de describir y medir la pobreza.

**LA OPORTUNIDAD DEMOGRÁFICA** Las inversiones sociales contribuyen a la conquista de la meta de un crecimiento más lento de la población. Mejorar la atención de la salud, la educación y las oportunidades de que disponen las mujeres es una cuestión de derechos humanos; empodera a las mujeres y también redundan, en general, en familias más pequeñas. Al cabo de una generación, esta reducción de las tasas de fecundidad crea una oportunidad demográfica, un período durante el cual un grupo grande de personas en edad activa mantiene a relativamente pocos familiares a cargo, ancianos y niños. Esta oportunidad demográfica sin par debería ser aprovechada por los países para efectuar inversiones en el crecimiento económico. Dicha oportunidad se crea por única vez y no por mucho tiempo. Al cabo de la generación siguiente se habrá

cerrado nuevamente, a medida que, nuevamente, las poblaciones vayan envejeciendo y vaya aumentando el número de familiares a cargo.

El aprovechamiento de la oportunidad demográfica ha aportado un tercio del crecimiento económico anual de los “tigres” del Asia oriental. México, el Brasil y algunos otros países también han aprovechado su oportunidad demográfica, pero otros no lo han hecho. Los países más pobres todavía distan mucho de abrir esa oportunidad demográfica, pero las inversiones que realicen ahora salvaguardarán el futuro; y también protegerán el presente. Salvarán vidas de mujeres y protegerán a sus familias; facultarán a las mujeres para que asuman el control de sus propias vidas.

Las pruebas recogidas también sugieren que las ventajas económicas de una tasa de fecundidad que va decreciendo cambian la distribución de la riqueza en beneficio de los pobres.

En el Capítulo 3 se consideran los efectos a macroescala de la población sobre el desarrollo

## La población, el desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La comunidad internacional se ha comprometido a alcanzar una ambiciosa meta: reducir a la mitad antes de 2015 el número de personas que viven en absoluta pobreza. Para conquistar los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro en la página siguiente), los líderes mundiales han aprobado varios objetivos específicos y detallados para: la esperanza de vida (una manera de medir la salud), la educación, la vivienda, la igualdad de género, el grado de apertura del intercambio comercial y la protección al medio ambiente.

En los nuevos objetivos se reconoce que la pobreza atañe a la dignidad, la oportunidad y la posibilidad de optar, así como al ingreso. Escapar a la pobreza no es una acción puramente individual. Depende del apoyo de las instituciones – la familia, el Estado, la sociedad civil, el sector privado, la comunidad local y las organi-

zaciones culturales – así como del ámbito político, económico y social que éstas crean y el apoyo y las oportunidades que proporcionan.

Las más ambiciosas acciones realizadas en la historia humana para la consecución del bienestar del ser humano deberían servir de inspiración, pero la inspiración debe estar respaldada por algunos conocimientos prácticos.

La primera condición de éxito es el respeto a la soberanía nacional: cada país decidirá cuáles son sus propias necesidades. La cultura y la historia nacionales, y los decenios de experiencia con la cooperación internacional, fundamentarán y conformarán las acciones.

En segundo lugar, los Objetivos de Desarrollo del Milenio se refuerzan recíprocamente. Todos son prioritarios y es preciso procurarlos al mismo tiempo. Dichos objetivos coinciden con las recomendaciones de las conferencias mundiales celebradas en el decenio de 1990, cuyos análisis y planes de acción siguen vigor.

En tercer lugar, las acciones en procura de metas específicas no excluyen las acciones en otros ámbitos, y es posible que las requieran: mitigación de la deuda, regímenes de intercambio comercial y disposiciones relativas a las inversiones, así como asistencia para el desarrollo

Finalmente, para lograr éxito se requiere el compromiso de todos los países y de los sectores privado y público.

En la series de grandes conferencias internacionales del decenio de 1990 se elaboró una agenda de acción social contra la pobreza, centrada en las personas individuales, hombres y mujeres. Los propósitos principales son lograr mejoras en la salud y la educación, con carácter de metas personales y, al mismo tiempo, como bienes públicos.

En lo concerniente a la salud, la reciente iniciativa sobre salud y macroeconomía recientemente emprendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial apoya firmemente esa agenda, focalizando la atención en la lucha contra el paludismo, la tuberculosis y el VIH/SIDA, así como otras enfermedades infecciosas y medioambientales.<sup>5</sup>

2

### LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA DAN BUENOS

**RESULTADOS** Los programas de planificación de la familia y la asistencia en materia de población propician menores tasas de fecundidad. Puede atribuirse a esos programas casi un tercio de la declinación mundial de las tasas de fecundidad entre 1972 y 1994. Esa contribución se sumó a las de la educación, la proporción de la mano de obra agrícola con respecto a la fuerza laboral total, el PIB per cápita, la proporción de población residente en zonas urbanas, los niveles de nutrición y el período transcurrido. Los efectos de los programas sobre las tasas de fecundidad fueron particularmente fuertes en Asia (adonde es posible atribuirles más de dos tercios de la declinación), fueron intermedios en América Latina y los Estados árabes y fueron débiles en África.

Los efectos sobre la fecundidad no

deseada fueron aún más patentes. Según algunos análisis, se debe a los programas de población de un 40% a un 50% del cambio. Esos programas reducen la fecundidad no deseada al proporcionar acceso a servicios de salud reproductiva e involucrando a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y al sector privado. El acceso universal a los servicios posibilitaría que las mujeres y sus compañeros tuvieran sólo el número de hijos que desean tener. Las comparaciones entre países indican que solamente la ausencia de acceso universal causa una diferencia de hasta un tercio en la tasa de utilización de métodos anticonceptivos modernos.

Las actividades de educación, información y comunicación son importantes para el éxito de los programas de población. Una mejor información hace posible y aceptable que las comunidades y las familias hablen de todo tipo de cuestiones relativas a la

salud reproductiva y actúen al respecto: cómo reducir las tasas de defunción de madres, menores de un año y niños en general y prevenir los alumbramientos no planificados; cómo alentar el intercambio de ideas y la adopción conjunta de decisiones por las mujeres y sus compañeros; cómo liberar a las mujeres para que puedan tener una más amplia participación social; y cómo reducir el estigma del VIH y enfrentar la amenaza que representa esta enfermedad.

La continuación del progreso depende de que continúen las inversiones, tanto nacionales como internacionales. A partir de 1969, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha sido la mayor fuente multilateral de asistencia en materia de población, pues ha aportado unos 6.000 millones de dólares a programas de población.

# La salud reproductiva, la planificación de la familia y las acciones en materia de población promueven los Objetivos de Desarrollo del Milenio

## Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre

- La planificación voluntaria de la familia puede ayudar a la gente a tener el número de hijos, grande o pequeño, que desea y a decidir cuándo tenerlos.
- La reducción de las tasas de fecundidad abre la “oportunidad demográfica” de acelerar el desarrollo social y económico.
- Las familias numerosas diluyen los bienes de los hogares más pobres. Los alumbramientos no planificados agravan la pobreza de los hogares.
- Las familias más pequeñas posibilitan mayores inversiones en la salud y la educación de cada niño.
- La mejora de los datos sobre las personas y sus necesidades promoverá la formulación de políticas y la focalización de los programas de desarrollo, además de mejorar la rendición de cuentas.
- La migración dentro de un mismo país y entre distintos países puede ser beneficiosa y plantea retos tanto en el lugar de origen como en el lugar de destino. Las políticas adecuadas pueden contribuir a maximizar los beneficios a las comunidades y las personas pobres.
- Un mejor espaciamiento de los hijos reduce la competencia para obtener alimentos dentro del hogar y mejora la nutrición infantil.

## Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal

- Los intentos de llegar a la educación universal han dejado rezagados a los niños pobres.
- Cuando hay grandes cantidades de hijos en las familias pobres, algunos hijos no reciben educación. Para otros, es posible que la educación quede demorada, interrumpida o abreviada.
- En las familias pobres, lo probable es que las niñas, más que los niños varones, queden privadas de educación.
- La continuación de la educación depende de que se eviten los embarazos no deseados. La iniciación precoz de la actividad sexual aumenta el riesgo de abandono escolar. En África al sur del Sahara, entre 8% y 25% de las tasas de abandono escolar son resultado del embarazo.
- El matrimonio precoz interrumpe la educación de las niñas.

## Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

- El progreso hacia la igualdad de género comienza con los indicadores comunes de alfabetización y educación. Continúa con la atención de la salud, incluido el control personal y voluntario de la propia fecundidad. Es importante que las familias y las sociedades acepten la más amplia participación de la mujer y eliminen los obstáculos que la impiden.
- Las niñas y las mujeres necesitan ámbitos donde estén protegidas contra la violencia por motivos de género, inclusive en el recorrido hacia la escuela y desde ella, y dentro de la escuela misma.

## Objetivo 4: Reducir la mortalidad en la infancia

- Las más altas tasas de mortalidad de niños menores de 1 año y de niños en general corresponden a las madres más jóvenes y a los alumbramientos muy próximos entre sí.
- Las altas tasas de fecundidad reducen la atención de la salud de los niños.
- Los hijos no deseados tienen más probabilidades de morir que los hijos deseados.
- La muerte de la madre incrementa el riesgo de que sus hijos mueran.

## Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- La atención durante el embarazo, el parto y el puerperio y la atención obstétrica de emergencia salvan vidas de mujeres.
- El embarazo es más riesgoso en la temprana juventud. Cada año, más de

100.000 mujeres corren riesgo de fístula obstétrica y más de 2 millones de mujeres ya padecen esas lesiones y están estigmatizadas.

- El riesgo a lo largo de toda la vida de una mujer de defunción y enfermedad derivadas de la maternidad depende del número de sus embarazos y de las condiciones de seguridad en que estos ocurran.
- La planificación de la familia salva vidas de mujeres. Reduce el número de embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones y defunciones maternas. Al empoderar a la mujer, será posible que ésta haga frente a las condiciones sociales que ponen en peligro su salud y su vida.

## Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades

- La mitad de los nuevos contagios con el VIH ocurren entre los jóvenes. Para prevenir la infección es preciso facultar a los jóvenes para que se protejan a sí mismos contra las enfermedades de transmisión sexual. Esto abarca impartir enseñanzas relativas a la abstinencia fuera del matrimonio, la fidelidad dentro de éste y el comportamiento responsable en todas las circunstancias, incluso el uso responsable de condones.
- Es menester suministrar condones masculinos y femeninos, en respuesta a las necesidades. Los países pobres necesitan sistemas que garanticen un suministro adecuado de productos de salud reproductiva y también necesitan apoyo para establecer y abastecer el sistema.
- Los programas integrados de salud reproductiva que satisfacen diversas necesidades a lo largo de todo el ciclo de la vida alentarán el uso de los servicios de salud y proporcionarán oportunidades adicionales de responder integralmente a las necesidades de salud. Las cambiantes estructuras de edades impondrán ajustes a largo plazo en los sistemas de salud.
- La pandemia tiene graves implicaciones para el logro de los demás objetivos, en particular, 1 a 5.

## Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

- El equilibrio entre el uso de los recursos y las necesidades ecológicas dependerá decisivamente del crecimiento de la población, de la ubicación de ésta, de sus movimientos, de los patrones de uso de los recursos y del manejo de los residuos.
- El rápido crecimiento de las poblaciones rurales pobres impone un enorme estrés al medio ambiente de distintas localidades. Los pobres necesitan tecnologías a fin de conciliar sus demandas sobre los recursos; también necesitan mejor educación y mejores servicios de salud, inclusive los de salud reproductiva, para mejorar el bienestar y reducir las tasas de fecundidad. Las políticas apropiadas reducirán la migración hacia las ciudades y promoverán un crecimiento sostenible de la población rural.
- La mejora sostenible en las vidas de habitantes de barrios marginales y de tugurios dependerá de las políticas que se adopten para abordar las altas tasas de crecimiento urbano, resultantes de los aumentos vegetativos y las migraciones.

## Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

- Los programas de población y salud reproductiva han quedado rezagados en los países menos adelantados, donde hay altos niveles de mortalidad y de fecundidad no deseada. Esos países recogerán los máximos beneficios del aumento de la asistencia internacional y la donación de su deuda, además de destinar recursos nacionales a la salud y la educación, y aprovecharlos eficazmente. Dichos países necesitan medicamentos esenciales a precios asequibles para el tratamiento del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, y un suministro seguro de anticonceptivos.
- Entre 2000 y 2015 casi 1.500 millones de jóvenes, varones y mujeres, se sumarán al grupo de edades de 20 a 24 años. Esos jóvenes, y centenares de millones de adolescentes, estarán buscando trabajo. Si encuentran empleo, impulsarán el crecimiento; si no lo encuentran, intensificarán la inestabilidad política.

En lo tocante a la población, en 1994 la CIPD hizo suya la amplia definición positiva de salud propuesta por la OMS, de “un estado general de bienestar físico, mental y social” y no de “mera ausencia de enfermedades o dolencias”,<sup>6</sup> y convino en que el derecho humano a la salud incluye la salud reproductiva. La Conferencia también hizo suyas las metas de educación universal y de eliminación de la brecha de género en la educación. El consenso internacional, anterior y posterior a la CIPD, reconoce explícitamente la importancia de las tendencias demográficas – crecimiento de la población, ubicación y desplazamientos de ésta, estructura de edades, y tasas de fecundidad y mortalidad – sobre todos los aspectos del desarrollo.

Se ha prestado creciente atención a los lugares donde hay grandes poblaciones de refugiados o personas desplazadas. Los desastres naturales, los conflictos y los disturbios sociales han dejado a millones de personas fuera del alcance de instituciones o sistemas de gobernabilidad en funcionamiento. Las situaciones de emergencia pueden ser a corto o largo plazo. Al aportar servicios inmediatos, sumados a acciones duraderas para el desarrollo y a medios de reasentamiento definitivo a esas poblaciones, se aporta una importante contribución a la lucha contra la pobreza. El progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio debe incluir a las personas que están en situación tan desesperada.

El acuerdo internacional sobre las cuestiones de población ha sido afirmado y repetido<sup>7</sup> tan a menudo que se suele dar por sentado su impacto demográfico. Los encargados de formular políticas incorporan sin titubeos en sus planes hipótesis demográficas, por ejemplo, acerca de la declinación de la fecundidad. Pero los buenos resultados demográficos dependen de contar con buenas políticas, basadas en datos de buena calidad. El éxito de las acciones depende por sobre todo de empoderar a cada individuo y cada pareja para que efectúen opciones libres.

## Otras cuestiones fundamentales

**POBREZA Y GÉNERO** Las mujeres están desproporcionadamente representadas entre los pobres. Las mujeres pobres, en su mayoría, viven en un hogar cuyo jefe es un hombre, pero algunas de las mujeres más pobres están en un hogar cuyo jefe es una mujer; un creciente número de éstas son viudas.

Al reducir la “brecha de género” en cuestiones de salud y educación se reduce la pobreza individual y se alienta el crecimiento económico. Los efectos son mayores en los países más pobres. El crecimiento económico y el aumento de los ingresos reducen la desigualdad de género pero no quiebran todas las barreras que se oponen a la participación social y el desarrollo de la mujer: es preciso realizar acciones específicas para detectar y eliminar el prejuicio de género, sobre la base de los principios de derechos humanos.

El efecto más obvio del prejuicio de género es la violencia sexual, dentro y fuera del hogar. Una de cada tres mujeres padecerá actos de violencia en algún momento de su vida.<sup>8</sup>

El prejuicio de género en la esfera económica tal vez sea difícil de detectar, pero sus resultados son reales y tangibles. Por ejemplo, el prejuicio de género puede obstaculizar acciones como mejorar el abastecimiento de agua y el suministro de energía, con lo que se reduciría el tiempo que deben dedicar las mujeres a recoger agua y combustible para cocinar. Las mujeres aprovechan el tiempo ahorrado para obtener ingresos adicionales y participar en asuntos de la comunidad.

A medida que van aumentando los ingresos, las familias pobres aumentan su gasto en la educación de los hijos, la atención de la salud y la nutrición y esto, en general, beneficia más a las niñas que a los niños varones. Los efectos se acumulan a lo largo de las generaciones, a medida que las madres educadas van efectuando mayores inversiones en la educación de sus hijas.

Los programas especiales de información y servicios pueden tener efectos mayores sobre las mujeres pobres, debido a que las personas en posición más desahogada ya tienen diversos medios de obtener esa información y esos servicios. Estudios realizados en Bangladesh comprobaron que la participación en programas que combinan la salud materno-infantil con la mitigación de la pobreza producen mayores reducciones en la mortalidad de niños, en particular de niñas, en los grupos más pobres, en comparación con los más ricos. Al combinar ambos tipos de actividades mejoró su eficacia.<sup>9</sup>

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL USO DE RECURSOS** Las mujeres realizan muy diversos tipos de trabajo, remunerados y no remunerados, en el hogar y fuera de éste. Gran parte de ese trabajo no se registra en los sistemas de contabilidad nacional. Tal invisibilidad se traduce en incapacidad: lo que los países no computan, tampoco lo apoyan.

La medición de la desigualdad de género no es fácil. Pero, sea cual fuere el patrón de medida utilizado, las mujeres sumadas en

3

**LAS VIUDAS Y LOS ANCIANOS POBRES** En los próximos decenios, a medida que vaya aumentando la esperanza de vida, se prevé que centenares de millones de mujeres entrarán en la viudez y esto tendrá importantes repercusiones sobre la provisión de servicios de seguridad social, salud y vivienda.

En los países más ricos, los ancianos que viven solos tienen más probabilidades que otros grupos de estar en el decil inferior de la distribución de ingresos y la mayoría de los ancianos que viven solos son mujeres. En Australia, Chile y los Estados Unidos, las ancianas tienen más probabilidades que los ancianos varones de reunir los requisitos necesarios para recibir asistencia social debido a su falta de medios económicos.

Cuando se consideran las economías de escala, las viudas que viven solas o con hijos solteros y las jefas de hogar (todas las cuales tienden a vivir en hogares relativamente pequeños) tienen mayores probabilidades de ser pobres. En algunos países africanos y asiáticos, las viudas que no tienen hijos varones adultos son especialmente vulnerables.

Se piensa, por lo común, que las viudas son personas de edad avanzada. Pero en muchos países es frecuente que las viudas sean jóvenes, debido a la más breve esperanza de vida de los hombres y a la gran diferencia de edades entre los cónyuges. Las guerras tienden a cobrarse las vidas de hombres en la flor de la edad. El VIH/SIDA acrecienta el riesgo de que muchas mujeres jóvenes queden viudas.

Las viudas ya constituyen una gran parte de la población mundial de personas de edad. Hacia mediados del decenio de 1990, más de la mitad de todas las mujeres mayores de 65 años en Asia y África eran viudas, mientras sólo entre un 10% y un 20% de los hombres eran viudos.

Según las proyecciones, en los próximos 50 años se triplicará con creces el número de personas de 60 y más años, desde 593 millones hasta 1.970 millones y esto acrecentará la proporción de ancianos en la población, desde 10% hasta 22%.

la pobreza tienen recursos muy inferiores a los de sus homólogos masculinos y mucho menos control de los recursos compartidos. Restaurar el equilibrio dependerá en parte de que las mujeres y los hombres puedan entablar alianzas para aumentar sus recursos compartidos. Una parte importante de las alianzas será compartir decisiones bien fundamentadas acerca de cuestiones sexuales, de reproducción, de responsabilidades en la familia y de crianza de los hijos, especialmente de las niñas.

Las mujeres pobres viven atrapadas por la pobreza, pero no están inactivas. Deben trabajar duramente sólo para sobrevivir. La capacidad de esas mujeres está reducida por el analfabetismo, la mala salud y la malnutrición. Con la poca energía que les queda, tratan de aprovechar todas las oportunidades que se les ofrecen para escapar de la pobreza.

Los obstáculos con que tropiezan en sus esfuerzos por abrirse paso son externos y suelen estar institucionalizados. Las prácticas tradicionales no dan lugar a la movilidad social. Los papeles de género son prescritos y rígidos. Quienes consideran que el cambio amenaza sus intereses, entre ellos individuos o grupos que detentan el poder en la sociedad tradicional, suelen oponerse a las iniciativas de empoderar a las mujeres pobres.

El cambio puede crear oportunidades para la mujer. Las nuevas oportunidades de empleo a consecuencia del desarrollo, por ejemplo en fábricas de textiles o talleres de montaje de artículos electrónicos, suelen beneficiar a las mujeres y no a los hombres. Esto puede fortalecer la posición de las mujeres dentro de la familia y su posibilidad de participar en la adopción de decisiones familiares, pero los hombres que se sienten amenazados por la nueva capacidad de sus compañeras tal vez respondan con actos de violencia.

El ámbito urbano es más flexible y ofrece más oportunidades, pero acarrea sus propios costos y obstáculos para las mujeres pobres. Al eliminar las barreras tradicionales se abren oportunidades, pero también se abre la posibilidad de explotación económica y sexual. La tradicional familia ampliada protege hasta cierto punto a la mujer, pero al mismo tiempo la inhibe. En un ámbito urbano, tal vez desaparezcan tanto la protección como las inhibiciones.

Cuando se reduce la desigualdad de género es posible acelerar el crecimiento económico y lograr poderosos efectos sobre la pobreza. Al comparar el Asia oriental y el Asia meridional entre 1960 y 1992, se percibe que el Asia meridional comenzó con mayores discrepancias de género en salud y educación y las subsanó más lentamente. Si las discrepancias de género se hubieran subsanado con la misma velocidad en ambas subregiones, el Asia meridional habría acrecentado entre 0,7% y 1,0% el crecimiento anual real per cápita de su PIB.<sup>10</sup>

Las cuestiones de género se consideran en el Capítulo 4.

**ADAPTACIÓN AL CAMBIO: SALUD Y EDUCACIÓN** Las disposiciones y prácticas sociales reflejan las realidades económicas. Gran parte de la actual tensión y malestar social en los países en desarrollo refleja la lucha por adaptarse al cambio económico. En esta lucha, los pobres suelen estar constreñidos por la tradición, pues carecen de facultades para efectuar otras opciones.

Aun cuando todas las sociedades asignan gran valor a la salud y a la educación como bienes privados, tienden a valorarlas menos en calidad de bienes públicos. Tal vez la situación esté cambiando; si la salud y la educación, así como otros medios de empoderar a los pobres para que escapen de la pobreza, se consideran cuestión de seguridad nacional, tal vez se les asigne más prioridad en su carácter de bienes públicos.

Proporcionar servicios universales de alta calidad de educación y salud a una población de gran magnitud y a un costo que todos

puedan sufragar es un reto para todas las sociedades. Los países que tienen una base impositiva pequeña, escasez de conocimientos prácticos de importancia vital y una administración sobrecargada deben vencer graves dificultades para poder adelantar. El relativo éxito de muchos países en desarrollo en cuanto a prolongar la esperanza de vida y reducir el analfabetismo trasunta su compromiso al respecto.

**POBREZA Y SALUD** La pobreza se cobra vidas. En los países menos adelantados, la esperanza de vida al nacer es inferior a 50 años, en comparación con 77 años en los países más ricos. Los pobres están más expuestos a los riesgos de salud que entraña el medio ambiente y al contagio, resultante de viviendas inadecuadas y hacinadas, carentes de servicios sanitarios o de agua no contaminada, a menudo ubicadas en zonas insalubres, tanto urbanas como rurales. Los muy pobres padecen hambre a diario. La malnutrición de la gente la predispone a una salud endeble y contribuye a las altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad entre los muy pobres. Los embarazos no deseados sobrecargan todavía más la salud de la mujer. Las infecciones y lesiones asociadas con el embarazo y el parto reducen la productividad de la mujer y menoscaban la calidad de su vida.

Los pobres consideran que la pobreza lleva aparejada la mala salud. La mala salud agrava la pobreza. Con gran frecuencia, las personas que han caído recientemente en la pobreza dicen que una causa de ello es la mala salud.<sup>11</sup> Los pobres tienen menor acceso a los servicios de salud que quienes están en mejor posición económica y tienen menos probabilidades de acudir en busca de atención médica cuando la necesitan. Los pobres a menudo no utilizan los servicios existentes, debido a su baja calidad. Incluso en sistemas de salud financiados con cargo a recursos públicos, la mayor parte de los recursos benefician a quienes están en mejor posición económica.

La mala salud retrasa el crecimiento económico. Dentro de los próximos dos decenios, las pérdidas de productividad en países en desarrollo debidas a la mala salud podrían ascender a unos 360.000 millones de dólares anuales.<sup>12</sup>

**LA MUJER Y LA SALUD REPRODUCTIVA** Gran parte de la carga de enfermedades, especialmente cuando se trata de mujeres en edad de procrear, se relaciona con las relaciones sexuales y la reproducción: en los países en desarrollo considerados en su conjunto es más del 20% y en África al sur del Sahara, 40%.<sup>13</sup>

Las mujeres sumidas en la pobreza también están asediadas por preocupaciones con respecto a la salud reproductiva. En especial, las mujeres jóvenes conocen poco acerca de la planificación de la familia y no creen que sea una opción a su alcance. Todas las presiones actúan en sentido contrario. Hay un fuerte prejuicio que favorece el matrimonio y la procreación precoces entre los jóvenes, debido a que se supone que los hijos y la familia contribuyen al bienestar. Las ideas de que familias más pequeñas, más saludables y mejor educadas también contribuyen al bienestar – y que hay opciones entre las cuales escoger – aparecen más tarde en la vida; para muchas mujeres, demasiado tarde.

Las relaciones sexuales y la reproducción son temas delicados en cualquier sociedad; es particularmente difícil entablar el diálogo acerca de la anticoncepción para los jóvenes, y mucho más para los jóvenes solteros, como una opción junto con la abstinencia. No obstante, es esencial ventilar las ideas: el embarazo no deseado en la adolescencia es un problema creciente en muchos países en desarrollo y la mitad de todos los nuevos contagios con el VIH ocurren entre personas de 15 a 24 años de edad.

El matrimonio precoz no protege la salud de las jóvenes: un embarazo antes de cumplir 18 años entraña muchos más riesgos para

**LOS POBRES HACEN OÍR SU VOZ** El proyecto apoyado por el Banco Mundial, *Voices of the Poor* (Voces de los Pobres), ilustra vívidamente la manera en que los pobres vinculan la pobreza con las altas tasas de fecundidad y la desigualdad de género.

Desde **Ghana**: “Los pobres, hombres y mujeres, en todas las comunidades visitadas ... consideran que la falta de dinero, el desempleo y el número excesivo de hijos son las causas principales de la pobreza. Otras causas mencionadas en la mayoría de las comunidades aluden al bajo rendimiento de los cultivos, la infertilidad de los suelos, las enfermedades y la mala salud. ... [Al enumerar] los efectos de la pobreza, cada una de las comunidades mencionó la mala salud o la muerte prematura ... En cinco comunidades, se considera que la

prostitución es una consecuencia. Los pobres suelen referirse a sus familias numerosas y al estrés que esto puede agregar sobre los escasos recursos y las relaciones sociales. En casi todas [las descripciones de] las causas de la pobreza, tanto las mujeres como los hombres han incluido alumbramientos no planificados, ausencia de la planificación de la familia o número excesivo de hijos”.

Desde **Malawi**: “Los participantes en un estudio sobre dos asentamientos urbanos ... dicen que algunos hogares son más prósperos debido a que ahora disponen de más métodos de planificación de la familia. Según una mujer pobre en Chemusa, en el pasado, las personas no utilizaban métodos de planificación de la familia y así tenían más hijos ... y en casi todos los casos era difícil presupuestar correctamente los gastos”.

Desde **Jamaica**: “Una mujer ... habla en nombre de muchas otras cuando explica que toda mujer debe tener sus propios medios económicos, de modo de no sentirse desvalida ... Muchas mujeres reconocen su impulso hacia la independencia financiera y expresan su apreciación por la mayor libertad que acarrea tener un ingreso ... Otras mujeres aconsejan tener vivienda propia y finanzas propias, para no verse obligadas a permanecer en parejas abusivas ... Una mujer en Cassava Piece señala que muchas mujeres trabajan ahora para no verse obligadas a tolerar la necesidad de los hombres. En algunas comunidades urbanas, las mujeres mencionan que disponen de mayor libertad para escoger métodos de planificación de la familia”.

esa niña que para una mujer mayor de 20 años. Las madres adolescentes son más vulnerables a lesiones como la fistula obstétrica, que si no es reparada malogrará el resto de sus vidas. Las parejas masculinas de las mujeres jóvenes tienden a ser mayores, tener más experiencia sexual y mayores probabilidades de estar contagiados con el VIH. Las adolescentes, casadas o solteras, tienen más probabilidades de tener reacción serológica positiva al VIH que los varones de la misma edad.

#### **BRECHA ENTRE RICOS Y POBRES EN SALUD REPRODUCTIVA**

Hay diferencias en muchas esferas de la vida entre ricos y pobres; pero las mayores diferencias se acusan en materia de salud. Las discrepancias de salud entre ricos y pobres son por lo general mayores en los países más pobres que en los más ricos, pero esto no necesariamente debe ser así. Los países que diseñan su sistema de salud de modo de promover la igualdad pueden lograr un menor margen de diferencia, sea cual fuere su nivel de ingresos.

Una de las diferencias reside en que las personas en mejor posición económica conocen los sistemas sanitarios y pueden usarlos, tanto los servicios de salud en general como los de salud reproductiva y salud maternoinfantil en particular. Un estudio realizado en 44 países en desarrollo mostró que la fecundidad es mayor entre los más pobres y va disminuyendo paulatinamente a medida que los grupos tienen mayores ingresos.<sup>14</sup> Los que están en posición más acomodada tienen menos cantidad de hijos que los pobres y además, tienen sólo los hijos que quieren tener. Las mujeres pobres aspiran a tener más hijos que las personas acomodadas, pero tienen muchos más que los que querrían tener.

Un embarazo no deseado puede costar la vida de una mujer; en los países más pobres, las mujeres más pobres enfrentan un riesgo de muerte a consecuencia del embarazo que es hasta 600 veces superior al que corren sus homólogas en mejor posición económica. Cada año, más de medio millón de mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo y el parto y casi todas ellas están en países en desarrollo. Cantidades muy superiores de mujeres padecen enfermedades o lesiones por las mismas causas.

Las mujeres pobres en países pobres necesitan desesperadamente atención prenatal y servicios para el parto sin riesgo, inclusive atención obstétrica de emergencia. También necesitan información sobre planificación de la familia y servicios para reducir el número de embarazos no deseados y evitar el aborto, que a menudo es ilegal y se realiza en malas condiciones.

Para los jóvenes, el matrimonio precoz, la presión social y la renuencia gubernamental a gastar fondos públicos para proteger su salud reproductiva, aumentan los peligros de ser joven y pobre. En América Latina, por ejemplo, en las familias más pobres las adolescentes de 15 a 19 años tienen probabilidades entre cuatro y diez veces superiores de haber tenido ya un hijo que las jóvenes de los hogares más pudientes.

**LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD DEBERÍA APOYAR LA SALUD REPRODUCTIVA** La reforma del sector de salud tiene el propósito de mejorar el alcance y la calidad de los servicios, pero la salud depende de más factores que los servicios de salud. La reforma será realmente eficaz sólo si al mismo tiempo se reforman otros sectores, en especial la educación, las relaciones de género y la calidad general de la administración pública, inclusive la obtención de mayores recursos y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Con frecuencia, la reforma de los servicios de salud va acompañada de descentralización, para que los servicios locales puedan responder a las necesidades locales. La eficacia de la reforma depende de que se garantice la financiación – proporcionando más recursos y aprovechando mejor los fondos disponibles – y que se cuente con el apoyo del gobierno central a los servicios que no pueden suministrarse localmente.

Los sistemas de salud se focalizan en el tratamiento y la cura, de modo que es necesario adoptar medidas específicas para propiciar los servicios preventivos, como los de salud reproductiva. Las alianzas con las ONG y con las entidades del sector privado pueden ser productivas.

Los sistemas descentralizados pueden prestar mayor atención a la falta de equidad en la prestación de servicios de salud. Pueden

utilizarse cargos asequibles para los usuarios de servicios, a fin de mejorar la calidad de la atención, pero los pobres no pueden sufragar pagos de ningún monto. Esos pagos han significado que millones de pobres, particularmente mujeres y niños, renuncien a la atención que necesitan.

En el Capítulo 5 se consideran las cuestiones de salud.

**VIH/SIDA** La pobreza, la desigualdad y la mundialización se combinan para agravar el impacto de la pandemia, que es la principal causa de defunción en África, donde hay 28 millones de personas que viven con el VIH/SIDA. De los 40 millones de personas actualmente infectadas, todas, salvo 1,5 millón, viven en países en desarrollo. La propagación de la enfermedad se está acelerando en Europa oriental y el Asia central y cada día va en aumento la amenaza en la India y China.

En 2001, perdieron la vida a causa del SIDA 3 millones de personas, del total de 22 millones de vidas que la enfermedad se ha cobrado. Las defunciones a causa del SIDA han dejado a 13,4 millones de niños sin uno o ambos progenitores; estos niños constituyen un tercio del total de huérfanos. Para los pobres, esta situación significa que deben depender cada vez más de la generación de los abuelos, pero los ancianos a menudo no están en condiciones de abrirse paso en esas circunstancias. Va en aumento el número de niños pobres que carecen de todo tipo de apoyo familiar.

**LA POBREZA PROPAGA EL VIH/SIDA** El paludismo, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual que predisponen al contagio con el VIH son más comunes entre los pobres. Los pobres tienen menos conocimientos sobre el VIH/SIDA y están en peores condiciones de protegerse a sí mismos. Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables y están especialmente mal informadas: en un país africano, casi nueve de cada diez adolescentes sexualmente activas no tenían ningún conocimiento acerca del VIH/SIDA. El impacto del SIDA empobrece más a las familias afectadas.

El VIH/SIDA es un desastre demográfico, social y económico. Dado que mata a adultos predominantemente jóvenes, los países más afectados están presenciando cómo se diezma a toda una generación en edad productiva, con las consiguientes consecuencias: tragedia personal, familias sumidas cada vez más en la pobreza, comunidades amenazadas, debilitamiento de la trama social y ahora, amenaza de crisis económica.

En los países más gravemente afectados, va en aumento el número de funcionarios públicos y empleados del sector privado que enferman. A causa de la pandemia, hacia 2020 la magnitud de las economías podría ser de un 20 % a un 40% inferior a la esperada. El deterioro de los servicios públicos, como los de educación y salud, empeorará aún más la situación de los pobres. Los servicios de salud ya están fuera del alcance de muchos entre los más pobres debido al pago de honorarios por los servicios y otros gastos. La educación puede proporcionar una "vacuna social", pero los sistemas de educación y de salud se están desintegrando a medida que van muriendo los maestros y los agentes de salud.

No hay signos de que la pandemia esté perdiendo terreno. En cambio, está amenazando con arrasar a los países más populosos del mundo: la India, China e Indonesia. Un eficaz liderazgo ha tenido a raya el contagio en países como el Senegal, Tailandia y Uganda, pero son numerosos los líderes a todos los niveles que aún no han enfrentado la pandemia. Pese a numerosas declaraciones de apoyo, los miembros de la comunidad internacional aún no han aportado los recursos que necesitan los países pobres.

La enfermedad se propaga, casi en todos los casos, debido al contacto sexual sin protección, predominantemente entre hombres y mujeres. Aproximadamente un tercio de las madres contagiadas transmiten la enfermedad a sus hijos en el útero. Las mujeres son más vulnerables al contagio por razones fisiológicas y sociales y las trabajadoras del sexo tienen probabilidades mucho mayores que la población en general de contagiarse, aunque el comportamiento sexual de los hombres es mayormente responsable de la propagación de la enfermedad.

La mitad de todos los nuevos contagios con el VIH ocurren entre jóvenes de 15 a 24 años y las jóvenes mujeres tienen muchas más probabilidades de estar infectadas que los varones de su misma edad, lo cual refleja su vulnerabilidad social. Los jóvenes ignoran todo acerca de la enfermedad y sus efectos y tampoco saben cómo protegerse contra el contagio. Muchas sociedades siguen considerando que esta información no es apta para los jóvenes, pese a las abundantes pruebas de que el ejercicio de responsabilidad sexual, inclusive la abstinencia, depende, al menos en parte, de disponer de información fidedigna y oportuna, y que los jóvenes utilizarán de manera responsable la información sobre cuestiones sexuales y los servicios al respecto.<sup>15</sup>

Frenar la pandemia significa frenar la propagación del contagio. La prevención requiere contar con información y servicios adecuados, que deberían incluir el énfasis en la abstinencia fuera del matrimonio y la fidelidad dentro de éste. Los tratamientos pueden ser útiles, pero cualquier importe es excesivo para las personas más pobres. Es preciso contar con suministros suficientes de condones masculinos y femeninos y con la motivación de las personas para usarlos. En la actualidad, sólo una persona de cada cinco tiene acceso a la información y los servicios necesarios para protegerse contra el contagio.

Las exhortaciones a "cambios en el comportamiento" no bastarán para motivar a las personas y lograr que se protejan a sí mismas, ni las facultará para que lo hagan. El VIH/SIDA acompaña la pobreza, es propagado por la pobreza y, a su vez, produce pobreza. El contagio cunde rápidamente entre los jóvenes que carecen de confianza en el presente o de esperanzas para el futuro.<sup>16</sup>

Las estrategias eficaces para contrarrestar la epidemia no deben limitarse a la medicina y los servicios de salud, sino que deben involucrar a la comunidad. Requieren estrechas consultas con las personas a quienes tratan de prestar asistencia.<sup>17</sup> Es fundamentalmente necesario contar con líderes fuertes y comprometidos que conduzcan mediante el ejemplo, además de la exhortación.

El Fondo Mundial para el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo logrará mucho en la lucha contra la pandemia, si la comunidad internacional proporciona los recursos necesarios.

El VIH/SIDA se considera en el Capítulo 6.

**EDUCACIÓN Y POBREZA** Ha mejorado el acceso a la educación básica como derecho humano, pero es mucho lo que queda por hacer. Los pobres se han beneficiado menos que quienes están en situación más desahogada. El impulso por lograr educación primaria universal ha dejado de lado a los niños pobres. En muchos países, persisten las diferencias entre zonas urbanas y zonas rurales.<sup>18</sup>

El contenido y la calidad de la educación, así como su nivel, afectan las perspectivas de desarrollo de los niños. Las madres educadas alientan y apoyan la educación de sus hijos.<sup>19</sup> Conocen el valor de la educación y, al mismo tiempo, están en condiciones de sufragarla. Los pobres no pueden permitirse suplementar con educación privada la que ofrecen los inadecuados sistemas públicos.

El número de hermanos y hermanas puede afectar las oportunidades de educación de un niño. Con frecuencia, las familias pobres deben escoger cuáles entre sus hijos han de recibir educación. En las familias ampliadas, los parientes a veces sufragan parte de los costos, pero las familias suelen elegir a los varones y postergar a las niñas, las que reciben escasa o ninguna educación. Es posible que los padres y las madres estén preocupados acerca de la seguridad de las niñas en la escuela o en el trayecto desde o hacia ésta. A medida que las niñas van creciendo, el embarazo es siempre un riesgo. Incluso sin esas presiones, la necesidad de ayudar a las madres en sus múltiples tareas a menudo tiene precedencia con respecto a la escolarización de las niñas. En muchos países, en los últimos decenios se ha acortado la discrepancia de género en la educación primaria, pero a veces esto sólo obedece a que los niños varones se han ido retrasando.

Muchos niños no se benefician con una familia de dos progenitores. Los más afortunados viven en familias monoparentales o en hogares de guarda de parientes, pero hay grandes y crecientes cantidades de niños abandonados, huérfanos (cada vez más debido al VIH/SIDA) o vendidos a la esclavitud sexual. Sus vidas son mayormente breves, dolorosas y desdichadas.

Para educar a los hijos de los pobres, especialmente a los que están fuera del alcance de las familias, es preciso desplegar esfuerzos especiales. La sociedad civil ayuda a llegar a los niños que no están incorporados en el sistema escolar, pero en la mayoría de los países en desarrollo, esos esfuerzos son fragmentarios. Se necesitan inversiones de enorme magnitud en la educación tanto escolar como extraescolar, dentro y fuera de las escuelas.

**SALUD Y EDUCACIÓN** Las madres educadas tienen hijos más saludables. Poseen más conocimientos sobre la buena nutrición y como tienen familias más pequeñas, en ellas hay menos competencia para obtener alimentos. A esa combinación puede atribuirse un 43% de la reducción de la malnutrición infantil entre 1970 y 1995.

Las mujeres educadas tienen menor cantidad de hijos y menor cantidad de alumbramientos no deseados o inoportunos, pero hay otras influencias que convergen hacia el mismo fin. Las mujeres educadas suelen proceder de familias educadas y poseen conocimientos sobre la atención de la salud y la planificación de la familia, además de utilizar los servicios. La educación puede estimular el deseo de tener mejores servicios de salud y familias más pequeñas, pero la educación no puede equipararse ni a una clínica ni a un anticonceptivo. Las mujeres necesitan servicios para plasmar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades.

Cuando tienen menor cantidad de hijos, las familias pueden efectuar mayores inversiones en la educación de cada niño.<sup>20</sup> Los hijos no deseados tendrán menos educación si los progenitores deben sufragarla, como ocurre cada vez con mayor frecuencia.<sup>21</sup>

En el Capítulo 7 se trata de la educación.

## Cómo alcanzar los objetivos de erradicación de la pobreza

¿Qué es preciso hacer para reducir a la mitad antes de 2015 el número de personas pobres? Para los países, el crecimiento económico general no basta: es preciso orientar las acciones de desarrollo hacia los pobres. La comunidad internacional debería tomar en cuenta el contexto de la pobreza, y no limitarse a las fuerzas de mercado para crear un ámbito internacional que aliente el desarrollo.

**MARCO** Las conferencias internacionales celebradas en el decenio de 1990, la Cumbre del Milenio en 2000 y la Conferencia Internacional sobre la Financiación del Desarrollo celebrada en 2002 convinieron en una serie de metas a fin de reducir a la mitad la pobreza antes de 2015. Muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluidos los atinentes a la salud, dependen de las metas convenidas en materia de población, entre ellas la disponibilidad universal de planificación de la familia y otros servicios de salud reproductiva, el empoderamiento de la mujer y el logro de la equidad e igualdad de género.

La Comisión OMS/Banco Mundial sobre Macroeconomía y Salud reconoció que las cuestiones de población y salud reproductiva son fundamentales para el logro de los objetivos aprobados en la Cumbre del Milenio y de todo el temario de desarrollo. Para mejorar la salud no es posible limitarse a detectar las enfermedades y ofrecer tratamiento. Es preciso acordar alta prioridad a la acción preventiva en materia de salud, incluida la salud reproductiva.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio abarcan la reducción de la mortalidad de madres, menores de un año y niños en general. La mejora en los servicios de salud reproductiva contribuirá a alcanzar esas metas mediante la provisión directa de servicios y los beneficios indirectos de un mejor espaciamiento de los nacimientos.<sup>22</sup> Los servicios de salud reproductiva también ofrecen educación, consejería y distribución de condones para combatir el VIH/SIDA. Esos servicios pueden beneficiar directamente a los pobres.

Las tendencias de la población afectarán las perspectivas de lograr una mejora sostenida de la pobreza después de transcurridos los 15 años que constituyen el horizonte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La menor fecundidad y el más lento crecimiento de la población aumentarán transitoriamente el tamaño relativo de la fuerza laboral, con lo cual se abrirá por única vez una oportunidad histórica, una oportunidad de efectuar inversiones en el crecimiento económico; pero en los países más pobres, el impulso del crecimiento demográfico y los altos niveles de fecundidad no deseada retrasan esa oportunidad. La pandemia del VIH/SIDA puede clausurar esa oportunidad antes de que se abra, debido a que la defunción de adultos jóvenes menoscaba el crecimiento de la población en edad activa. La enfermedad, al mismo tiempo que causa devastación en el presente, escamotea el futuro.

**RECOMENDACIONES** Los requisitos esenciales son: dirigir la asistencia directamente a los pobres, reducir los costos que ellos deben sufragar y darles una voz en las políticas y los programas que los afectan.

Es preciso que los gobiernos, las comunidades, el sector privado y la comunidad internacional cooperen más estrechamente, para utilizar de la mejor manera posible los limitados recursos nacionales e internacionales y aprovechar las ventajas comparativas. Una estrecha coordinación entre los diferentes componentes del sistema de las Naciones Unidas será una importante parte del proceso.

Los donantes deberían alentar las alianzas entre gobiernos y ONG, prestando particular atención a incorporar las opiniones de los pobres en el diseño, la realización y el monitoreo de programas. Este enfoque participatorio posibilita la retroinformación sobre prioridades y procesos

La salud reproductiva – atención prenatal y posnatal, parto sin riesgo, planificación de la familia y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA – es más eficaz cuando forma parte de un conjunto integral de servicios. La reforma del sector de salud en muchos países pobres incluye conjuntos integrados de

servicios de salud, pero durante la transición es menester prestar especial atención a proteger los servicios que benefician a los pobres y asegurar que ellos tengan voz. Esto es especialmente importante para las mujeres, que son quienes más pueden beneficiarse con servicios eficaces de salud reproductiva. Los programas deben abordar las particulares necesidades de grupos especialmente vulnerables, como los jóvenes, los migrantes y los refugiados.

Con frecuencia, las diversas necesidades de los pobres se abordan mejor en programas integrados. El empoderamiento de la mujer otorgándole pequeños préstamos en virtud de planes de microcrédito ha demostrado ser eficaz, especialmente cuando en el conjunto de servicios se incluyen otros, como los de alfabetización y salud reproductiva.

En todos los programas relativos a la población, los mejores sistemas de datos redundan en mejor información, más conciencia de la situación, mayor eficacia y mejor retroinformación. Los países necesitan mejores datos sobre los beneficios y los costos de los programas, la procedencia de los recursos para éstos y la manera de utilizarlos más eficazmente. Los países necesitan datos sobre condiciones y tendencias demográficas a fin de mejorar sus políticas en beneficio del desarrollo.

La educación universal es un objetivo sobre el cual hay acuerdo unánime. Pero su propósito quedará desvirtuado si no se matriculan y no continúan sus estudios los niños pobres, especialmente las niñas. Esas acciones deben incluir medidas especiales para evitar el matrimonio precoz, el embarazo no deseado y el contagio con el VIH.

Las inversiones en educación arrojan utilidades sustanciales. La educación femenina, aparte de empoderar a la mujer y ampliar sus opciones en la vida, tiene una eficacia en función de los costos particularmente buena, porque los beneficios se transmiten a sus hijos. No obstante, los beneficios de la inversión pueden disiparse cuando la falta de opciones acerca del número, el momento de nacer y el espaciamiento de sus hijos, sumada a rígidos papeles de género, reducen la participación social y económica de la mujer.

**RECURSOS** La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo aprobó el presupuesto de un conjunto de respuestas para la salud reproductiva y otras necesidades: en el año 2000 se necesitarían 17.000 millones de dólares anuales, que aumentarían hacia 2005 hasta 18.500 millones de dólares, en 2010 hasta 20.500 millones de dólares, y en 2015 hasta 21.700 millones de dólares. La comunidad internacional aportaría un tercio de esas sumas. Se necesitarían recursos adicionales para la infraestructura básica de desarrollo, la atención terciaria, la atención obstétrica de emergencia, la prevención y la atención especializada para el VIH/SIDA y el tratamiento y la atención de quienes viven con el VIH/SIDA.

Además, se necesitarían recursos para otros objetivos de desarrollo relativos a la población que figuran en el Programa de Acción, entre ellos:

- educación básica universal;
- empoderamiento de la mujer;
- problemas del medio ambiente;
- generación de empleo;
- erradicación de la pobreza.

Los países donantes están aportando menos de un cuarto de los gastos actuales hacia la meta del acceso universal a servicios de salud reproductiva antes de 2015. Los países en desarrollo han aportado 8.300 millones, 76% del total y un 73% del compromiso

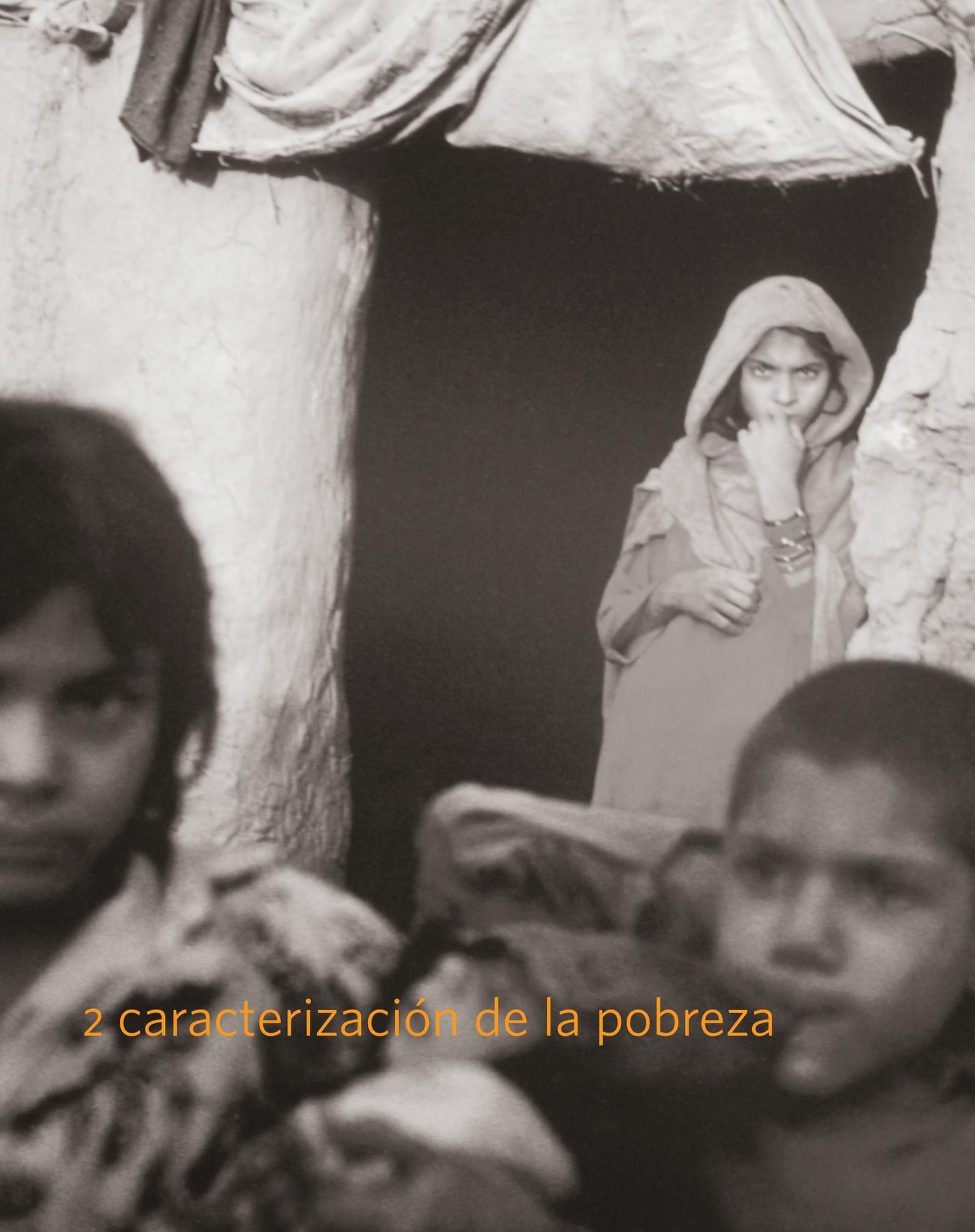
asumido. Unos pocos países de gran magnitud han efectuado la mayor parte de esos gastos.

**COSTOS Y BENEFICIOS** El costo de denegar atención de la salud, educación y empoderamiento a las personas más pobres del mundo no puede computarse sólo en dinero. Solamente la violencia por motivos de género, y solamente en los países industrializados reduce, según se estima, en un 20% los años de vida saludable de mujeres de entre 15 y 44 años de edad. El costo económico calculado, o los beneficios perdidos, deben multiplicarse por los efectos sobre los hijos, las familias y las comunidades a lo largo de las generaciones.

Los decenios de investigaciones sociales y económicas muestran que los programas de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, figuran entre los programas de salud y desarrollo social con mayores beneficios en función de los costos. La educación ofrece incuestionables beneficios, especialmente para la mujer. Los adelantos hacia el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género han enriquecido las vidas y aumentado las contribuciones de innumerables mujeres.

El acceso universal a los servicios de salud reproductiva, educación universal y empoderamiento de la mujer son objetivos de desarrollo en sí mismos, pero también son condiciones para eliminar la pobreza, subsanar las brechas entre los más ricos y los más pobres del mundo y crear una sociedad mundial que sea a la vez estable y justa.

En el Capítulo 8 se consideran las recomendaciones y los recursos.



2 caracterización de la pobreza

**DISTINTOS TIPOS DE POBREZA** El indicador más común para la medición de la pobreza es el ingreso, pero la pobreza tiene muchas dimensiones. Al mismo tiempo que los pobres carecen de dinero, se ven privados de servicios, de recursos y de oportunidades. Sus limitados recursos están distribuidos de manera ineficiente. La energía y el agua cuestan más por unidad consumida; paradójicamente, la pobreza es costosa para los pobres.

La salud de la gente, su educación, las relaciones de género y el grado de inclusión social son todos factores que promueven o menoscaban el bienestar de las personas y contribuyen a determinar el grado de prevalencia de la pobreza. Escapar de la pobreza depende de mejorar la capacidad personal y acrecentar el acceso a diversos recursos, instituciones y mecanismos de apoyo.

El crecimiento económico no eliminará por sí mismo la pobreza. Las suposiciones de que la riqueza “se filtrará” hasta llegar a los pobres o que “cuando la marea sube, levanta todas las embarcaciones” son símiles cómodos, pero no siempre corresponden a la realidad de la experiencia, especialmente en los países más pobres y entre las personas más pobres. Para eliminar la extrema pobreza es menester asumir un compromiso en pro de las medidas necesarias y realizar acciones específicas a esos efectos.

**POBREZA DE INGRESO** En los últimos tres decenios, la economía mundial ha crecido sostenidamente, pero los adelantos generales pueden ocultar importantes diferencias de una región a otra, de un país a otro o dentro de un mismo país. Por ejemplo, una gran proporción de las reducciones estimadas en la pobreza mundial son consecuencia del crecimiento económico en China. La pobreza de ingreso persiste y en muchos países se está agravando.

Sobre la base de la medición del gasto, la proporción de la población de países en desarrollo que vive con menos de 1 dólar diario disminuyó desde un 28,3% en 1987 hasta 23,4% en 1998. Los porcentajes reflejan el crecimiento de la población; las cantidades absolutas han permanecido relativamente estables, en aproximadamente 1.200 millones de personas.

La reducción ha sido desigual en diferentes regiones (Cuadro 1). Las reducciones más pronunciadas han ocurrido en el Asia oriental,

**Cuadro 1. Población que vive con menos de 1 dólar diario**  
(en paridades de poder adquisitivo de 1993)

	1987		1998	
	%	millones	%	millones
Asia oriental	26,6	417,5	14,7	267,1
Europa oriental/Asia central	0,2	1,1	3,7	17,6
América Latina/Caribe	15,3	63,7	12,1	60,7
Oriente Medio/África del Norte	4,3	9,3	2,1	6,0
Asia meridional	44,9	474,4	40,0	521,8
África al sur del Sahara	46,6	217,2	48,1	301,6

Fuente: Banco Mundial.

principalmente en China. El aumento más marcado ha ocurrido en Europa oriental y Asia central. Tanto en Asia como en África, se registraron incrementos netos en el número de pobres. En el Oriente Medio y América Latina, se lograron adelantos de poca magnitud en la reducción de la pobreza.

Recientemente, el concepto de pobreza de ingreso se ha ampliado para incluir la vulnerabilidad económica, que denota los hogares o los individuos empujados hacia una pobreza permanente por episodios transitorios de desempleo, mala salud y otros infortunios.

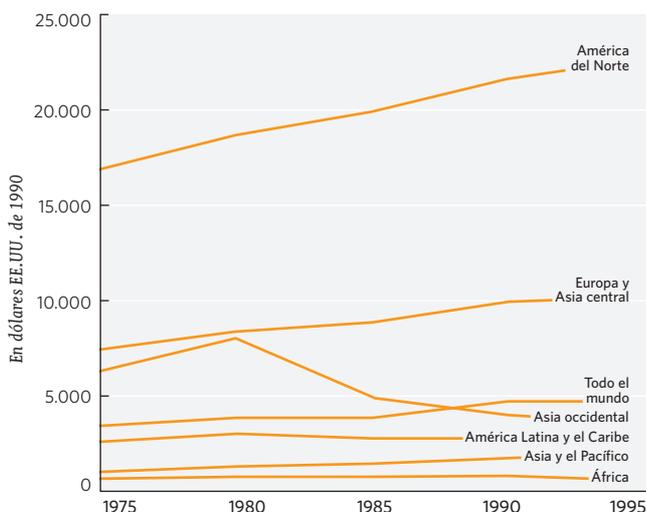
**DESIGUALDAD EN EL INGRESO** Aparte de consideraciones de derechos humanos, justicia y equidad, la desigualdad dentro de un mismo país y entre distintos países contribuye a los disturbios políticos e impulsa la migración en busca de condiciones más favorables.<sup>1</sup> También afecta los niveles generales de salud. La esperanza de vida es menor en las sociedades donde reina una mayor desigualdad. Tanto la cuantía de los recursos disponibles como la equidad de su distribución contribuyen a la salud de una sociedad.

Según los diferentes criterios de medición, ha ido en aumento la brecha que separa a los ricos de los pobres, en todo el mundo y dentro de cada país.<sup>2</sup> La diferencia en el ingreso per cápita entre el 20% más rico del mundo y el 20% más pobre del mundo era en 1960 de 30 a 1; esta proporción aumentó pronunciadamente, hasta 78 a 1 en 1994, para decrecer levemente hasta 74 a 1 en 1999.<sup>3</sup>

**OTRAS DIMENSIONES** Cabe distinguir entre falta de ingreso y falta de capacidad.<sup>4</sup> Los pobres sienten agudamente su falta de poder, su inseguridad, su vulnerabilidad y su falta de dignidad. En lugar de adoptar decisiones por sí mismos, están sujetos a las decisiones de los demás en casi todos los aspectos de sus vidas. Su falta de educación o aptitudes técnicas los mantiene retrasados. Debido a su mala salud, el empleo es errático y mal remunerado. Su pobreza misma los excluye de los medios de liberarse de la pobreza. Sus intentos de satisfacer incluso las necesidades más básicas tropiezan con obstáculos persistentes, económicos o sociales, pertinaces o incongruentes, jurídicos o consuetudinarios. La violencia es una amenaza perenne, especialmente para las mujeres.

Los pobres utilizan los pocos recursos de que disponen y un considerable ingenio en el empeño por sobrevivir. Para los pobres, la innovación significa riesgo y el riesgo puede ser fatal. Para ayudarlos a mejorar su capacidad, es preciso hacer gala de imaginación, así como de compasión.

**Gráfico 1. Aumento del ingreso per cápita, por región, 1975-1995**  
(en dólares EE.UU. de 1990)



Fuente: Compilado por el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente, Países Bajos, sobre la base de datos del Banco Mundial y las Naciones Unidas.

## Múltiples dimensiones de la pobreza

Algunas de las más importantes dimensiones de la pobreza son:

**MALA SALUD** El estado de salud no siempre se correlaciona estrechamente con los niveles de ingresos. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer en Viet Nam (67,8 años), es mayor que la del Pakistán (59,6 años), aun cuando ambos países tienen PIB per cápita similares.<sup>5</sup> En muchos países de bajos ingresos, el rápido crecimiento de la población ha contribuido al hacinamiento, el agua de beber contaminada y el saneamiento deficiente, que son condiciones ideales de incubación y contagio de enfermedades infecciosas. Las comunidades pobres suelen carecer de atención primaria de la salud, medicamentos esenciales y vacunas.

La combinación de mala salud en general y alta prevalencia de enfermedades puede afectar incluso a los grupos de más altos ingresos. En el Gráfico 2 se muestra que las tasas de mortalidad infantil en el Pakistán y Viet Nam son acusadamente altas, incluso para los grupos de más altos ingresos. Por otra parte, en el Brasil, las tasas para el quintil más rico son marcadamente inferiores a las correspondientes al quintil más pobre.

**La mala salud es a la vez la causa y el efecto de la pobreza de ingreso:** disminuye la capacidad personal, rebaja la productividad y reduce el dinero recibido por el trabajo. Los efectos de la mala salud sobre la productividad y el ingreso proveniente del trabajo probablemente serán mayores sobre los pobres debido a que, entre otros factores, los trabajadores mal remunerados y menos educados tienen mayores probabilidades de realizar trabajos físicos pesados y a menudo riesgosos, en los cuales es posible reemplazarlos fácilmente.<sup>6</sup>

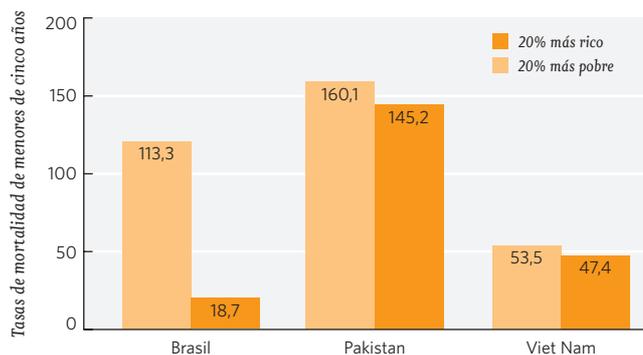
La alta prevalencia de las enfermedades en un país va de consuno con el deficiente rendimiento económico. En los países donde una gran proporción de la población corre riesgos de paludismo grave, el ingreso medio es menos de un quinto del existente en países donde no hay paludismo.<sup>7</sup>

Por otra parte, la mayor esperanza de vida, indicador clave del estado de salud, estimula el crecimiento económico: un análisis de datos de 53 países entre 1965 y 1990 comprobó que un 8% del crecimiento económico total podría atribuirse a las más altas tasas de supervivencia de adultos. La investigación indicó cómo operan las relaciones de causalidad: una mano de obra más saludable y con menos ausentismo mejora la productividad; a medida que aumenta la esperanza de vida, los individuos y las empresas tienen un incentivo para efectuar inversiones en capital humano y físico; y cuando los trabajadores tienen un incentivo en ahorrar para su jubilación, aumentan las tasas de ahorro.<sup>8</sup>

**ANALFABETISMO Y ESCOLARIZACIÓN INSUFICIENTE** El analfabetismo retrasa a la gente incluso en las más básicas actividades cotidianas. Una escolarización insuficiente les impide aprovechar las nuevas oportunidades, por ejemplo, empleos en las nuevas industrias con alto nivel de conocimientos. Las personas menos educadas suelen tropezar con dificultades para expresarse oralmente o por escrito fuera de su propio grupo inmediato, de modo que tienen dificultad para incorporarse en la sociedad en general.

Al igual que lo que ocurre con otras dimensiones de la pobreza, los resultados en materia de educación y de salud interactúan. Para personas analfabetas o menos educadas es más difícil obtener información, por ejemplo, acerca de la atención de la salud, en una forma que puedan utilizar. La salud deficiente y las menores tasas de supervivencia reducen el incentivo para efectuar inversiones en la educación de los niños.

**Gráfico 2. Tasas de mortalidad de menores de cinco años**  
(defunciones por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Adam Wagstaff, 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries" (Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad de niños: Comparaciones entre nueve países en desarrollo). *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1).

**EXCLUSIÓN SOCIAL Y FALTA DE PODER** Puede verse otra forma de pobreza en los sistemas sociales que deniegan a algunos grupos de personas la libertad de interactuar en un plano de igualdad en la sociedad o afirmar sus intereses personales dentro de la comunidad en general. En muchos países, no todos ellos dotados de gobiernos autoritarios, este tipo de exclusión impide que grandes cantidades de personas participen en el proceso de desarrollo. El prejuicio puede deberse a la casta, el grupo étnico o la religión, o puede estar al servicio de los intereses de elites corruptas.

**POBREZA POR RAZONES DE GÉNERO** En muchas sociedades, la pobreza material interactúa con la discriminación por motivos de género, de modo que los niveles de salud, educación y participación social de las mujeres pobres son incluso inferiores a las de sus homólogos masculinos. (En el Capítulo 5 se consideran más detalladamente las cuestiones de género y pobreza).

## Una red de causas

El reconocimiento de las diversas causas y los diversos resultados de la pobreza y de la manera en que unas y otros interactúan recíprocamente influye en la manera en que medimos y monitoreamos la pobreza y en los planes que formulamos para eliminarla. El nuevo concepto del proceso de desarrollo – y de quienes quedan al margen de él – incluye la calidad de la administración y el imperio de la ley, la lucha contra la corrupción y la delincuencia, y los factores culturales e históricos. Recién hace pocos años esos elementos se consideraban totalmente externos a las principales cuestiones atinentes al desarrollo y tal vez una injerencia en los asuntos internos de estados soberanos.

En cambio, el *Informe sobre Desarrollo Humano 2000*,<sup>9</sup> del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) está dedicado en gran medida a los antecedentes de los países del mundo en materia de derechos humanos. Utilizando el Índice de Desarrollo Humano, el PNUD determina periódicamente el grado de progreso de los países en lo tocante a la educación y la salud. El Banco Mundial, por su parte, ha asignado una alta prioridad institucional a escuchar "las voces de los pobres" y responder a ellas.<sup>10</sup>

**A TRAVÉS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA** La "explosión demográfica", comenzada en el decenio de 1950, fue resultado de la pronunciada disminución en las tasas de mortalidad, posibilitada

**VOCES DE LOS ANCIANOS POBRES EN SUDÁFRICA Y LA INDIA**

En un reciente estudio del UNFPA se interrogó a ancianas y ancianos pobres de Sudáfrica y de la India, en su mayoría campesinos, con respecto a cuestiones clave que afectan sus vidas. Se comprobó que muchos de ellos están preocupados por la extrema pobreza: deficientes condiciones de vida, inadecuados servicios de salud e insuficiente protección social; y violencia y malos tratos entre generaciones.

Un 5% de la población de Sudáfrica tiene 65 o más años de edad. Esas personas han vivido en medio de la indignidad del apartheid, cuyo legado aún los acompaña. Muchos están todavía atrapados en las garras de la extrema pobreza y la exclusión social.

Los ancianos sudafricanos indicaron que sus necesidades prioritarias eran: seguridad alimentaria; suministro de agua

no contaminada; vivienda adecuada; abastecimiento de electricidad; dinero y una pensión; servicios adecuados de atención de la salud; documentos de identidad, como una partida de nacimiento, para poder reclamar las prestaciones a las que tienen derecho; y apoyo para atender a un cónyuge. Sus preocupaciones con el envejecimiento se centraban en el temor al aislamiento, la exclusión, los malos tratos, la enfermedad, el desamparo y los crecientes efectos del VIH/SIDA.

Según se espera, la población de ancianos de la India ha de aumentar desde 77 millones en 2000 hasta unos 141 millones hacia 2020. Más de la mitad de esos ancianos están al borde de la pobreza y muchos de ellos tienen su salud debilitada y viven en condiciones antihigiénicas.

Son muy pocos los que están amparados por algún tipo de plan de jubilaciones;

la fuente primordial de atención y apoyo es la familia. Por otra parte, el desarrollo económico y la migración generalizada de adultos jóvenes están perturbando el apoyo tradicional a los ancianos. Las ancianas, especialmente si son solteras o viudas, están en situación particularmente desventajosa.

Raji, de 75 años, dijo: “Después de la muerte de mi esposo, hace siete años, he estado viviendo sola. Mis hijos migraron y nunca se molestaron en preguntar por mí. Carezco de ingresos y no tengo contacto casi con nadie. Moriré así. En mi vida hay sólo desolación y me siento solitaria y débil”.

por las innovaciones en la atención de la salud y la amplia utilización por los países en desarrollo de tecnologías médicas importadas.<sup>11</sup> Pero en los países más pobres, los cambios correlativos que contribuirían a producir una declinación en las tasas de fecundidad – adaptación de las aptitudes, la capacidad y el comportamiento de los seres humanos, mejora en la estructura física y en la tecnología – han ocurrido lentamente. Esa disparidad ha frenado el progreso económico y social. El desequilibrio entre las poblaciones en acelerado aumento y los escasos recursos para sostenerlas ha sobrecargado los límites de la organización social y ejercido presión sobre las instituciones que están al servicio de los pobres.

En el plano del hogar, la alta tasa de fecundidad acrecienta la “carga de dependencia” que representan los hijos y reduce el bienestar familiar de los pobres. Paradójicamente, las circunstancias causantes de las altas tasas de fecundidad suelen coincidir con la ampliación de las oportunidades económicas y sociales.<sup>12</sup>

A medida que los países van atravesando la transición demográfica y que va disminuyendo la tasa de fecundidad, se abre transitoriamente una oportunidad en que las familias que poseen algunos recursos pueden sufragar la educación de los hijos, encontrar buenos empleos y acumular algunos bienes. Pero los pobres, el último grupo de la sociedad que experimenta una disminución de la fecundidad, no pueden aprovechar la oportunidad.<sup>13</sup> Los pobres no sólo tienen mayor cantidad de hijos sino que, además, carecen de la información y de los recursos para aprovechar la oportunidad. Su incapacidad para responder al cambio de circunstancias en lo relativo a los costos y beneficios de los hijos los coloca en situación desventajosa.

La reducción de la fecundidad ayuda en el largo plazo a reducir la pobreza. Los cambios demográficos ocurridos en el Brasil durante los últimos 50 años fueron equivalentes a agregar entre 0,4% y 0,5% al crecimiento anual del ingreso per cápita.<sup>14</sup> Durante este período, la tasa media de crecimiento del ingreso per cápita se aproximó al 3,0% anual. Según se estima, el efecto directo de la transición demográfica sobre la pobreza se aproximó a un 15% del efecto del crecimiento económico.

**EL ÁMBITO PROPICIO** El progreso tecnológico y la acumulación de capital humano y físico han sido los dos principales factores hermanos que han impulsado el crecimiento económico moderno. Pero uno y otro operan más eficazmente en un ámbito que proporciona incentivos para efectuar inversiones. Este ámbito propicio abarca todo el marco social: un proceso político representativo no mancillado por la corrupción; el respeto a los derechos humanos; unas leyes y reglamentaciones equitativas y aplicadas imparcialmente; y un conjunto de instituciones públicas, civiles, comunitarias y culturales que se refuerzan recíprocamente en la provisión a todos los ciudadanos de oportunidades sociales y económicas equitativas y en un plano de igualdad.

Un ejemplo exitoso es el de las instituciones de microfinanciación, que utilizan pequeños préstamos para multiplicar los efectos de recursos e iniciativas de la comunidad. Al mismo tiempo que ofrecen apoyo económico, alientan programas de base comunitaria en materia de salud, educación y capacitación en el liderazgo, en beneficio de la mujer. Este “agrupamiento” de los servicios, basado en alianzas con las comunidades locales, ha cambiado las actitudes acerca de empoderar a las mujeres pobres, acrecentando al mismo tiempo el poder económico de éstas.<sup>15</sup>

**CRÉDITO A GRUPOS EN BANGLADESH**

El Banco Grameen en Bangladesh proporciona pequeños préstamos a familias pobres para que inicien nuevas empresas y, tal vez, una nueva vida; pero las familias necesitan en primer término servicios de alfabetización básica, planificación de la familia y gestión de empresas. Proporcionar todos esos servicios a mujeres que tradicionalmente han estado excluidas de la sociedad es un reto. En consecuencia, el Banco Grameen otorga préstamos a grupos y no a personas individuales. El enfoque de grupo reduce el costo de la provisión de servicios y proporciona el apoyo mutuo que posibilita a las mujeres interactuar con el mercado y con la comunidad en general.

Las instituciones son los mecanismos sociales que vinculan la capacidad con los recursos. La calidad de las instituciones determina cuán productiva o equitativamente ese vínculo opera. Cada elemento imprime energía – o frena – a los demás. Los programas básicos de alfabetización, por ejemplo, incrementan la capacidad individual de adquirir y utilizar información acerca de salud, mercados o vida comunitaria, pero también mejoran las instituciones que proporcionan esos servicios y las colocan en mejores condiciones de vincular a las personas recientemente alfabetizadas con la información útil.

De manera similar, las instituciones que responden mejor a las necesidades interactúan con la capacidad y los recursos: las mejoras en la administración pública acrecientan la capacidad, al eliminar los impedimentos jurídicos u otorgar nuevas facultades; las regulaciones más equitativas pueden reducir el costo de las actividades empresariales o aminorar las barreras existentes entre los pobres y los recursos. La sociedad civil desempeña un papel importante en el desarrollo de instituciones que respondan a las necesidades; por ejemplo, organizaciones de microcrédito que ponen los recursos a disposición de los grupos más pobres, especialmente de mujeres, y al mismo tiempo ofrecen ayuda con cursos de alfabetización y apoyo a la planificación de la familia.

Muchos países en desarrollo han logrado progresos sustanciales en cuanto a mejorar la capacidad de las poblaciones en general: a partir de 1960, han mejorado tanto la esperanza de vida (indicador de salud), como la nutrición y el nivel económico y educacional. Pero el progreso ha sido más fácil y más rápido en países que han realizado lo siguiente:

- ofrecer la información y los medios para que las mujeres puedan espaciar los alumbramientos y decidir el momento de éstos, además de evitar el embarazo, si así lo desean;
- proporcionar servicios para asegurar embarazos saludables y partos sin riesgo;
- aumentar la cobertura y la calidad de los sistemas educacionales;
- promover la igualdad y equidad de género de otras maneras, como ofrecer protección a los derechos jurídicos y consuetudinarios de la mujer;
- adoptar políticas de población basadas en los derechos humanos;
- establecer sistemas responsables de administración pública, con obligación de rendir cuentas y participación popular.

## Medición de la pobreza

Hay tres métodos utilizados comúnmente para determinar el grado de pobreza:

- construcción de un “límite de pobreza” y computación de varias mediciones de la pobreza que tomen en cuenta los gastos reales de los hogares en relación con dicho límite de pobreza.<sup>16</sup>
- evaluación rápida y diagnóstico participatorio, en que los miembros de la comunidad categorizan los hogares por su nivel de riqueza,<sup>17</sup>
- construcción de un índice de pobreza utilizando un conjunto de indicadores cualitativos y cuantitativos.<sup>18</sup>

**LÍMITE DE POBREZA SOBRE LA BASE DE LOS GASTOS DE LOS HOGARES** La práctica estándar es utilizar el gasto total como medida primordial del nivel de vida de un hogar.<sup>19</sup> Para establecer un límite de pobreza y medir la incidencia de la pobreza, se utilizan típicamente encuestas por hogares representativas del país, como la Encuesta para la medición de los niveles de vida, del Banco Mundial

Para determinar si el ingreso del hogar basta para satisfacer las necesidades de alimentos y otras necesidades básicas de todos los miembros de la familia, se construye una canasta de bienes y servicios que corresponda a los patrones de consumo locales. El valor de esta canasta, a los precios locales al consumidor, que satisfaga un nivel predeterminado de necesidades básicas para una persona, denota el “límite de pobreza”. Si el ingreso per cápita de los miembros de la familia es inferior al límite de pobreza, se considera que esa familia y sus miembros son pobres. Pero los resultados son de difícil verificación y pueden estar sujetos a distorsiones (véase más adelante).

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATORIO Y EVALUACIÓN RÁPIDA** Estos dos enfoques buscan la contribución de los miembros de la comunidad utilizando técnicas similares. El primero requiere una amplia participación de la comunidad y se realiza para utilizarlo en el largo plazo; su meta, en última instancia, es empoderar al grupo destinatario. Las evaluaciones rápidas se realizan con la intención de proporcionar datos para una agenda predeterminada en un lapso muy breve, por lo general en una visita a la comunidad de un día de duración.

Los programas de desarrollo usan ampliamente ambos métodos a fin de focalizar los servicios en los clientes más pobres y también para el diseño participatorio de proyectos,<sup>20</sup> pero ambos métodos tienen fallas.<sup>21</sup> Dado que los resultados dependen de calificaciones subjetivas por parte de los miembros de la comunidad, son de difícil verificación y es difícil comparar resultados entre distintas localidades o distintos programas en un mismo país.<sup>22</sup> Las comparaciones internacionales son aún más difíciles. Aplicando esos enfoques, es posible determinar cuál es el tercio más pobre de la población en una aldea, pero no se puede determinar cuáles son las comunidades donde reside el tercio más pobre de toda una región. Las respuestas de los encuestados tal vez queden distorsionadas por su deseo de recibir beneficios, como el acceso a servicios financieros, a raíz del diagnóstico de pobreza. Finalmente, la evaluación participatoria requiere contar con hábiles comunicadores, más costosos y más difíciles de encontrar que los encuestadores que sólo deben aplicar un cuestionario estructurado.

## ÍNDICE DE POBREZA BASADO EN UN CONJUNTO DE INDICADORES

Al utilizar un conjunto de indicadores, para los cuales puede obtenerse información válida de manera rápida y poco costosa, se pueden detectar diferentes dimensiones de la pobreza. Es posible englobar los indicadores para constituir un índice único, aplicando un factor de ponderación.

Muchas instituciones de microfinanciación en el Asia meridional y el Asia sudoriental utilizan un índice de vivienda para focalizar los servicios financieros en los clientes más pobres.<sup>23</sup> Indicadores como la calidad del techo o las paredes pueden obtenerse fácilmente mediante una inspección y es posible minimizar el número de respuestas que no se ajustan a la realidad. Los indicadores pueden ajustarse fácilmente a las condiciones locales. No obstante, es posible que la ponderación asignada a los diferentes indicadores que inte-

gran el índice sea bastante arbitraria. Y el índice de vivienda se centra en una única dimensión de la pobreza. Para obtener un panorama completo, es preciso recurrir a indicadores en al menos cuatro esferas: recursos humanos, vivienda, seguridad alimentaria y bienes de la familia.<sup>24</sup>

**CONCLUSIÓN** Las mediciones de la pobreza basadas en el ingreso son objetivas y muy susceptibles de análisis cuantitativos, y describen de manera fidedigna la pobreza de ingreso, a condición de que las encuestas por hogares se realicen cuidadosamente. No obstante, esas mediciones omiten factores distintos del ingreso, como los niveles de salud y educación. Además, son impuestos externamente y no ofrecen a los pobres oportunidad de expresar cuál es su propia experiencia de la pobreza.

Los enfoques basados en indicadores y los enfoques participativos proporcionan algunas alternativas. Por ejemplo, el Índice de Pobreza Humana (IPH), del PNUD,<sup>25</sup> combina información sobre las privaciones en materia de: longevidad (porcentaje de personas que no se prevé que lleguen a los 40 años de edad); conocimientos (porcentaje de adultos analfabetos); y niveles de vida (un índice

compuesto en que se computan las personas que carecen de acceso a agua no contaminada, las personas sin acceso a servicios de salud y los niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal). Esta medición englobada trasunta varias dimensiones de la pobreza, pero la asignación de iguales factores de ponderación a los diferentes componentes es, esencialmente, una decisión arbitraria.

Otro enfoque es obtener información directamente de los pobres mediante intercambios de ideas en grupos y conversaciones individuales, sin utilizar ninguna definición de pobreza impuesta externamente. Puede pedirse a los encuestados que expliquen sus propias ideas acerca de la pobreza y proporcionen más información sobre procesos sociales y económicos que no surgen de los datos estándar de encuestas por hogares y que pueden utilizarse en decisiones acerca de políticas, inversiones o reglamentaciones.

En última instancia, debería utilizarse una sensata combinación de datos basados en el ingreso, en los indicadores y en la participación a fin de determinar el grado de pobreza y derivar las implicaciones para la formulación de políticas; y las instituciones deberían tener incentivos para utilizar esta información a los fines de la planificación.

## 7

### MÉRITOS Y LIMITACIONES DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA SOBRE LA BASE DEL INGRESO

#### Méritos

**Definición asequible.** El método posibilita una definición relativamente asequible de la pobreza y el uso de límites explícitos de pobreza para circunscribir a los grupos de pobres y diferenciarlos del resto de la población.

**Es precisa, representativa y comparable.** Las encuestas por hogares, realizadas cuidadosamente, proporcionan un instrumento bastante preciso y ampliamente aceptado para medir la pobreza de ingreso y determinar los cambios a lo largo del tiempo.

Además, al basar la determinación de la pobreza de ingreso en encuestas por muestreo representativas también se facilita el cálculo de las mediciones englobadas de la pobreza, como el porcentaje de pobres en la población nacional.

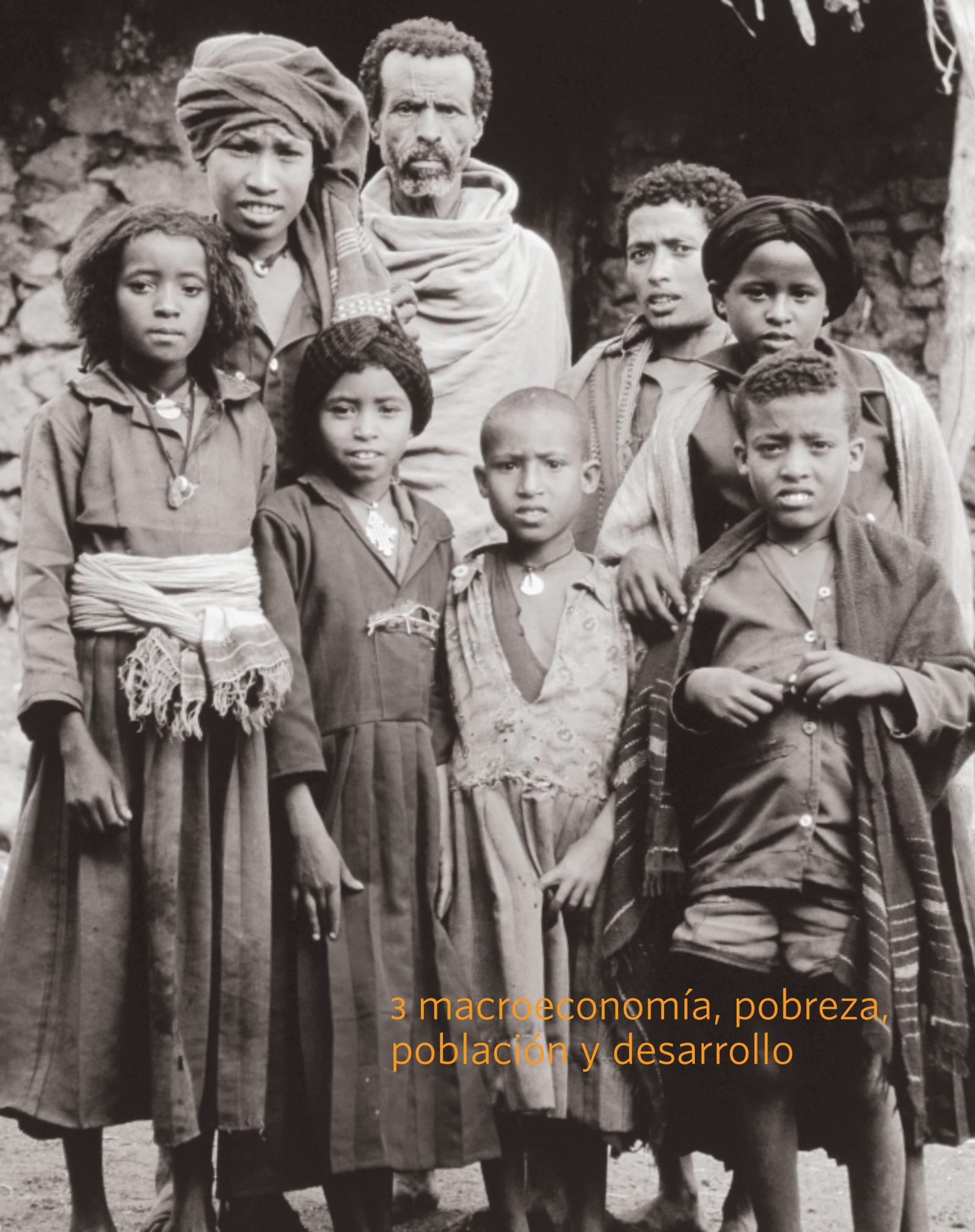
#### Limitaciones

**Costo.** Las encuestas por hogares de gran magnitud son costosas. Las buenas encuestas efectúan cuantiosos gastos para asegurar que la información sea fidedigna, debido a que los errores de medición pueden fácilmente invalidar las estimaciones.

**Composición del hogar.** Las encuestas convierten los datos sobre los hogares en medidas individuales per cápita, de modo que los resultados dependen de las hipótesis iniciales con respecto a la composición de la familia y no revelan nada acerca de la falta de equidad por motivos de género o por otros motivos dentro del hogar.

**Bienes y servicios públicos.** Las mediciones del ingreso de los hogares no suelen incluir los bienes y servicios públicos, entre ellos la educación esencial y la atención primaria de la salud.

**Dificultades para efectuar comparaciones.** Cuando los instrumentos de las encuestas, o las definiciones, o las técnicas de muestreo, cambian a lo largo del tiempo, se dificultan las comparaciones, y aumentan las probabilidades de que éstas queden distorsionadas.



3 macroeconomía, pobreza,  
población y desarrollo

## La oportunidad demográfica

Hay sólidas pruebas, basadas en la experiencia y la investigación durante dos generaciones, de que existe un “efecto de población” sobre el crecimiento económico. Desde 1970, los países en desarrollo con menores tasas de fecundidad y de crecimiento de la población han registrado más alta productividad, mayores tasas de ahorro y más inversiones productivas: su crecimiento económico ha sido más rápido.

Han contribuido a ese efecto las inversiones en salud (inclusive en salud reproductiva), educación y reducción de la desigualdad de género. Dichas inversiones atacan la pobreza directamente: amplían los medios de acción de las personas, en especial de las mujeres; posibilitan efectuar opciones.

Cuando disponen de opciones reales, los pobres de países en desarrollo tienen familias más pequeñas que las de sus progenitores. Esta disminución de la fecundidad en “microescala” se traduce, al cabo de una generación, en potencial crecimiento económico a nivel de “macroescala”, en forma de un numeroso grupo de personas en edad activa que mantienen a cantidades relativamente menores de dependientes, ancianos y niños.

Esta oportunidad demográfica se abre sólo una vez. Varios países del Asia oriental y algunos de otras regiones la han aprovechado. El efecto de la declinación de la fecundidad en el Brasil ha sido igual a un crecimiento económico anual del 0,7% del PIB per cápita.<sup>1</sup> México y otros países de América Latina han registrado efectos similares.

Los países que han hecho caso omiso de ese beneficio potencial no han obtenido resultados tan buenos. No han hecho las necesarias inversiones directas en los pobres. Carecen de una administración pública eficaz y de la obligación social de rendir cuentas, que garantizan que parte de los beneficios del crecimiento económico lleguen directamente a los pobres y mitiguen la pobreza. La oportunidad demográfica se cerrará al cabo de una generación, a medida que las poblaciones vayan avanzando en edad, y con ese cierre se perderá una oportunidad histórica.

Transcurrirá mucho tiempo antes de que se abra la oportunidad demográfica para los países más pobres, pero lo que se haga ahora al respecto salvaguardará el futuro; y también protegerá el presente. El embarazo y el parto entrañan grandes riesgos para las mujeres pobres. Los numerosos hijos, y los hijos no planificados, imponen una pesada carga a esas mujeres. Las altas tasas de fecundidad contribuyen directamente a la pobreza al reducir las oportunidades de que dispone la mujer, diluir los gastos en la educación y la salud de los niños, impedir el ahorro y aumentar la vulnerabilidad y la inseguridad.

Además, los pobres sufren los efectos directos de sus grandes cantidades: menores salarios para grandes grupos de trabajadores no calificados, parcelas divididas entre mayor cantidad de herederos, aulas demasiado hacinadas para lograr adelantos educacionales. Las altas tasas de fecundidad significan que los pobres tienen menor capacidad para aprovechar las oportunidades de arrancarse a sí mismos de la pobreza.

La cuestión fundamental para líderes nacionales, legisladores, expertos en políticas y encargados de formular decisiones es si efectuar o no los necesarios cambios en las políticas y las prácticas durante el próximo decenio; y si la comunidad internacional hará o no los esfuerzos necesarios para ayudarlos a tener éxito. En caso positivo, las mujeres y los hombres gozarán de mejor salud y estarán mejor educados. Tendrán acceso, entre otras cosas, a una gama completa de información y servicios de salud reproductiva. La oportu-

nidad demográfica se abrirá para la generación siguiente. La pobreza masiva podría transformarse en un recuerdo histórico y dejar de ser una amenaza para el futuro.

**APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA** La intuición nos indica que el rápido crecimiento de la población en los países pobres acrecienta la demanda de servicios, como los de atención de la salud y educación, con mayor rapidez que la del aumento de la capacidad para satisfacer esa demanda. Es igualmente obvio que es preciso que las economías crezcan a fin de reducir la pobreza. La experiencia ha profundizado y perfeccionado ambas percepciones y ha impartido algunas enseñanzas acerca de cómo quebrar el círculo vicioso del aumento de la demanda y los recursos sobrecargados.

Hay pruebas que ratifican la percepción de que familias numerosas y poblaciones en acelerado aumento frenan el desarrollo.

En primer lugar, en el hogar los niños tienen diversas necesidades, cada una de las cuales tiene un costo. Cuando hay gran cantidad de hijos, éstos compiten por obtener los limitados recursos de la familia: alimentos y ropa, salud y educación; y algunos hijos quedan rezagados. En las comunidades rurales, las tierras de cultivo son un recurso de magnitud fija. Al dividirlo con demasiada frecuencia, se van empobreciendo las sucesivas generaciones. Cuando no hay recursos para el desarrollo, también es preciso ir compartiendo entre crecientes cantidades de personas los suministros de combustible o de agua. En las comunidades urbanas, quienes carecen de educación sólo pueden encontrar trabajo de bajo nivel y mal remunerado y a veces no pueden encontrar ningún empleo. Los países, en su mayoría, oficialmente ven con malos ojos el trabajo infantil, aun cuando lo toleren en la práctica, pero dicho trabajo es social y políticamente cada vez más inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos.

En segundo lugar, a escala nacional, las cantidades de rápido aumento de trabajadores relativamente mal calificados reducen los niveles de los salarios y de los ahorros. El gasto en atención de la salud, educación y otros servicios para grandes cantidades de niños hace mermar aún más los ahorros. Dado que el crecimiento económico dimana de las inversiones, y que los recursos para efectuar inversiones proceden de los ahorros, un rápido crecimiento de la población es un freno, y no un estímulo, para dicho crecimiento.<sup>2</sup>

Las posibilidades de desarrollo mejoran en gran medida cuando se dispone de recursos externos para efectuar inversiones en salud y educación, apoyar las innovaciones y encontrar maneras de que las personas vayan ahorrando. Los países también necesitan generar y reorientar recursos nacionales hacia la salud y la educación.

**COMPRENDER LA RELACIÓN** Los efectos del crecimiento de la población sobre el desarrollo económico se han debatido en esos términos durante varios decenios. A posteriori, podemos percatarnos de que muchas posiciones se basaban en preguntas mal encuadradas y en respuestas inadecuadas.

Gran parte de la investigación se orientó a determinar si el crecimiento de la población restringía o promovía el crecimiento económico, o si no tenía efectos generales sobre éste. En otro debate se planteaba si el crecimiento económico era una condición previa o una consecuencia del más lento crecimiento demográfico.

En ambos casos, los argumentos se ceñían al crecimiento agregativo de la población y de la economía, pero las oportunidades de desarrollo económico y de mitigación de la pobreza no dependen sólo de esos factores agregativos. Los datos recogidos después de más de 40 años de cambios económicos y demográficos proporcionan

nuevas percepciones sobre la manera en que se conforman las perspectivas de desarrollo.<sup>3</sup>

En 1986, un estudio sobre las relaciones entre población y desarrollo efectuado por *National Research Council* (Consejo Nacional de Investigaciones) de los Estados Unidos llegó a la conclusión de que, pese a sus importantes efectos en el plano de los hogares, el crecimiento de la población no tenía efectos sobre el crecimiento económico general.<sup>4</sup>

Con esto parecería que se hubiera zanjado la antigua polémica. Pero el mencionado estudio no contó con todas las pruebas. Utilizó datos de los decenios de 1960 y 1970, cuando muchos países estaban en etapas relativamente tempranas de la “transición demográfica” desde altas hacia bajas tasas de natalidad y mortalidad, y cuando la planificación centralizada impedía que algunos países aprovecharan al máximo los factores cada vez más favorables de la dinámica de población. Además, este estudio también se basó en análisis del crecimiento agregativo, en lo tocante tanto a la población como al desarrollo económico.

**MEJORES DATOS, MEJORES HIPÓTESIS INICIALES** En el decenio de 1990, los círculos científicos comenzaron a considerar nuevamente esta cuestión. A la sazón era posible utilizar datos correspondientes a períodos más largos, durante los cuales la transición demográfica había progresado en muchos países. Esta vez, la conclusión fue diferente y, lo que es más importante, los investigadores reconocieron que la transición demográfica se reflejaba en cambios de las estructuras de edades de las poblaciones – a medida que aumentaba la esperanza de vida y disminuía la fecundidad – y no sólo en la disminución de las tasas de crecimiento demográfico agregativas.

**APROVECHAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD** La transición desde altas hacia bajas tasas de mortalidad y de fecundidad puede crear un “dividendo demográfico” para los países. La mortalidad declina en primer término y le sigue la fecundidad. Lo que ocurre a medida que las tasas de fecundidad van declinando es que va aumentando

la población en edad activa en comparación con los dependientes de menor y mayor edad. Esto crea por única vez una oportunidad de crecimiento que puede plasmarse si países han efectuado las inversiones apropiadas, no sólo en los servicios de planificación de la familia, sino también en los de salud y educación en general, prestando especial atención a las necesidades de las niñas y las mujeres y a las oportunidades de empleo para la nueva y mejor calificada fuerza laboral. Esos ajustes son posibles cuando el sistema de administración pública se adapta y responde a las necesidades.

Esa combinación se dio en los “tigres asiáticos” de los decenios de 1980 y 1990: mientras la proporción de sus poblaciones en edad activa (15 a 60 años de edad<sup>5</sup>) comenzó a aumentar recién a mediados del decenio de 1970, el ritmo del cambio fue extremadamente rápido hasta comienzos del decenio de 1990. Esos países efectuaron ajustes de las inversiones en salud y educación para apoyar el proceso de desarrollo desde un principio y también crear un marco para mercados más abiertos y mayor participación social.<sup>6</sup> El crecimiento relativo de las poblaciones en edad activa continuará en esos países durante otro decenio, aun cuando no tan rápidamente como en el pasado.

Esta es una oportunidad que se da por única vez, una oportunidad demográfica que se abre a medida que van disminuyendo las cantidades de hijos de más corta edad debido a las menores tasas de fecundidad, y se cierra cuando comienza a crecer rápidamente la proporción de personas de más edad.

**PATRONES REGIONALES** Muchos países están ingresando en el período de transición. El **Asia meridional** llegará al máximo en su proporción de personas en edad activa en comparación con personas dependientes entre 2015 y 2025 (aun cuando con considerables variaciones entre los países). En **América Latina** y el **Caribe**, el aumento relativo de las poblaciones en edad activa comenzó al menos cinco años antes que en el Asia oriental, pero el cambio proporcional ha sido menos pronunciado, lo que refleja las amplias disparidades dentro de cada uno de los países y en la región. Los grupos en mejor posición económica han llevado a término

## 8

### HIPÓTESIS DEMOGRÁFICAS FUTURAS

La situación demográfica mundial y las implicaciones para el futuro ofrecen un panorama cada vez más diversificado. En las regiones en desarrollo, la fecundidad se ha reducido a la mitad (desde 6 hasta 2,9 hijos por mujer), en comparación con 1960. La prevalencia del uso de anticonceptivos ha aumentado desde el 10% hasta el 62% de las mujeres y la esperanza de vida se ha acrecentado desde 48 hasta 64 años. En los países menos adelantados, la fecundidad ha disminuido sólo hasta 5,2 hijos por mujer, en comparación con 6,6, y la esperanza de vida aumentó hasta sólo algo más de 50 años, desde unos 39 años.

Las proyecciones no son pronósticos: dependen de las hipótesis iniciales acerca de la fecundidad, la mortalidad y la migración; y esas hipótesis se ajustan al cambiar las circunstancias.

Las proyecciones de la División de Población

de las Naciones Unidas han sido notablemente acertadas, incluso a lo largo de períodos relativamente prolongados. Según esas proyecciones, la población mundial aumentaría hasta 9.300 millones de personas hacia 2050. Refutando las sugerencias de una “escasez de nacimientos” en todo el mundo, las regiones menos adelantadas habrán agregado hacia 2050 3.200 millones de personas (pues pasarán de 4.900 millones a 8.100 millones): cantidades iguales a las que se agregaron entre 1950 (cuando había solamente 1.700 millones de personas) y 2000.

En 2001 y 2002, la División de Población propició varios debates de expertos sobre cambios en la fecundidad y la mortalidad y los futuros demográficos que estos cambios entrañan. Se plantearon dos hipótesis diferentes: la primera, para países donde la fecundidad ya es baja y la segunda para países donde persisten las altas tasas de

fecundidad. Los expertos indicaron que las proyecciones anteriores de declinación de las altas tasas de fecundidad tal vez hayan sido excesivamente optimistas.

En una tercera consulta se consideraron los países con fecundidad intermedia (entre 2 y 5 hijos por mujer) y se llegó a la conclusión de que esos países podrían estabilizarse a un nivel ligeramente inferior al de reemplazo, de 2,1 hijos por mujer. Los expertos también reconocieron que la fecundidad suele disminuir muy gradualmente. Propusieron evaluar y actualizar periódicamente las perspectivas de cada país.

En las consultas se destacó que la futura declinación en la fecundidad depende de prevenir la fecundidad no deseada y efectuar continuas inversiones a fin de fortalecer los servicios de planificación de la familia y salud reproductiva.

la transición demográfica hacia menores tasas de fecundidad y mortalidad, pero los grupos más pobres siguen rezagados. La máxima proporción de personas en edad activa se alcanzará en el período de 2020 a 2030, pero con menor rapidez y a un nivel más bajo que en el Asia oriental.

Los países del **África septentrional**, el **Asia occidental** y el **Asia central** están en diversas etapas de la transición demográfica.<sup>7</sup> Algunos se aproximarán a su oportunidad demográfica dentro de 20 años, mientras que para otros esta oportunidad distará más de una generación en el futuro. Esos países tienen la posibilidad de establecer dentro de una generación los marcos para la aceleración del cambio social y el crecimiento económico.

La oportunidad demográfica en **Oceanía** es más estrecha. La tasa de fecundidad nunca fue tan alta como la del Asia oriental, ni disminuyó tan velozmente. No obstante, son aplicables en parte las mismas consideraciones.

En **África al sur del Sahara**, la mediana de edades de la población de toda la región es sólo de 17,6 años, es decir, la mitad de la población es más joven. Al mismo tiempo, la proporción de personas activas, entre 15 y 60 años de edad (50,9%) es inferior a la registrada en 1950 (52,5%). La pobreza impone graves desventajas: severas limitaciones en los recursos, subdesarrollo de la infraestructura de salud, inestabilidad social, alto monto de la deuda, débil administración pública y proliferación de la pandemia del VIH/SIDA. No obstante, va en aumento el número de países que están comenzando su transición demográfica. La persistencia del progreso dependerá de la disponibilidad de servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia.

De los 46 países del África al sur del Sahara, sólo en seis la mediana de edades llega a 20 años (en las regiones más desarrolladas, la mediana de edades es actualmente de unos 36 años). Hacia 2050, la mediana de edades en la región llegará a 26,4 años, inferior a la existente hace 100 años en las regiones más desarrolladas. La población en edad activa aumentará hasta 62,2% hacia 2050. Según las proyecciones, sólo en 11 países la proporción de personas en edad activa llegará a su máximo antes de 2050 (y de esos 11 países, en ocho, entre 2040 y 2050).

**PERSPECTIVAS FUTURAS** Incluso después del horizonte a 15 años de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las tendencias de población afectarán las posibilidades de un ataque sostenido contra la pobreza. El impulso demográfico y los altos niveles de fecundidad no deseada amenazan los adelantos económicos ya logrados. La desigualdad de género reinante por doquier podría frustrar el logro de la meta del acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

La pandemia de VIH/SIDA menoscaba más las posibilidades de que muchos de los países más pobres puedan consolidar sus adelantos y abrir la “oportunidad demográfica”. El aumento de la proporción de personas en edad activa, en comparación con las poblaciones de dependientes más jóvenes, queda malogrado por el rápido aumento en el número de defunciones de adultos. Esa enfermedad causa efectos devastadores en el presente y escamotea el futuro.

**GASTAR EL DIVIDENDO** La “oportunidad demográfica” se da por única vez y durante un tiempo limitado. Los países industrializados, en su mayoría, ya han establecido una pauta de aumento gradual de la esperanza de vida y persistencia de tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo. En esos países, la posibilidad inminente de disminución de la población y rápido aumento en los grupos de mayor edad ya está estimulando un intenso debate que no se limita a las cuestiones demográficas, sino que abarca las

## 9 SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS POBRES

La pobreza es la principal amenaza que se cierne sobre el bienestar de las personas de edad. Muchos, entre los 400 millones de mayores de 65 años en los países en desarrollo, viven por debajo del límite de pobreza. A fin de poder alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo concerniente a reducir a la mitad hacia 2015 la proporción de personas que viven en extrema pobreza, las estrategias de reducción de la pobreza deben centrarse en los ancianos más pobres y más vulnerables, especialmente las ancianas, y en quebrar el ciclo de pobreza que perdura de una generación a la siguiente.

La experiencia de la pobreza en la infancia y la adultez se agrava con la edad. Las personas que han padecido durante toda su vida una dieta deficiente, múltiples embarazos, inadecuados servicios de salud reproductiva y arduo trabajo físico, probablemente llegarán a la ancianidad padeciendo mala salud. La inevitable declinación física que acarrea el envejecimiento reduce la capacidad de cada persona para contribuir al hogar y seguir siendo económicamente autosuficiente.

El envejecimiento de la población es una consecuencia inevitable de la transición desde altas hacia bajas tasas de natalidad y de mortalidad, transición que está ocurriendo mucho más aceleradamente en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

Una eficaz respuesta a las necesidades, expectativas y derechos de las personas de edad requiere que se adopten medidas para:

- proporcionar a los ancianos servicios de salud adecuados;
- eliminar la violencia contra las ancianas y los ancianos;
- apoyar los servicios que los ancianos prestan cuidando a otros, especialmente las abuelas que se ocupan de sus nietos huérfanos a causa del VIH/SIDA;
- fortalecer los planes de protección social y velar por que los ancianos reciban servicios sociales apropiados;
- apoyar la investigación sobre el envejecimiento de la población, especialmente sus aspectos de género y socioculturales, y sus implicaciones.

El UNFPA, orientado por el Programa de Acción de la CIPD y por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aboga por incorporar las cuestiones relativas al envejecimiento en la agenda de desarrollo, prestando especial atención a las necesidades de los ancianos pobres y excluidos, especialmente las mujeres.

relaciones de raza, las políticas de bienestar social y las relaciones conyugales en las familias que tienen doble ingreso.<sup>8</sup>

Algunos observadores sugieren que parte de la solución reside en la inmigración, cosa que inmediatamente despierta reacciones emocionales acerca de la identidad nacional y las tensiones sociales entre grupos “étnicamente diferentes”. Otros plantean interrogantes acerca de la financiación de las pensiones en la ancianidad y la atención de la salud de las personas de edad muy avanzada, pero suelen subestimar la diversidad de los posibles ajustes y reformas o el tiempo disponible para introducirlos.<sup>9</sup>

Los cambios en las proporciones de ancianos tal vez tengan menos efectos económicos que las fluctuaciones en los grupos más jóvenes.<sup>10</sup> No puede suponerse que los ancianos (excepto los “ancianos de edad muy avanzada”) son dependientes y representan una carga sobre la economía. La continuación de la actividad económica

entre los ancianos, los ahorros personales, el apoyo de la familia y los programas públicos pueden combinarse para establecer nuevos mercados y cambiar la demanda de bienes y servicios. También pueden suplementar los ajustes en los sistemas de pensiones y de salud.

En síntesis, el efecto sobre el crecimiento económico puede ser positivo.<sup>11</sup> Pero tanto los países en desarrollo como los países industrializados necesitan comprender cómo operan los cambios demográficos a largo plazo; deben basar sus políticas en expectativas racionales y no en respuestas emocionales.

## Declinación de la fecundidad y crecimiento económico

La mitad de los adelantos en cuanto a crecimiento económico atribuibles a la población han dimanado del aprovechamiento del dividendo demográfico y la otra mitad, de la transferencia del consumo económico hacia los pobres.<sup>12</sup> Son numerosos los mecanismos que contribuyen a este efecto: por ejemplo, las menores tasas de fecundidad aumentan la participación de la mujer en la fuerza laboral y contribuyen a mejorar la salud y la nutrición de la familia. Las familias más pequeñas reducen la tasa de dependencia intrafamiliar y acrecientan los incentivos para obtener ingresos que no se limiten a las necesidades básicas de la vida.

Los datos demográficos y económicos a largo plazo correspondientes a 45 países en desarrollo indican que las altas tasas de fecundidad acrecientan la pobreza, al frenar el crecimiento económico y distorsionar la distribución del consumo en detrimento de los pobres. La reducción de la fecundidad – reduciendo la mortalidad, aumentando la educación y mejorando el acceso a los servicios, especialmente los de salud reproductiva y planificación de la familia – contrarresta aquellos dos efectos. Los efectos a escala nacional sobre la reducción de la pobreza se ponen de manifiesto a juzgar por el incremento medio del PIB y las cifras correspondientes al consumo.

En 1980, el promedio de incidencia de la pobreza era 18,9%, aproximadamente una de cada cinco personas. Si durante el decenio de 1980 todos los países (como lo hicieron muchos países asiáticos) hubieran reducido la fecundidad neta en cinco alumbramientos por cada 1.000 mujeres en edad de procrear, se habría reducido en un tercio la incidencia de la pobreza, hasta 12,6%, o una persona de cada ocho.

Los estudios por países refuerzan esa conclusión. En el Brasil, un 25% de los nacidos en 1970 son pobres. Si la fecundidad se hubiera mantenido a los altos niveles existentes a comienzos del siglo, aquella proporción habría sido del 37%. La reducción en la pobreza equivale al adelanto que se habría obtenido con un incremento anual del 0,7% en el PIB per cápita.<sup>13</sup>

**MENOS GASTOS, MÁS OPORTUNIDADES** El efecto de redistribución positiva dimana en primer lugar de un crecimiento más lento en los desembolsos destinados a satisfacer las necesidades básicas y la educación de los niños y, en segundo lugar, de las mayores oportunidades de que disponen los hogares pobres para aumentar su contribución laboral, su ingreso y sus ahorros. El aumento global del consumo ayuda a los hogares pobres dado que incrementa la demanda de mano de obra, la cual a su vez eleva los salarios, incluso para las familias cuya propia fecundidad no disminuye. El crecimiento más lento en la fuerza laboral rural reduce la demanda de tierras (reduciendo el costo de éstas y frenando la fragmentación insostenible de las parcelas).

Aproximadamente la mitad de la declinación estimada para la pobreza es resultado de los aumentos en el crecimiento económico

y la otra mitad, del consumo. Los efectos pueden ser de magnitud considerable. Por ejemplo, una disminución del 4% en la tasa neta de natalidad se traduciría en el decenio siguiente en una reducción del 2,4% en la cantidad de personas que viven en pobreza absoluta.

**DIFERENTES ETAPAS DE LA TRANSICIÓN** Los efectos varían en diferentes etapas de la transición desde altas hasta bajas tasas de fecundidad y de mortalidad. Al principio, cuando la mortalidad declina y es mayor el número de lactantes y niños que sobreviven, aumentan los gastos para subvenir a las necesidades de la niñez y se hace más lento el crecimiento económico.

A medida que va declinando la fecundidad y que se hace más lento el crecimiento de la población, aumenta el crecimiento económico.

En las etapas tempranas de la transición es posible que, en realidad, aumente la distancia que separa los hogares pobres de los demás, puesto que la declinación de la fecundidad comienza entre quienes están en mejor posición económica y, en consecuencia, son ellos quienes cosechan los mayores beneficios. A medida que las familias más pobres se van sumando a la transición (que ha tardado en efectuarse en muchas partes del mundo), comienzan a disminuir la pobreza y la desigualdad.

El aumento de la desigualdad en las etapas iniciales de la transición demográfica tiene un efecto particular sobre quienes están cerca de la pobreza. Basta con una pequeña reducción en los recursos o un pequeño aumento en las necesidades para empujarlos por debajo del límite de pobreza.<sup>14</sup> Además, las altas tasas de fecundidad parecerían tener mayor efecto sobre la profundidad que sobre la frecuencia de la pobreza.<sup>15</sup>

Cuanto más pobre es el país y cuanto más alta es la tasa de fecundidad en el momento en que ésta comienza a declinar, tanto mayor será la contribución de la menor fecundidad a reducir la pobreza. Los efectos beneficiosos aumentan a medida que avanza la transición demográfica. Cuando más veloz sea la declinación de la fecundidad, tanto mayores serán los beneficios potenciales del dividendo demográfico, pero también será más breve el tiempo disponible para aprovecharlos.

**FACTORES DE APOYO** Los cambios demográficos interactúan con los mercados, las instituciones y las políticas gubernamentales. Los efectos de la declinación de la fecundidad sobre la pobreza serán más fuertes si los mercados laborales y los sistemas escolares funcionan correctamente y los padres y madres están dispuestos a efectuar inversiones en la educación de sus hijos.

Las políticas sociales y económicas tienen importancia. Combinadas con el acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto, pueden acelerar la reducción de la pobreza.

A medida que va cambiando la estructura de edades, las cambiantes oportunidades para las mujeres refuerzan los efectos del dividendo demográfico. La participación femenina en la fuerza laboral también contribuye al crecimiento económico, particularmente cuando los salarios son equitativos y la declinación de la fecundidad está vinculada al mayor número de mujeres que tienen empleo.

Los mayores niveles de educación de la mujer y la creciente demanda de mano de obra en el sector estructurado de la economía cuando ésta se desarrolla incrementan el “costo de oportunidad” de la alta tasa de fecundidad: al tener mayor cantidad de hijos, las mujeres pierden ingresos y otras oportunidades. Los más altos niveles educacionales y la disminución de las tasas de fecundidad pueden combinarse en un circuito de retroalimentación positiva, en

<b>IO</b>	<p><b>APOYO A LA MITIGACIÓN DE LA POBREZA</b> El programa más reciente del UNFPA en México se centró en cinco de los estados más pobres: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Puebla. Varios proyectos innovadores vincularon la mitigación de la pobreza con la salud reproductiva.</p> <p>En Chiapas, se impartió capacitación a promotores de salud y parteras para que prestaran servicios de calidad de salud reproductiva y promovieran su utilización. Se elaboraron materiales educativos para abordar los derechos reproductivos, la equidad de género, la sexualidad, la violencia en la familia y la salud sexual y reproductiva. Se prestó asistencia a mujeres indígenas en cuestiones relativas al cuidado de los niños y la nutrición. También se alentó a los hombres a participar en la mejora de la salud reproductiva.</p> <p>En siete regiones rurales pobres y 42</p>	<p>municipalidades con poblaciones predominantemente indígenas, se mejoraron los servicios de salud reproductiva y se impartió capacitación a agentes de salud comunitarios para que proporcionaran educación sobre salud a los adolescentes. Los jóvenes participaron en las acciones para fortalecer los vínculos entre los encargados de prestar servicios y las comunidades, y se brindó apoyo a una institución que ayuda a los jóvenes campesinos a superar las barreras culturales y lingüísticas. El proyecto también facilita los intercambios de experiencias entre parteras rurales.</p> <p>Se promovió la maternidad sin riesgo en cinco municipalidades de Chiapas, capacitando a parteras tradicionales y por conducto de programas radiofónicos en idiomas indígenas locales.</p> <p>Se ampliaron los servicios de salud reproductiva en cuatro zonas urbanas mar-</p>	<p>ginales y 18 zonas rurales del estado de Hidalgo, estableciendo brigadas de salud móviles; se impartió capacitación al personal médico y los agentes de salud comunitarios y se estableció un sistema para evaluar la calidad de los servicios. En Oaxaca, la capacitación se centró en la maternidad sin riesgo y la equidad de género para mujeres migrantes, en particular trabajadoras agrícolas.</p> <p>Además, el UNFPA proporcionó apoyo técnico a las instituciones que planifican cuestiones de población en cinco estados de alta prioridad, a fin de impulsar la estrategia nacional de mitigación de la pobreza, ayudándolos a mejorar la capacidad local de selección de las mejores ubicaciones para los programas. Esta exitosa iniciativa alentó al Gobierno a movilizar recursos nacionales y aportados por donantes para ampliar aquellas actividades.</p>
-----------	--	---	---

que la fuerza laboral aumenta más rápidamente que la población en edad activa.

**EFFECTOS SOBRE LOS POBRES DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Los efectos de la transición demográfica difieren para diferentes grupos. Las parejas más pobres, actuando en función de sus percepciones acerca de las mejores estrategias de supervivencia y éxito, comienzan a tener hijos tempranamente, tienen mayor cantidad de hijos, más cercanos entre sí y tratan de sobrecompensar así la alta tasa de mortalidad en la niñez.

**NORMAS SOBRE EL TAMAÑO DE LA FAMILIA** Las relaciones entre el número de hijos y el bienestar de la familia no son solamente cuestiones de opción y comportamiento individual. Las opciones son afectadas por las normas sociales, los patrones de relaciones entre hombres y mujeres, las políticas públicas y las instituciones.

En el pasado, las familias numerosas eran la norma. Una vez que la mujer había contraído matrimonio, su fecundidad no era una opción. Una mujer con muchos hijos varones era objeto de respeto y disponibilidad de seguridad: se percibía que los hijos varones (y en menor medida, las hijas) eran bendiciones. Se los necesitaba debido a sus contribuciones económicas o su ayuda al hogar, para que se ocuparan de sus progenitores en la ancianidad y para que realizaran prácticas culturales. En la actualidad, esos factores de justificación están perdiendo fuerza.

Las familias más numerosas agotan la capacidad de los pobres para mantener a sus hijos. Sean cuales fueren las economías de escala que proporcionan – por ejemplo, compartir espacio en la vivienda o ir pasando la ropa de los hijos mayores a los menores, – éstas quedan canceladas por el aumento de los gastos y la competencia para obtener escasos recursos. (En las familias cercanas al límite de pobreza, más del 70% del ingreso para el consumo se dedica a los alimentos<sup>16</sup>). A medida que los gobiernos tratan de cobrar honorarios y obtener ingresos por concepto de diversos servicios, inclusive los de educación, salud y transportes, las desventajas de los pobres van en aumento.

Los pobres carecen de educación en general y de educación sobre salud en particular. También carecen de acceso al tratamiento de las enfermedades y a fondos para la atención. La declinación de la mortalidad comienza para los pobres más tarde que para las personas en posición más desahogada. El incentivo de los pobres para reducir la fecundidad es aun más tardío.

Esas demoras imponen mayores cargas a los pobres. En los hogares que tienen escasos bienes, hay mayor riesgo de malnutrición cuando los intervalos entre nacimientos son menores de dos años. Los perjuicios causados a la salud y la educación son de considerable magnitud.<sup>17</sup>

**OPORTUNIDADES PERDIDAS** Al contar con mejor atención de la salud, servicios mejores y más accesibles, más educación y más amplias opciones para las mujeres, en muchos países millones de personas han optado por tener familias más pequeñas.

Los pobres han perdido esas oportunidades. No disponen ni de la información ni del apoyo que habría posibilitado que reconocieran los cambios a favor de familias más pequeñas y efectuaran mayores inversiones en la salud y la educación de un menor número de hijos.<sup>18</sup> En consecuencia, esperan beneficios que ya no aportan las familias más numerosas; por ejemplo, ingresos por el trabajo infantil. Los pobres siguen necesitando el “efecto de seguridad” que solían proporcionar las familias numerosas, aun cuando en la actualidad los hijos tienen muchas más probabilidades de sobrevivir hasta que sus padres y madres sean ancianos.

En las familias pobres, las mujeres y las niñas, que participan poco en la adopción de decisiones y la asignación de recursos, son quienes cargan con los costos más altos de las altas tasas de fecundidad, pero no se benefician con los adelantos inmediatos cuando la fecundidad disminuye. Las mujeres y las niñas tienen menos probabilidades de cuestionar las condiciones que restringen su acceso a los servicios de salud reproductiva y a la información al respecto.

Los pobres necesitan inversiones que fortalezcan los servicios y las instituciones e incrementen las oportunidades para todos, en particular para las mujeres. Esas inversiones promoverán una salud mejor, posibilitarán que los padres y madres tengan el número de

hijos que desean, alentarán mayores disminuciones en la fecundidad deseada y posibilitarán mejores opciones educacionales y en la vida. El proceso apresurará la acumulación del “capital humano” necesario para un desarrollo acelerado y sostenible. El reto es velar por que los pobres tengan acceso a esas oportunidades.

## Mundialización y pobreza

La mundialización debería proporcionar una oportunidad a los pobres, pero a menudo eso no ocurre. La mundialización abre mercados, pero los mercados sólo pueden beneficiar a quienes están incluidos en ellos. Casi por definición, los pobres están excluidos, excepto a los niveles más bajos de las operaciones de los mercados.

Una economía de mercado basada en los salarios tiende a favorecer el aumento de los precios de bienes y servicios esenciales, entre ellos alimentos, agua, vivienda y energía, mientras que los salarios en el extremo inferior no aumentan en la misma proporción y quienes no ganan un salario ven alejarse de su alcance hasta los bienes de bajo costo. La “liberalización” del mercado en lo atinente a productos necesarios en realidad ha empujado a la gente hacia la pobreza, en lugar de rescatarla de ella. Los mercados tienen el propósito de maximizar las utilidades y no de atacar la pobreza.

Los pobres ofrecen, y encuentran, escasas oportunidades para obtener utilidades. La mundialización, tal como se la practica actualmente, puede ampliar el empleo en el extremo más bajo de la escala de ingresos; pero a veces, ejerce el efecto opuesto: al abrir mercados, por ejemplo para productos agrícolas, la actividad económica se concentra y la agricultura de subsistencia se torna antieconómica.

Muchos trabajadores agrícolas han emigrado hacia los poblados, en busca de un futuro incierto. Esto puede tener efectos desproporcionados sobre las mujeres cuando éstas constituyen gran parte de la mano de obra rural. La mundialización ha abierto nuevas oportunidades para las mujeres en el mercado laboral urbano, pero esas oportunidades están plagadas de riesgos y su movilidad económica ascendente está estrictamente limitada.

Los efectos de la mundialización también pueden percibirse en la veloz transferencia de bienes sociales – por ejemplo, medicamentos y tecnologías médicas – entre distintos países o desde un grupo en buena posición económica hacia otro. Pero, en términos generales, hasta el momento la mundialización ha tenido escasos efectos positivos sobre la salud, la educación y otros bienes sociales para los pobres; en verdad, con frecuencia ha tenido efectos negativos.

Se ejerce una considerable presión sobre los países en desarrollo, aduciendo necesidades de reestructuración económica, para que esos países reduzcan el gasto público y pasen a depender del mercado libre. Pero las reducciones del gasto público suelen ser indiscriminadas y eliminar el apoyo a servicios públicos, como los de educación y salud, que son los que con más frecuencia utilizan los pobres. El mercado libre no proporciona esos bienes a los pobres, debido a que tales bienes no son lucrativos.

Los pobres necesitan políticas de mundialización que los beneficien. Las recomendaciones al respecto exceden en mucho el alcance del presente informe, pero deberían incluir nuevos enfoques de la deuda, del intercambio comercial y de la reestructuración económica, así como de la asistencia internacional. En 2002, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Financiación para el Desarrollo señaló importantes necesidades y estrategias.

En la medida en que las políticas en esos ámbitos agraven la pobreza de los pobres y acentúen la desigualdad, retardarán el

momento en que se abrirá la oportunidad demográfica y en que el crecimiento económico y la declinación de la fecundidad se reforzarán recíprocamente. Para obtener máximos beneficios de la mundialización, es preciso que una parte de los adelantos económicos se incorpore en programas sociales que beneficien directamente a los pobres.



4 las mujeres y la  
desigualdad de género

*“El empoderamiento y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Es preciso que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar”*

– Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994

*“La igualdad entre hombres y mujeres es cuestión de derechos humanos y una condición para la justicia social y también es un requisito necesario y fundamental para lograr la igualdad, el desarrollo y la paz”.*

– Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995

Han transcurrido siete años desde que la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer señaló “la feminización de la pobreza” y los países del mundo se comprometieron a adoptar medidas en pro de la igualdad de género y el desarrollo social, como medio de contrarrestar esa tendencia. Hay un amplio consenso oficial acerca de que tanto las mujeres como los hombres tienen un interés activo en el desarrollo económico y social y deberían participar en la planificación y la aplicación de estrategias para la erradicación de la pobreza.

A partir de la celebración de la Cumbre del Milenio en 2000, la comunidad internacional y el sistema de las Naciones Unidas han intensificado la preocupación por la eliminación de la pobreza, pero son menos sistemáticas las medidas para eliminar la pobreza de las mujeres.

El número de mujeres que viven en la pobreza es mayor que el de hombres, y esta disparidad ha aumentado en el pasado decenio, particularmente en los países en desarrollo. Se están ampliando las disparidades de género en materia de salud (véase el Capítulo 5) y de educación (véase el Capítulo 7) entre los pobres y tales disparidades son mayores en los países pobres que en los demás países, aun cuando esta brecha se ha reducido en los últimos 30 años.

Las disparidades de género persisten debido a que las instituciones sociales y jurídicas aún no garantizan la igualdad de la mujer en materia de derechos jurídicos y derechos humanos básicos, ni en el acceso a las tierras u otros recursos y el control de los mismos, ni en el empleo y la remuneración, ni en la participación social y política. Estas disparidades tienen graves consecuencias, no sólo para las propias mujeres, sino también para sus familias y para la sociedad en general.

En un estudio reciente se afirmó: “Aún no se han abordado los prejuicios de género enraizados en las instituciones, los mercados y los procesos económicos, prejuicios que son reforzados por algunas políticas macroeconómicas y por ciertas estrategias de desarrollo. En consecuencia, muchas mujeres quedan privadas de sus derechos y carentes de todo poder”.<sup>1</sup>

## Medición de la desigualdad de género

La medición de las diferencias en el ingreso o el consumo es el método usual para determinar el grado de pobreza, pero por lo general los indicadores no se recopilan ni presentan de manera sensible a las cuestiones de género.

Las cifras indican cuál es la proporción de la población con ingreso insuficiente, pero no expresan cuántas de esas personas son mujeres y cuántas son hombres.

El grado de poder, el nivel de nutrición y salud, y la utilización del tiempo, pueden ser más importantes que el ingreso como indicadores de las diferencias en el bienestar de mujeres y hombres. Algunos indicadores sociales, en especial las tasas de mortalidad de adultos y de menores de un año, pueden diferir más ampliamente en función del ingreso cuando se trata de mujeres que cuando se trata de hombres.<sup>2</sup>

**INDICADORES DE POBREZA** Al intentar construir un indicador de la pobreza sensible a las cuestiones de género se ha comparado la incidencia de la pobreza de ingreso o la pobreza de consumo entre hogares cuyas jefas son mujeres y cuyos jefes son hombres.<sup>3</sup> La comparación es difícil debido a las diferencias en las metodologías utilizadas, pero en un análisis se puso de manifiesto que en 38 de 61 estudios de ese tipo se comprobó que los hogares cuyas jefas son mujeres predominan entre los pobres.<sup>4</sup>

Una comprobación más llamativa es que hay una cantidad desproporcionadamente mayor de mujeres que viven en la pobreza en hogares cuyos jefes son hombres y una cantidad relativamente menor de varones que viven en la pobreza en hogares cuyas jefas son mujeres. Dado que los hogares cuyas jefas son mujeres representan una pequeña proporción de la población, su contribución a las cantidades agregativas de la pobreza es pequeña, en comparación con el total de mujeres que viven en la pobreza.

Este enfoque presenta muchos problemas, dado que hay grandes variaciones en las definiciones de mujer como jefa de hogar y en las justificaciones de dichas definiciones.<sup>5</sup> Un útil indicador alternativo, que es sensible a las cuestiones de género, es el índice de pobreza de género, es decir, el número de mujeres por cada 100 hombres en el quintil más pobre de la población, o de mujeres que viven por debajo del límite de pobreza. Los datos de comienzos del decenio de 1990 muestran que este índice varía ampliamente, desde 93 en Nepal hasta 130 en Bangladesh y que llega a 190 en Botswana.<sup>6</sup>

**INDICADORES SOCIALES** Un índice de desigualdad de género en el hogar utiliza datos de 40 países en desarrollo<sup>7</sup> y cuatro mediciones: si la mujer trabaja para obtener ingresos en efectivo; cuál es la edad de la mujer al contraer matrimonio por primera vez; cuál es la diferencia entre la edad de la mujer y la de su compañero; y cuál es la diferencia en los años de educación de ambos.

Un índice de desigualdad de género en la sociedad también se compone de cuatro mediciones: diferencia en el peso para cada edad entre niñas y niños varones menores de cinco años; porcentaje de niñas, respecto del total de niños menores de cinco años; diferencia, ajustada por edades, en la inmunización de niñas y niños varones menores de cinco años; y diferencia en los años de educación entre hombres adultos y mujeres adultas.

Este índice muestra que la tendencia es que las mujeres tengan menos educación que sus esposos; la diferencia es mayor en el Asia Meridional y más pequeña en América Latina. En el Asia Meridional, las mujeres contraen matrimonio a edad más temprana y en América Latina, unos años más tarde. Las diferencias en las cantidades preferidas de hijas e hijos varones por región son, de manera similar, mayores en el Asia Meridional y más pequeñas en América Latina. Además, en el Asia Meridional se trata a los niños varones más preferencialmente con respecto a la atención preventiva de la salud y esto sugiere que la preferencia por el hijo varón tal vez sea mayor en los países donde la condición de la mujer es más baja.

**DERECHOS HUMANOS** Los datos de diversos estudios sobre derechos políticos, étnicos y de género correspondientes a más de 100 países en 1985 y 1990<sup>8</sup> proporcionan índices relativos a los derechos humanos, con una calificación desde uno (patrones

**II****EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES POBRES EN EL IRÁN**

El programa de asistencia del UNFPA en el Irán se centra en cinco de las zonas remotas de más difícil acceso y donde son mayores las privaciones y más bajos los indicadores de salud y educación: las provincias de Sistán y Baluchistán, Bushehr, Golestán y Kordestán; y el poblado de Islamshahr en los suburbios de Teherán.

El Fondo está cooperando con el Centro para la Participación de la Mujer en la introducción en varias aldeas de un plan piloto para la generación de ingresos en beneficio de mujeres pobres. Utilizando un mecanismo de fondo rotatorio, las mujeres jefas de hogar han recibido préstamos para la cría de animales, el tejido de alfombras, la confección de ropa y la pesca.

Otra iniciativa, un proyecto conjunto con la Organización Movimiento para la Alfabetización, combina la alfabetización y el desarrollo de aptitudes con la educación sobre salud reproductiva. Tras finalizar los cursos de capacitación, las mujeres reciben capital generador para iniciar las actividades en las que han sido capacitadas.

sistemáticos de conculcación de los derechos) hasta cuatro (respeto sin trabas por las libertades y los derechos). De los 40 índices sobre derechos recolectados, varios atañen a la igualdad de género en los derechos: igualdad política y jurídica, igualdad social y económica e igualdad en los procedimientos relativos al matrimonio y al divorcio.

Esos índices muestran que a partir de 1985, en casi todas las regiones hubo tendencias hacia la igualdad de género, pero que las mujeres siguen en posición desventajosa en comparación con los hombres, en lo concerniente a sus derechos básicos y a su consecuente condición. En lo tocante a los derechos políticos y jurídicos, las calificaciones de todas las regiones en desarrollo oscilan entre dos (conculcaciones frecuentes) y tres (infracciones ocasionales).

En general, las mujeres disponen de menos igualdad de derechos sociales y económicos que de derechos jurídicos y políticos, especialmente en el Asia Meridional y en África al Sur del Sahara. Las excepciones se registran en Europa Oriental y en el Asia Central, así como en el Asia Oriental y el Pacífico.

Finalmente, las desigualdades de género presentan mayores variaciones entre distintas regiones con respecto a los derechos en el matrimonio y el divorcio. Las mujeres de Europa Oriental y del Asia Central son las que disfrutan de una mayor igualdad relativa mientras que las del Asia Meridional, África al Sur del Sahara, el Oriente Medio y el África Septentrional son las que tienen menos igualdad relativa.

Esas mediciones muestran el vínculo entre la desigualdad de género y la salud reproductiva de la mujer, así como la salud y la nutrición de sus hijos. En Egipto, las calificaciones más altas en cuanto a adopción de decisiones y libertad de movimiento van asociadas a una mayor utilización de anticonceptivos,<sup>9</sup> y el empoderamiento de la mujer contribuye a la supervivencia de los niños menores de un año y a su completa inmunización.

## Falta de equidad económica

**TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO** En muchos países en desarrollo, las mujeres son responsables de la producción agrícola y de la venta en los mercados, así como de labores distintas de las de mercado, no remuneradas. Dichas labores no remuneradas abarcan desde el cuidado de los niños, los ancianos y los enfermos hasta la producción de subsistencia y las tareas domésticas, que en los países en desarrollo tal vez obliguen a recorrer muchas millas para recoger leña y agua.<sup>10</sup>

Las encuestas recientes sobre el uso del tiempo indican que al menos la mitad del tiempo total de trabajo de la mujer se dedica a tareas no remuneradas. Los datos de nueve países en desarrollo mostraron diferencias aún mayores, pues las mujeres dedicaban, en promedio, 34% de su tiempo a tareas de mercado remuneradas y 66%, a tareas distintas de las de mercado, en comparación con 76% y 24%, respectivamente, para los hombres.<sup>11</sup>

En las zonas rurales de Nepal, los hombres dedican ocho horas diarias a trabajos de mercado y sólo dos horas a la producción doméstica, pero las mujeres dedican 7,4 horas diarias a trabajos de mercado y cinco horas a la producción en el hogar. Las mujeres también superponen actividades, como atender a los niños mientras trabajan en el hogar o en los campos.<sup>12</sup>

La investigación realizada en 31 países, tanto industrializados como en desarrollo, sobre la cantidad de tiempo que las mujeres y los hombres dedican a actividades de mercado y distintas de las de mercado<sup>13</sup> muestra que:

- En casi todos los países, las mujeres trabajan más horas que los hombres. De la carga total de trabajo, en los países en desarrollo las mujeres absorben el 53% y en los países industrializados, el 51%.
- Del tiempo total de trabajo de los hombres en países industrializados, unos dos tercios se dedican a actividades que se computan en las mediciones del PNB y un tercio, a actividades no remuneradas; para las mujeres, esas proporciones son inversas. En los países en desarrollo, más de las tres cuartas partes de la labor masculina se incluyen en las cuentas del ingreso nacional.
- Las mujeres de bajos ingresos trabajan más horas diarias que las de altos ingresos, en detrimento de su salud y su nutrición.<sup>14</sup>

Cuando se incluye en el cómputo el tiempo que las mujeres dedican a la producción en el hogar, ellas aportan del 40% al 60% del ingreso de la familia.

La producción de la mujer distinta de la de mercado es un elemento de importancia crucial para determinar la calidad de la vida y afecta directamente la salud, el desarrollo y el bienestar general de los niños y otros miembros de la familia. No obstante, en los debates sobre finanzas y desarrollo están en gran medida omitidas las voces de las mujeres y sus experiencias de vida, ya sea como trabajadoras (remuneradas y no remuneradas), o en su condición de ciudadanas o de consumidoras.<sup>15</sup>

**EFFECTOS DE LA INVISIBILIDAD** Las diferencias en las pautas de trabajo de hombres y mujeres y la “invisibilidad” del trabajo no remunerado que no se incluye en las cuentas nacionales, redundan en que las mujeres tienen derecho a menos prestaciones que los hombres. Esta falta de equidad, a su vez, perpetúa la discrepancia de género en lo tocante a la capacidad.

Por ejemplo, cuando las niñas llegan a la adolescencia, típicamente se espera que dediquen más tiempo a las actividades en el hogar, mientras los varones adolescentes dedican más tiempo al

trabajo agrícola o asalariado. Cuando las niñas y los varones llegan a la adultez, por lo general las mujeres trabajan más horas que los hombres, tienen menos experiencia en la fuerza laboral y obtienen menos ingresos.<sup>16</sup>

Esto tiene repercusiones para las inversiones en la generación siguiente. Si los padres y madres consideran que las hijas tienen menos probabilidades de obtener empleo remunerado o de recibir salarios de mercado, pueden estar menos inclinados a efectuar inversiones en educación, que es la vía más rápida para que la mujer se libere de la pobreza.<sup>17</sup>

**LA DOBLE CARGA** Va en aumento el número de mujeres que realizan trabajo remunerado en la industria y los servicios. En la mayoría de los países en desarrollo, va en aumento el número de mujeres que son empleadoras o trabajan por cuenta propia, la mayoría de ellas en la agricultura y en empresas pequeñas y microempresas del sector paralelo o no estructurado (informal) de la economía.<sup>18</sup> Pero al ingresar en el mercado laboral, las mujeres pueden salir perjudicadas en cuanto al tiempo y al dinero. Trabajan jornadas dobles, en el empleo y en el hogar. Con frecuencia reciben menos remuneración que los hombres por el mismo trabajo y tienen menos oportunidades de mejorar sus aptitudes.

Además, el trabajo no remunerado de la mujer y la necesidad de bienes y servicios no comercializables aumenta con los choques económicos, como los resultantes de la reestructuración económica o la pandemia del VIH/SIDA, cuando los gobiernos reducen los servicios sociales o cuando no es posible sufragar los costos de mercado. Las mujeres pobres realizan más labores no remuneradas, trabajan más horas y aceptan condiciones de trabajo degradantes durante esos tiempos de crisis, sólo para asegurar la supervivencia de sus familias.<sup>19</sup>

**ACCESO A LOS RECURSOS** Actualmente, las mujeres tienen más oportunidades de efectuar y aprovechar las inversiones en “capital humano”, como las de educación y salud, pero en los últimos decenios se progresó menos en cuanto a asegurar el acceso de las mujeres al capital natural y físico, como el dinero y la tierra. Esta situación impone altos costos a nivel tanto individual como de la familia.

**RELACIONES DE PODER EN EL HOGAR** Muchas decisiones acerca de la distribución de los recursos entre hombres y mujeres se adoptan dentro de la familia. Éste no es un proceso directo, sino que entraña negociaciones y el ejercicio del poder, el cual, a su vez, está conformado fuertemente por el contexto social.

El control de los recursos queda determinado en parte por lo que la persona aporta al hogar: bienes físicos, salarios o ingresos de otro tipo, transferencia de pagos o prestaciones de bienestar social. Esas aportaciones pueden afectar la capacidad de negociación de dicha persona. La amenaza de marcharse del hogar refuerza el poder de negociación, a condición de que la amenaza sea creíble. Es la amenaza más comúnmente utilizada por los hombres en relación con sus esposas, sus hijas y otras mujeres de la familia.

Algunas influencias externas, como los derechos garantizados por la ley y el apoyo comunitario, pueden afianzar la adopción conjunta de decisiones. Además, las mujeres pueden movilizar redes personales para mejorar su poder de negociación. El pertenecer a organizaciones, tener acceso a redes de familiares y otras redes sociales, así como otras formas de “capital social”, pueden acrecentar el poder de negociación en el hogar.

Muchas influencias son intrínsecas, como el conocimiento de los derechos personales y la autoconfianza para utilizar esos conocimientos. La educación confiere una enorme ventaja; otra ventaja es la fuerza física.

En encuestas por hogares realizadas recientemente por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) se determinó que los bienes aportados al matrimonio tienen efecto sobre el poder de negociación dentro de éste. En cinco países en desarrollo estudiados – Bangladesh, Etiopía, Filipinas, Ghana, y Sudáfrica – los hombres aportan al matrimonio más tierras y más bienes que las mujeres. En la mayoría de esos países, los maridos también tienen más años de educación que sus mujeres.

No obstante, los bienes de la mujer pueden aportar algún grado de independencia e influencia en la adopción de decisiones en el hogar, particularmente en lo concerniente a alimentos, educación, salud y ropa de los niños. Incluso cuando los maridos controlan la mayoría de los recursos, como ocurre en Bangladesh, los bienes de la mujer afectan positivamente el gasto en ropa y

I2

**INGRESO Y MEJOR SALUD PARA LAS MUJERES LAO**

Como resultado de la asistencia del UNFPA, la contribución económica de las mujeres en una aldea de la República Democrática Popular Lao es considerada ahora tan importante como su papel de madres y esposas. Los aldeanos ahora disponen de acceso a servicios de salud reproductiva e información al respecto, gracias a las acciones del Fondo y sus aliados nacionales, la Unión de Mujeres Lao y el Ministerio de Salud.

Ban Bo Piet es una aldea con 54 hogares en una de las zonas serranas más inaccesibles de la RDP Lao. En 1993 se asentó ahí un grupo anteriormente nómada que utilizaba el método de tala y artiga para sus cultivos de subsistencia. Reinaban la pobreza y la malnutrición. La producción agrícola

está transformándose lentamente en producción comercial, incluidos los cultivos de arroz y la cría de cerdos.

El UNFPA contribuyó a iniciar un fondo para ofrecer capital generador, de modo que las mujeres de la comunidad pudieran comenzar a cultivar cardamomo, una planta que no daña el medio ambiente y puede comercializarse. Hay en la aldea dos voluntarias de salud reproductiva que proporcionan información y promueven servicios, inclusive consejería sobre planificación de la familia. Una acaba de asistir a un curso sobre género y salud reproductiva organizado por el sindicato de mujeres, con el apoyo del UNFPA.

Dice: “Antes de que yo me transformara en voluntaria, nadie en mi aldea sabía nada sobre planificación de la familia, cuestiones

de género o participación de los hombres. Nos casábamos cuando éramos muy jóvenes, realizábamos todas las tareas domésticas y no teníamos tiempo para nosotras mismas ni para ayudar en el campo, especialmente cuando teníamos tantos hijos. Ahora conocemos los métodos de prevención del VIH/SIDA y planificación de la familia y sabemos dónde están ubicados los servicios de salud. También hemos alentado a nuestros esposos a que nos ayuden con las tareas domésticas.”

El jefe de la aldea afirma: “todos nosotros apoyamos el programa de salud reproductiva porque nos ayuda a quebrar el ciclo de la pobreza. Comprendemos bien que la mejor salud de la mujer está relacionada con las familias más pequeñas y la mejor nutrición de nuestros hijos.”

educación para los niños y también reducen la tasa de enfermedad de las niñas.

**REDUCCIÓN DE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO** Los programas que reducen la desigualdad de género pueden mejorar sustancialmente el bienestar de los individuos y los hogares, así como el crecimiento económico del país.

Si los países de África al Sur del Sahara, el Asia Meridional y el Asia Occidental hubieran mantenido la misma proporción femenina/masculina en cuanto a los años de escolarización que existía en 1960 en el Asia Oriental, y si esos países hubieran subsanado la discrepancia mediante las tasas logradas por el Asia Oriental entre 1960 y 1992, su ingreso per cápita podría haber aumentado a razón de 0,5 a 0,9 puntos porcentuales por año, lo cual habría representado un aumento sustancial con respecto a las tasas reales de crecimiento económico, de 0,7% anual en África al Sur del Sahara, 1,7% en el Asia Meridional y 2,2% en el Asia Occidental.<sup>20</sup>

La investigación del IFPRI muestra que al reducir las desigualdades dentro del hogar, igualando el capital humano, las tierras y los insumos utilizados por las mujeres, es posible aumentar el rendimiento de los cultivos entre 20% y 25%.<sup>21</sup> En Kenya, al proporcionar a las agricultoras la misma educación y los mismos recursos que a los hombres, aumentó en 22% el rendimiento de los cultivos.<sup>22</sup>

**INICIATIVAS EN MATERIA DE EDUCACIÓN** Las becas para las niñas y los programas de incentivos a fin de aumentar la matriculación de niñas, como los existentes en Bangladesh y México, motivan a padres y madres a enviar a sus hijas a la escuela.

Los programas tuvieron un poderoso efecto sobre el ingreso, la educación, la nutrición, la salud y el empoderamiento de la mujer. La matriculación escolar de niños varones (en particular, después de la escuela primaria) aumentó porque trabajan menos. La matriculación de niñas en la escuela secundaria aumentó en un 14%.

Al mejorar la educación de la mujer también se contribuye a reducir la malnutrición infantil. Un estudio reciente muestra que los adelantos en la educación de la mujer son los factores que contribuyen más a reducir la malnutrición infantil, y puede atribuirseles el 43% del total de la reducción. La mejora en la disponibilidad de alimentos ocupó un distante segundo lugar, pues contribuyó en un 26%.<sup>23</sup>

Al subsanar la discrepancia de género en la educación también se contribuye a que las mujeres tengan menor fecundidad y se aumenta la supervivencia infantil.<sup>24</sup> En un estudio se comprobó que un año adicional de educación femenina reducía la fecundidad total en 0,23 alumbramientos;<sup>25</sup> según otro, la reducción fue de 0,32 alumbramientos.<sup>26</sup>

En los países donde la probabilidad de que las niñas vayan a la escuela es la mitad de la de los niños varones, si se excluyen los demás factores, se calcula que hay, en promedio 21,1 más defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos que en los países donde no hay tal discrepancia de género.<sup>27</sup>

**CRÉDITO Y EMPODERAMIENTO** Parte del éxito de los programas de crédito a grupos, como los que otorga el Banco Grameen, se ha atribuido a un mecanismo de préstamo y apoyo en que el grupo amplía los medios de acción de cada mujer. Varias ONG que logran buenos resultados han establecido objetivos implícitos de empoderamiento de la mujer que no se limitan a los aspectos económicos sino que incluyen conocimiento de las leyes, participación política y uso de anticonceptivos.

**GOBERNABILIDAD** La mejora de la igualdad de género también entraña asegurar que las mujeres estén plenamente representadas

13

**¿PREJUICIO EN LA NUTRICIÓN INFANTIL?** ¿Hay desigualdad de género en la alimentación de la niñez? Las pruebas son desiguales. Hay un prejuicio contra las niñas en el Asia Meridional (y también algunas partes de China), pero está disminuyendo. Las Encuestas Demográficas y de Salud en 40 países en desarrollo no arrojan resultados nutricionales apreciablemente mejores para los niños varones, salvo en Bangladesh y Nepal.

14

**PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA NUTRICIÓN, LA EDUCACIÓN Y LA AUTOESTIMA**

**PROGRESA** (Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación) ha educado a mujeres mexicanas en cuestiones de salud y nutrición, les ha proporcionado nuevos espacios en los que comunicarse con otras mujeres, ha educado a las niñas para mejorar su condición en el futuro y ha aumentado su autoconfianza y su autoestima. El programa comenzó en 1997 a escala nacional para combatir la extrema pobreza en las zonas rurales de México.

Con un presupuesto de 500 millones de dólares, PROGRESA proporciona asistencia monetaria, suplementos nutricionales, subsidios educacionales y un conjunto básico de servicios de salud a las familias pobres, durante al menos tres años consecutivos. Una de sus innovaciones es proporcionar dinero directamente a las mujeres, colocando los recursos adicionales bajo el control de ellas y otorgándoles mayor libertad de movimiento.

en la adopción de decisiones en todos los niveles. Es necesario que las mujeres estén en condiciones de participar directamente en la formulación de políticas impositivas, sanitarias, laborales, de tierras o presupuestarias y, al mismo tiempo, responsabilicen a los encargados de formular políticas por los efectos de éstas.

Al mejorar la igualdad de género puede mejorarse la gobernabilidad. Algunos informes indican que las mujeres están menos involucradas que los hombres en ofrecer sobornos y en aceptar sobornos.<sup>28</sup> Los datos comparados entre 98 países, de ingresos tanto altos como bajos, indican que la corrupción, medida utilizando un “índice de cohecho”, es menos grave cuando las mujeres tienen una mayor proporción de escaños parlamentarios y altos puestos en la burocracia gubernamental, y cuando es mayor su proporción en la fuerza laboral.

El adelanto más espectacular en la representación femenina ocurrió en Sudáfrica, donde las primeras elecciones celebradas después de la eliminación del apartheid acrecentaron la proporción de mujeres en el Parlamento nacional, desde 1% hasta 30%. Las presiones resultantes para introducir innovaciones sensibles a las cuestiones de género, como el Presupuesto de Género – que analiza los efectos diferentes sobre hombres y mujeres de los gastos y los ingresos gubernamentales – dan pruebas de los efectos de la participación de la mujer.

## VIH, pobreza y desigualdad de género

Hace 20 años, cuando comenzaba la epidemia del VIH/SIDA, era infrecuente que una mujer se contagiara. Hacia 1997, en todo el mundo, un 41% de todos los adultos con reacción serológica positiva

**CRÉDITOS EN BENEFICIO DE LAS MUJERES EN BANGLADESH**

Varias ONG de Bangladesh focalizan el crédito en las mujeres. El Banco Grameen y el Comité de Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC) han mejorado la movilidad de la mujer, así como su seguridad económica, su control sobre el ingreso y los bienes, sus conocimientos políticos y de las leyes y su participación en protestas públicas y campañas políticas.

Los programas acrecientan la demanda de anticonceptivos y ayudan a las mujeres a superar los obstáculos que se oponen a su utilización. Tanto el Banco Grameen como el BRAC cuentan con programas de concienciación sobre la planificación de la familia. Tener una familia pequeña es una

de las 16 decisiones que el Banco estipula que las mujeres han de memorizar. Ninguna de esas dos instituciones ha ofrecido servicios de planificación de la familia (aun cuando el BRAC recientemente comenzó a proporcionar anticonceptivos a algunos miembros), pero esto parecería ser menos importante que el efecto de la mayor autonomía económica sobre la mujer: allí donde los servicios son ofrecidos por otras fuentes, esa autonomía redundó en un mayor uso de anticonceptivos.

Las mujeres se sienten empoderadas por el crédito, pese al trabajo adicional que éste entraña: se sienten más realizadas y valoradas por los demás miembros de la familia y la comunidad. El efecto sobre la fecundidad parecería agregarse a los efectos

de los programas de planificación de la familia y otros servicios de salud.

Los programas de microcrédito han tenido efectos más poderosos cuando las prestatarias son mujeres: ellas tienen efectos pronunciados sobre siete de ocho indicadores, a saber: escolarización de niños varones; escolarización de niñas; oferta laboral femenina; oferta laboral masculina; gasto total del hogar; uso de anticonceptivos; fecundidad; y valor de los bienes de la mujer distintos de la tierra. En cambio, cuando el prestatario es un hombre, los efectos son apreciables en sólo tres de los ocho indicadores. El consumo del hogar aumenta en 18 taka por cada 100 taka prestados a una mujer y en 11 por cada 100 prestados a un hombre.

al VIH eran mujeres. En 2001, el porcentaje era casi 50% y en África al Sur del Sahara era 58%.<sup>29</sup>

Los encargados de formular políticas reconocen ahora que las mujeres se contagian debido a su condición de mujeres. En 2001, el Primer Ministro de Mozambique, Dr. Pascoal Mocumbi, informó de que la tasa global de infección entre niñas y mujeres jóvenes en su país era el doble de la de los varones de su misma edad: “Esto no se debe a que las niñas sean promiscuas, sino a que casi tres de cada cinco ya están casadas al cumplir 18 años, un 40% de ellas con hombres mucho mayores y con más experiencia sexual, que pueden exponer a sus esposas al contagio con el VIH/SIDA. Para esas niñas novias, la abstinencia no es una opción. Las que tratan de negociar el uso de condones suelen tropezar con violencia o rechazo”.

El Dr. Mocumbi opina que no será posible ninguna acción eficaz contra la pandemia hasta que los líderes de países de África al Sur del Sahara reconozcan que la principal manera en que se propaga el SIDA es mediante relaciones heterosexuales riesgosas. Dijo que esto no es sólo un problema de salud, puesto que “a diferencia de las enfermedades mortales contagiosas que hemos enfrentado más a menudo en el pasado, el VIH/SIDA se transmite por vía de la relación humana más íntima y privada y debido a la violencia sexual y las relaciones sexuales comerciales; la enfermedad prolifera debido a la pobreza y la desigualdad de la mujer”.<sup>30</sup>

**FACTORES SOCIALES Y DE RIESGO** La desigualdad de género priva a las mujeres de la posibilidad de negarse a las prácticas riesgosas, propicia las relaciones sexuales bajo coacción y la violencia sexual, mantiene a las mujeres ignorantes de la prevención, las relega al último lugar cuando se trata de recibir tratamientos que salvan vidas, y les impone la abrumadora carga de cuidar a los enfermos y moribundos.

“Las mujeres son en esta pandemia realmente las personas más vulnerables... . A menos que aumente mucho la igualdad de género, en los nuevos contagios las mujeres serán las más numerosas”, como expresó a un periodista a fines de 2001 Stephen Lewis, Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, para el VIH/SIDA en África.<sup>31</sup>

Los papeles de género definidos socialmente determinan las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a los recur-

tos productivos y la adopción de decisiones. Hay variaciones entre distintas sociedades, pero según Lewis, sea cual fuere la superestructura, las bases siempre incorporan un desigual equilibrio de poder de las relaciones de género que favorece a los hombres. Dice que, por ende, la realidad es que en todo el mundo hay millones de mujeres sojuzgadas sexualmente y obligadas a entablar relaciones sexuales riesgosas, sin condones, pues “carecen de posibilidades de negarse y del derecho a negociar las relaciones sexuales”.

La biología también actúa en perjuicio de la mujer: la fisiología femenina es más vulnerable al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Las infecciones del aparato reproductor, que predisponen al contagio con el VIH, se transmiten más fácilmente y son menos detectables en las mujeres. Las raspaduras y abrasiones vaginales sufridas durante relaciones sexuales violentas o bajo coacción aumentan los riesgos.

**SE ESPERA DE LAS MUJERES IGNORANCIA SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES** En muchas sociedades, la cultura impone que las “buenas” mujeres ignoren todo acerca de las relaciones sexuales y sean pasivas en la interacción sexual. Esto dificulta que las mujeres se informen acerca de cómo reducir los riesgos, y cuando están informadas, les es aún más difícil negociar relaciones sexuales menos riesgosas o el uso de condones.<sup>32</sup> Un estudio realizado en Zambia reveló que sólo un 11% de las mujeres entrevistadas pensaban que una mujer casada podía solicitar que su marido utilizara un condón, aun cuando supiera que había estado visitando prostitutas y que probablemente estuviera infectado.

Las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables y están muy poco informadas. Encuestas realizadas en 17 países africanos indicaron que más de la mitad de las niñas no conocían ninguna manera de protegerse contra el VIH.<sup>33</sup> No obstante, hay muchas pruebas de que las adolescentes tienen actividad sexual antes del matrimonio, a juzgar por el número de ellas que abandonan la escuela por estar embarazadas. El síndrome del “gavilán” (hombre adulto que aprovecha la indefensión de las niñas), aun cuando es más lo que se habla al respecto que lo que se ha comprobado, perjudica a las jóvenes. Entre las adolescentes africanas de 15 a 19 años de edad en algunas zonas urbanas, se considera que las tasas de contagio son entre cinco y seis veces superiores a las de los varones de la misma edad.<sup>34</sup>

Las estrictas normas de virginidad y fidelidad aplicadas a las mujeres (pero no a los hombres), así como la “vergüenza” que impide hablar francamente de cuestiones sexuales, dificultan mucho que las mujeres acudan en busca de protección o tratamiento, o incluso de información, acerca de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA.

**ESTIGMA** La familia del esposo y la comunidad en general tal vez culpen a su viuda de su muerte y pueden negarse a aportar el acostumbrado apoyo para ella y sus hijos. Tal vez la ley permita que la mujer herede las tierras y los bienes de su esposo, pero las normas locales consuetudinarias cancelan ese derecho en la práctica. El estigma, sumado al temor, ha estimulado a muchedumbres que quieren linchar a las mujeres cuando se descubre que han contraído la enfermedad o, como en el caso de la joven activista sudafricana Gugu Dhlamini, cuando la mujer revela valerosamente que se ha contagiado con el VIH.<sup>35</sup> Para muchas mujeres inocentes y sus hijos, las consecuencias han sido trágicas.

**DEPENDENCIA ECONÓMICA** La dependencia económica de la mujer aumenta su vulnerabilidad al contagio con el VIH. Si bien las mujeres son las productoras primordiales de alimentos en gran parte de África, tal vez carezcan de derechos a las tierras que trabajan o a los productos de su labor. La herencia tal vez dependa de las prácticas locales y, en la práctica, tal vez las coloque a merced de los parientes de su esposo.

Esta pobreza y dependencia económica imposibilita que muchas mujeres o bien negocien los términos de su relación, o bien la abandonen si ésta entraña riesgos. La pobreza y la dependencia económica puede obligar a la mujer a soportar la violencia doméstica habitual, que aumenta su posibilidad de contagiarse con el VIH/SIDA y, al mismo tiempo, la disuade de acudir a los servicios de salud para la detección y tratamiento de la enfermedad. Dado que tienen pocas oportunidades de ganarse la vida independientemente de los hombres, muchas mujeres se ven forzadas a utilizar las relaciones sexuales para obtener recursos y con ello aumentan los riesgos que corren ellas mismas y los hombres que así las usan.

**ESTÁNDAR DOBLE** El desequilibrio en las relaciones de poder limita la libertad de las mujeres de otras maneras. Un estudio realizado en 1999 en Tanzania comprobó que si bien los hombres acudían voluntariamente en busca de consejería y detección, sin consultar a sus esposas, las mujeres se consideraban obligadas a consultar a sus esposos.<sup>36</sup> Las encuestas iniciales en África están revelando que cuando se dispone de terapias contra los retrovirus, los servicios de salud discriminan a favor de los hombres.

Se espera que las mujeres sean virtuosas y fieles, cuiden a sus esposos e hijos enfermos, apoyen a sus familias y atiendan a los moribundos. No obstante, se les deniega apoyo para ellas mismas o acceso a la información o el tratamiento que podrían salvar sus vidas; y cuando mueren sus esposos, se las considera responsables.

La tragedia de la mujer se va transmitiendo a lo largo de las generaciones. Las mujeres suelen descubrir que tienen reacción serológica positiva al VIH sólo cuando visitan clínicas prenatales. El riesgo de transmisión de la madre al hijo es alto, pero las mujeres disponen de poco apoyo para reducir los riesgos: terapias contra los retrovirus, consejería sobre los peligros alternativos del amantamiento y de los sucedáneos de la leche materna, o atención o consejería continuas.

En los casos en que se ofreció tratamiento, éste duró con frecuencia muy poco, sólo para prevenir el contagio del recién nacido, y después se abandonó a la madre para que enfrentara la perspectiva de su propia muerte y se preocupara por el destino de sus hijos

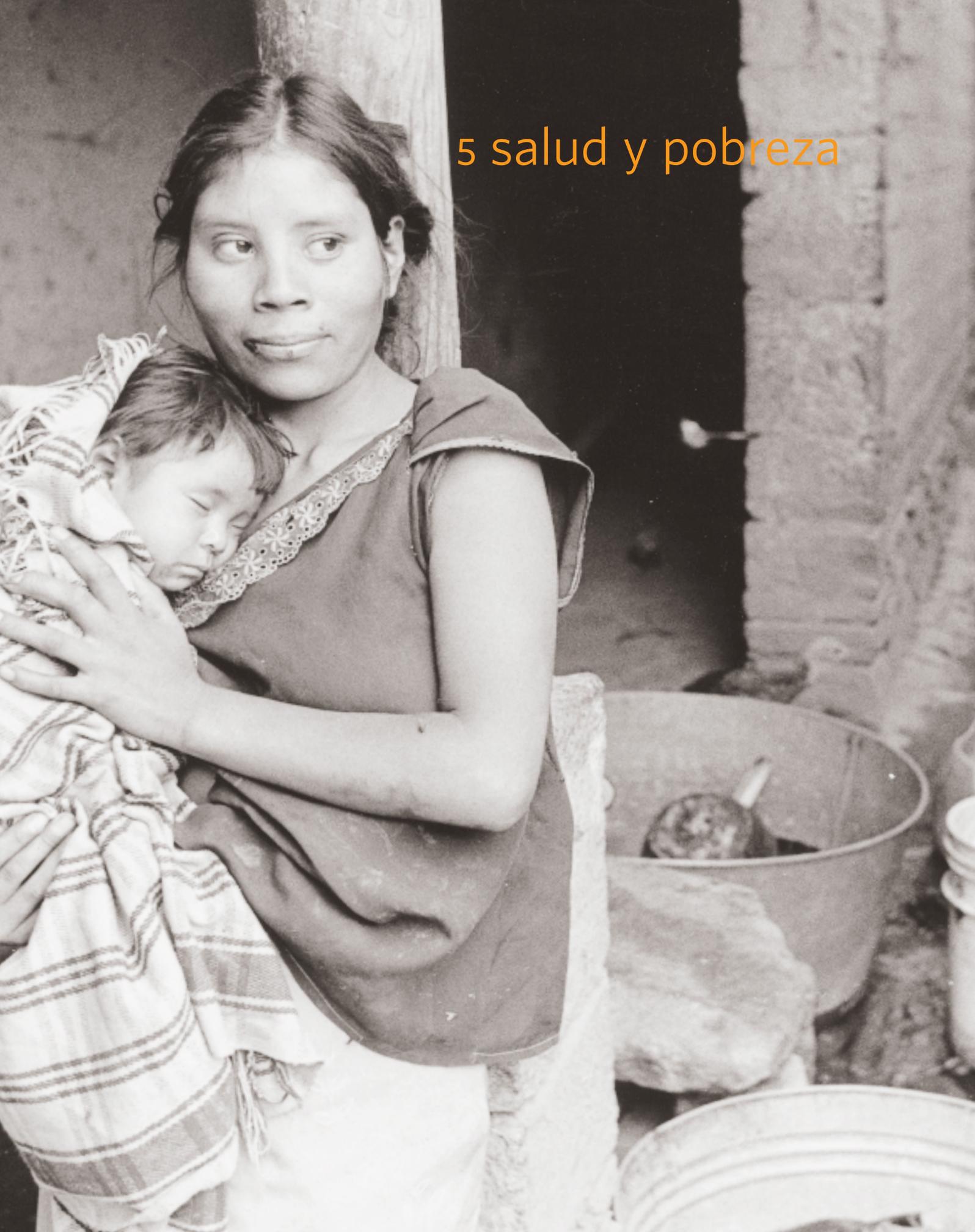
huérfanos. Los niños de corta edad cuyas madres mueren por cualquier causa, corren riesgos mucho mayores de morir ellos mismos; los riesgos que corren después de una defunción debida al SIDA tal vez sean mayores debido al estigma y a la posibilidad de que ellos mismos se hayan contagiado.

Las situaciones de conflicto, en que se utiliza la violación de las mujeres como arma de guerra, han propagado la epidemia, pues el virus se contagia cuando hay violencia sexual. Actualmente en Rwanda, muchas mujeres violadas durante el genocidio están muriendo a causa del SIDA, de modo que para ellas, prosigue el genocidio.

**ADOPTAR MEDIDAS, EMPODERAR A LA MUJER** El empoderamiento de la mujer es fundamental para combatir la epidemia, prevenir su mayor proliferación y reducir la incidencia de nuevos contagios. Es más urgente que nunca proteger y mejorar la salud de la mujer, inclusive su salud reproductiva, y ofrecer la información y los servicios para lograrlo; disminuir las discrepancias de género en la educación y lograr la educación universal; mejorar el acceso de la mujer a los recursos económicos; aumentar su participación política; protegerla contra la violencia; y posibilitar el ejercicio de sus derechos a la salud sexual, la salud reproductiva y la libre determinación. Las metas abarcan alianzas reales en un plano de igualdad con los hombres. Esas metas son ambiciosas, pero realistas, y necesarias más que nunca.

La comunidad mundial ha elaborado un conjunto de planes aptos para abordar la desigualdad. Sus recomendaciones figuran en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, así como las revisiones efectuadas cinco años después de la celebración de dichas conferencias. Muchas de esas recomendaciones están incluidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ¿Acaso los países acelerarán la aplicación de esas recomendaciones? Y ¿proporcionará la comunidad internacional los recursos necesarios para llevarlas a la práctica?

5 salud y pobreza



“En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza”.

– Discurso de Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, ante la Asamblea Mundial de la Salud, 2001

Los pobres se enferman con más frecuencia que las personas en mejor posición económica. Sus niveles generales de salud y bienestar son inferiores. Están más expuestos a las enfermedades contagiosas<sup>1</sup> y tienen menos resistencia a ellas. Tienen más probabilidades de vivir y trabajar en ámbitos peligrosos. Disponen de menos alimentos y menos acceso al agua no contaminada.<sup>2</sup> Su vivienda ofrece menos protección contra las inclemencias del tiempo y tiene más probabilidades de estar hacinada.

Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades. Los médicos y las enfermeras los respetan menos y les dedican menos tiempo. Tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente después de una enfermedad y mueren antes que los demás. Además, probablemente han de caer aún más profundamente en la pobreza, como resultado del tiempo laboral perdido a causa de las enfermedades y el costo de los servicios de salud.

En un estudio sobre 41 países, los pobres mencionaron a la enfermedad como causa más frecuente de indigencia y motivo para caer en la pobreza.<sup>3</sup> Un temor constante es la amenaza de perder tiempo de trabajo e ingreso. Muchos de quienes eran casi pobres quedaron en la pobreza por el efecto de una enfermedad grave y, para los que ya son pobres, esa enfermedad los sume en la indigencia. Los pobres consideran que hay vínculos fundamentales entre la mala salud, la enfermedad y la pobreza.<sup>4</sup>

Las personas pobres y menos educadas tienen más probabilidades de tener empleos con mayores exigencias físicas; no obstante, no están en buen estado físico<sup>5</sup> y la malnutrición menoscaba su fuerza.

La salud reproductiva es un componente de importancia vital de la salud en general.<sup>6</sup> Más de un quinto de la carga de enfermedad entre las mujeres en edad de procrear atañe a las relaciones sexuales y la reproducción. En los países de África al sur del Sahara, la proporción es de 40%.<sup>7</sup>

El SIDA es una enfermedad de la pobreza y ha sumido a muchas familias en la pobreza. Según se estima, en el decenio de 1990,

**16 LA POBREZA MATA** En todo el mundo, hay una nefasta relación entre pobreza y mala salud: en los países menos adelantados, la esperanza de vida es de sólo 49 años y uno de cada 10 niños no alcanza a cumplir un año. En cambio, en los países de altos ingresos, la duración media de la vida es de 77 años y la tasa de mortalidad de menores de un año es de seis por cada 1.000 nacidos vivos.

debido al SIDA se redujo el crecimiento económico anual per cápita de África en 0,8%. Los modelos estadísticos muestran un futuro sombrío. Dentro de dos decenios, en los países más afectados, las economías podrían reducirse de un 20% a un 40% con respecto a las magnitudes que habrían tenido de no existir el SIDA.<sup>8</sup>

**ALLENDE EL INGRESO: SALUD Y BIENESTAR** El vínculo entre salud y pobreza es fundamental. “Los pobres definen la pobreza de manera convencional – falta de ingreso – pero la pobreza también abarca inestabilidad, preocupaciones, vergüenza, enfermedad, humillación e impotencia”.<sup>9</sup>

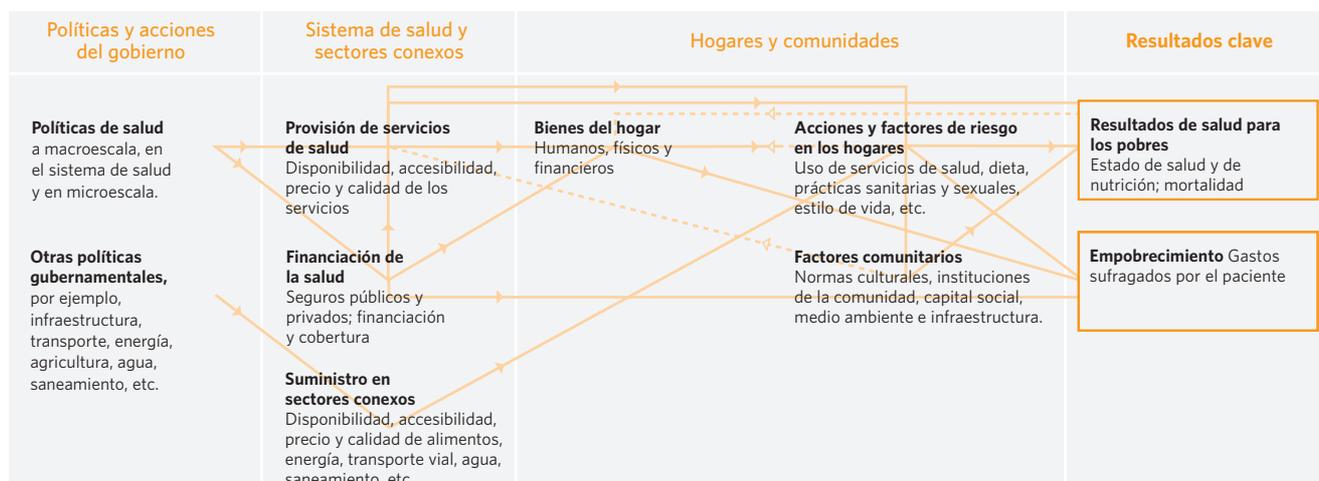
Los pobres reconocen las múltiples dimensiones de la salud: “Se considera que la salud es un componente central de la buena calidad de la vida. En sus descripciones del bienestar, es posible distinguir tres tipos diferentes: *bienestar material*, expresado a menudo como tener “lo suficiente”; *bienestar físico*, ser fuerte, saludable y bien parecido; y *bienestar social*, que incluye tener hijos y cuidarlos, y disfrutar de autorrespeto, seguridad y confianza en el futuro, libertad de opción y de acción, y posibilidad de ayudar a los demás”.<sup>10</sup>

La procreación temprana en el matrimonio contribuye a definir el bienestar social y es una expectativa casi universal de los pobres en países en desarrollo (de los primeros alumbramientos, más del 90% ocurren dentro del primer año de matrimonio). Sólo más adelante en la vida, y todavía no en todas las sociedades, se reconoce y se acoge como parte del bienestar social el espaciamiento y la limitación del número de hijos.

Transcurrirá algún tiempo antes de que esa situación cambie.

### Gráfico 3: Determinantes de los resultados en el sector de salud

Las condiciones biológicas, culturales, medioambientales, sociales e institucionales influyen sobre los riesgos de salud y la susceptibilidad a esos riesgos entre diferentes poblaciones. Al describir las diferencias en los resultados de salud entre subgrupos en mejor y en peor posición económica, se contribuye a indicar dónde se necesitan acciones especiales



Fuente: Banco Mundial

Los jóvenes pobres, casados o solteros, tienen menos acceso a la planificación de la familia que sus hermanos y hermanas mayores, o los jóvenes en mejor posición económica. La postergación del matrimonio y del primer alumbramiento ocurre cuando se dispone de mejor educación y de aceptación social de opciones más amplias para las mujeres jóvenes.

Los pobres suelen elegir sus cónyuges temprano en la vida. Las jóvenes pobres tienen más probabilidades que las de posición más desahogada de ser seducidas o forzadas a tener su primera experiencia sexual. Ellas (y sus familias y comunidades) tienen más probabilidades de considerar que los hijos son fuente de estima. Para los pobres, cuyas necesidades son inmediatas, debido a las grandes barreras a la educación tal vez los posibles beneficios ulteriores de ésta parezcan remotos.

En comunidades donde no se ha aceptado cabalmente la planificación de la familia, las personas consideran que el número de alumbramientos y el tamaño de la familia son ineludibles, y efectúan otro tipo de opciones. Solamente cuando la gente reconoce que puede controlar la cantidad y el espaciamiento de sus hijos, comienza a recibir que las familias numerosas conllevan una merma en su bienestar y comienzan a considerar que las grandes cantidades de hijos son una causa de pobreza.

## Salud reproductiva y pobreza

Las cuestiones de salud reproductiva son fundamentalmente diferentes de casi todas las demás cuestiones de salud. Las relaciones sexuales y la reproducción son un aspecto medular de la vida, una fuente de alegría, afecto y conexión espiritual. Animadas por esos sentimientos, las mujeres, en especial, se exponen a los riesgos de las relaciones sexuales y la reproducción.

**DERECHOS DENEGADOS** La preocupación acerca de su salud reproductiva es también, en particular para las mujeres, otro aspecto de la inseguridad que marca la experiencia de la pobreza. En ausencia de planificación de la familia – a la que las mujeres pobres tienen menos acceso que las de posición más acomodada – el riesgo de embarazo no deseado puede convertir a cada encuentro sexual en una fuente de preocupación;<sup>11</sup> la inseguridad se ahonda con la posibilidad de una enfermedad de transmisión sexual, particularmente el VIH. El embarazo puede ser un período riesgoso y preocupante; el parto puede causar enfermedades, lesiones debilitantes o la muerte.

La menor fecundidad, inclusive el menor número de alumbramientos no deseados, crea mejores niveles de salud para las mujeres y los niños. Los niños no deseados son más propensos a las infecciones de las vías respiratorias y las diarreas que los niños deseados. Se lo desee o no, cada hermano o hermana adicional reduce entre 2% y 8% las probabilidades de que un hijo reciba tratamiento médico. Cuando los niveles de inmunización son bajos, los hijos deseados reciben entre un 50% y un 100% más de vacunas que los hijos no deseados.<sup>12</sup>

**LIMITACIONES SOCIALES** En muchas culturas, la gente tropieza con dificultades para hablar de temas sexuales y de la reproducción. En esas circunstancias, el ejercicio de opciones – por ejemplo, prever el uso de anticonceptivos – puede experimentarse como algo vergonzoso y humillante. Las mujeres pobres tienen especiales dificultades en hablar de la violencia por motivos de género, particularmente la violencia sexual.<sup>13</sup>

Hay otra diferencia crucial en lo tocante a la salud reproductiva. Sólo las mujeres gestan a sus hijos. Están expuestas a riesgos que los hombres no pueden apreciar cabalmente. Las mujeres también

están más expuestas a los riesgos compartidos, como el contagio con enfermedades de transmisión sexual, por razones de índole biológica y de desventaja social.

Las limitaciones sociales afectan la atención de la salud reproductiva de la mujer. Los hombres tienen más probabilidades de utilizar servicios en establecimientos de salud, debido en parte a que controlan el dinero para pagar por esos servicios. Las mujeres

17

### **SALUD REPRODUCTIVA PARA LOS POBRES URBANOS DE BANGLADESH**

La población urbana de Bangladesh está aumentando a razón del 6% anual, es decir, el triple de la tasa nacional de crecimiento demográfico. El aumento es más acelerado en los tugurios, donde hay unas 225.000 personas por kilómetro cuadrado. La mitad de los habitantes de tugurios son pobres; el 30% puede clasificarse como indigente.

La rápida urbanización ha degradado las condiciones medioambientales y de salud. En los hacinados tugurios de Dhaka y Chittagong, la prevalencia de las diarreas es casi el doble de la existente en zonas rurales. También es mayor la prevalencia de la malnutrición, la tuberculosis, las enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunas y las enfermedades de transmisión sexual; las tasas de inmunización son menores.

En los tugurios, las mujeres tienen un limitado acceso a los servicios de salud reproductiva y de información al respecto, debido a que la ubicación de los centros de salud es inadecuada. Como resultado:

- 93% de las adolescentes casadas han comenzado a tener hijos;
- 22% de las niñas dan a luz antes de cumplir 15 años;
- 63% de las mujeres nunca han utilizado un método moderno de planificación de la familia;
- 40% quedan embarazadas involuntariamente debido a su falta de conocimiento acerca de los servicios.

En virtud del Proyecto Urbano de Atención Primaria de la Salud, que recibe apoyo del UNFPA, el Banco Asiático de Desarrollo y el Organismo Noruego para la Cooperación Internacional, 14 organizaciones no gubernamentales experimentadas están fortaleciendo los servicios de salud reproductiva y capacitando al personal y a los ejecutivos.

Se han mejorado las instalaciones de nueve centros de maternidad de jurisdicción de la ciudad de Dhaka y 16 clínicas dirigidas por organizaciones no gubernamentales y se los ha transformado en centros integrales de salud reproductiva, que reciben remisión de pacientes de 190 centros de atención primaria de la salud y en el futuro proporcionarán: atención prenatal y posnatal y atención del parto normal; atención obstétrica de emergencia; anticonceptivos clínicos y no clínicos; y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo y de transmisión sexual.

Hasta el momento unos 200 médicos, paramédicos, consejeros y técnicos de laboratorio han recibido capacitación en atención médica y asesoramiento psicosocial. Actualmente, 10 centros practican operaciones cesáreas.

Dentro de las comunidades urbanas, el proyecto proporciona información sobre maternidad sin riesgo, amamantamiento, planificación de la familia, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

tienen más probabilidades de recurrir a servicios tradicionales o alternativos, debido a que son más baratos y familiares y están más cercanos.<sup>14</sup> Tal vez una mujer no esté dispuesta a viajar sola o puede ser que no se le permita acudir a servicios de salud sin la aprobación de su esposo o de otro miembro de su familia o de la comunidad.

Las experiencias de las mujeres en los servicios de salud también afectan la manera en que ellas los utilizan; no está garantizado que las mujeres reciban un tratamiento respetuoso en las clínicas u hospitales. Los agentes de salud tienden a menospreciar a las mujeres pobres. Las mujeres analfabetas, en particular, tal vez no se sientan en condiciones de describir sus problemas o de comprender los consejos que reciben.

Las necesidades de los pobres en materia de salud reproductiva, en particular de las mujeres pobres, no reciben atención por parte de los encargados de formular políticas, y ni siquiera de las propias mujeres. Los pobres asignan prioridad a sus numerosas necesidades inmediatas y acuciantes. El embarazo y el parto se dan por sentados; y lo propio ocurre con los riesgos concomitantes, aun cuando se deban a causas fácilmente prevenibles.

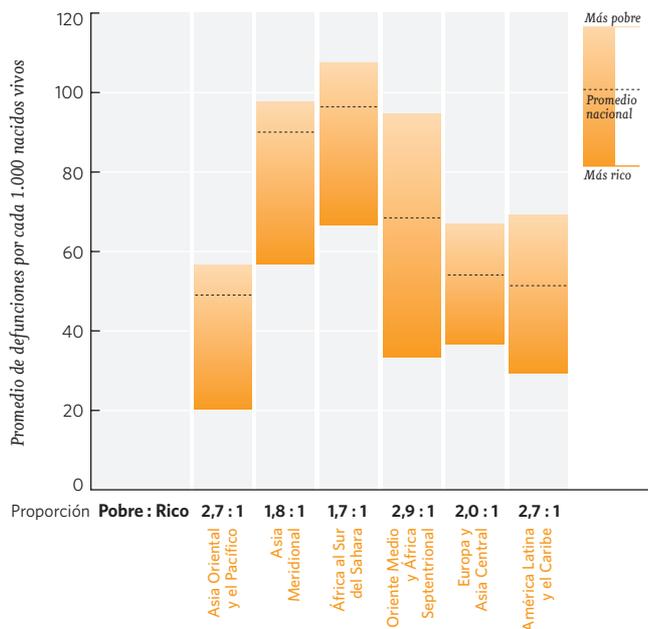
## Medición de las diferencias de salud entre ricos y pobres

Las discrepancias entre ricos y pobres en cuestiones de salud son por lo general más grandes en los países más pobres que en los más ricos, pero esto no necesariamente es inexorable. Los países que diseñan sus sistemas de salud para promover la igualdad pueden presentar una diferencia de menor magnitud, sea cual fuere el nivel de ingreso. Viet Nam ha reducido las diferencias entre los más ricos y los más pobres en la mayoría de las mediciones de la salud (inclusive las relativas a la salud reproductiva) hasta menos de dos a uno.<sup>15</sup>

Esto se aplica tanto a los países ricos como a los pobres. En los

**Gráfico 4. Diferencias en la mortalidad de menores de un año**

Promedio de defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, quintil más rico y quintil más pobre de la población, por región.



Estados Unidos, país que efectúa el mayor gasto de salud per cápita entre todos los países del mundo, las desigualdades en el acceso a la atención de la salud son mayores que en otros países industrializados. Esas disparidades significan que los resultados globales en materia de salud son peores; por ejemplo, en los Estados Unidos, la mortalidad de menores de un año y de niños en general es más alta que en la mayoría de los países de la Unión Europea.

**MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO Y RIQUEZA** Un estudio de la mortalidad de menores de un año y los indicadores de salud reproductiva en 44 países en desarrollo<sup>16</sup> revela diferencias muy grandes entre distintas regiones y entre los ricos y los pobres dentro de un mismo país. Los promedios nacionales sólo reflejan parte de la situación: la supervivencia del niño y la salud reproductiva son cuestiones de equidad interna tanto como de salud o pobreza en general.

La supervivencia del niño y la salud infantil están vinculadas a los niveles de ingreso, entre distintos países y dentro de un mismo país. En algunas comunidades pobres de los Estados Unidos, por ejemplo, los niveles de mortalidad en la niñez son comparables a los de Panamá.<sup>17</sup>

Los lactantes y niños pobres tienen más probabilidades de morir que los niños de familias más acomodadas. En algunos países, por ejemplo, la tasa de mortalidad de menores de cinco años en el quintil más pobre de la población es más de cuatro veces superior a la del quintil más rico.<sup>18</sup> Al comparar 44 países en desarrollo, la tasa media de mortalidad de menores de un año en las familias más pobres es el doble de la existente en las familias más ricas. La meta de reducir a la mitad la mortalidad de menores de un año podría conquistarse en varias regiones si los promedios nacionales pudieran elevarse hasta los niveles correspondientes al 20% más rico de la población.

Pero en algunas regiones, se tropezará con más dificultades. En los países de África al sur del Sahara y el Asia meridional, donde son más altas las tasas de mortalidad de menores de un año, la discrepancia entre los más ricos y los más pobres es menor e incluso en el quintil más rico esas tasas de mortalidad son superiores al promedio en otras regiones.

Los riesgos de salud que corren los menores de un año y los niños en general son peores en las familias pobres que tienen muchos hijos. Las familias numerosas son más comunes entre los pobres y en ellas los niños tienen menos probabilidades de recibir incluso atención preventiva básica de la salud.<sup>19</sup> Cuando los niños se enferman, tienen menos probabilidades de recibir tratamiento. Si el niño enfermo es una niña, los riesgos que corre pueden ser incluso mayores.

**MATERNIDAD SIN RIESGO** En cualquier país, las mujeres pobres tienen probabilidades mucho mayores que las que están en mejor posición económica de perder la vida en el parto. Las tasas de mortalidad derivada de la maternidad indican una mayor disparidad entre países ricos y pobres que en cualquier otro de los indicadores de salud pública comúnmente utilizados, inclusive las tasas de mortalidad de menores de un año. La mortalidad derivada de la maternidad es función del acceso a los recursos y a los servicios: las mujeres que quedan embarazadas en países en desarrollo enfrentan un riesgo de muerte entre 80 y 600 veces superior al de las mujeres en países desarrollados.<sup>20</sup>

El riesgo que corre una mujer durante toda su vida de morir por

causas relativas a la maternidad (embarazo, parto y complicaciones de los mismos) es:

- en África, uno en 19;
- en Asia, uno en 132;
- en América Latina, uno en 188;
- en los países más desarrollados, sólo uno en 2.976.<sup>21</sup>

El fallecimiento de una madre es más que una tragedia personal. Puede tener graves consecuencias no sólo para su familia, sino también para la comunidad y la economía. Cuando mueren las madres, sus hijos de corta edad también tienen mayores probabilidades de morir.<sup>22</sup>

Cada año, aproximadamente 500.000 mujeres pierden la vida por causas relativas a la maternidad y cantidades muchas veces superiores padecen enfermedades y lesiones debidas al embarazo y al parto.

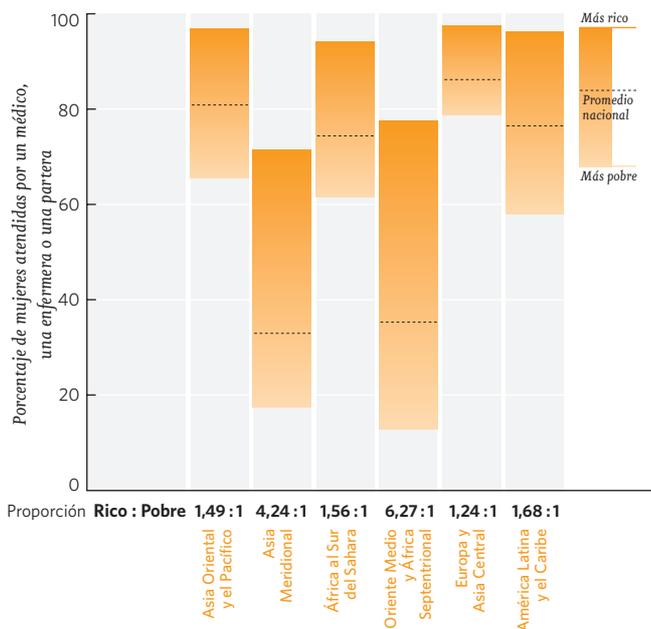
De esas defunciones, un 99% ocurren en países en desarrollo.<sup>23</sup> Estas diferencias en la mortalidad derivada de la maternidad reflejan a la vez los más altos riesgos y la mayor cantidad de alumbramientos en los países en desarrollo.

La fecundidad no deseada, conducente al nacimiento de hijos no planificados o no deseados, es mayor en ámbitos pobres y entre las personas más indigentes. Se dispone de menos información sobre la morbilidad derivada de la maternidad,<sup>24</sup> pero lo probable es que las diferencias sean similares, dado que las causas – falta de información, falta de acceso a los servicios, falta de apoyo comunitario y familiar, falta de recursos financieros y de transporte y mala calidad de los servicios<sup>25</sup> – son, a grandes rasgos, las mismas que producen hijos no deseados.

Hay también amplias diferencias dentro de un mismo país. El resultado de un embarazo depende del estado de salud y la edad de la madre, su situación nutricional, su historia previa de embarazos y el espaciamiento entre los alumbramientos anteriores, así como de los recursos de que dispone, de su educación y de su acceso a la información y los servicios.

**Gráfico 5: Diferencias en la atención prenatal**

Porcentaje de mujeres atendidas por un médico, una enfermera o una partera, quintil más pobre en relación con el quintil más rico de la población, por región



Para proteger la salud de la madre y del recién nacido es preciso disponer de:

- buena atención prenatal;
- personal capacitado;
- un lugar donde dar a luz sin riesgo;
- acceso a atención obstétrica de emergencia.

Es posible prevenir la mayoría de las defunciones derivadas de la maternidad. En la mayoría de los países en desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto son una causa principal de defunción y discapacidad de mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Si se dispusiera de mejor atención del parto y mayor acceso a los servicios, se reducirían sustancialmente las tasas de mortalidad derivada de la maternidad.

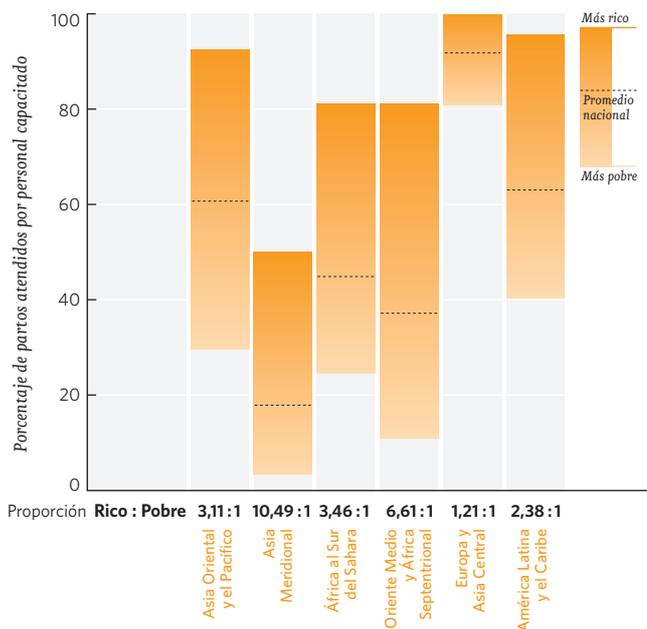
Las mujeres más pobres carecen de acceso a los servicios más costosos, antes del parto o durante éste. El acceso a los servicios de maternidad y la utilización de estos están aún más influenciados por la posición económica que el uso de anticonceptivos o la fecundidad completa (véase más adelante), tal vez debido al relativo alto costo de los servicios.

**BUENA ATENCIÓN PRENATAL** Cuanto más bajo sea el ingreso de una mujer, tanto menor será la probabilidad de que acuda en procura de atención prenatal, pero ese acceso también queda reducido por las restricciones que pesan sobre la mujer. En 44 países estudiados, más de las tres cuartas partes de las embarazadas visitan a un médico, una enfermera o una partera en algún momento del embarazo. En los países del Asia meridional y el África septentrional, donde está más restringida la movilidad de la mujer, la cifra se aproxima más a un tercio.

La discrepancia entre familias ricas y familias pobres es mayor cuando los promedios nacionales son más bajos. En el Asia meridional, la discrepancia entre los grupos más ricos y los más pobres es resultado de niveles de atención particularmente altos entre los más ricos, incluso en relación con el quintil de población que sigue en orden descendente. En el África septentrional, donde

**Gráfico 6: Diferencias en la atención del parto por personal capacitado**

Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, quintil más pobre y quintil más rico de la población, por región



la distancia que separa los ricos de los pobres es aún mayor, las diferencias entre esos grupos están distribuidas más uniformemente.

**ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CAPACITADO** Las probabilidades de que las mujeres más pobres dispongan de atención de personal capacitado durante el parto son incluso inferiores a las probabilidades de que busquen atención prenatal. En los países de Asia y de África al sur del Sahara son la mitad. En cambio, en el África septentrional las mujeres tienen más probabilidades de dar a luz con atención de personal capacitado que de solicitar atención durante el embarazo.

Los aumentos en la atención prenatal y el parto atendido por personal capacitado a medida que aumenta el nivel de riqueza son más pronunciados que para otros servicios básicos de atención de la salud, entre ellos la terapia de rehidratación oral, o el tratamiento médico de las diarreas o de las infecciones agudas de las vías respiratorias, o la inmunización. De todos los aumentos, el de la atención por un médico es el más sensible al nivel de ingreso.<sup>26</sup>

**UN LUGAR DONDE DAR A LUZ EN CONDICIONES DE SEGURIDAD** La cantidad de partos en el hogar o en establecimientos de salud también está fuertemente vinculada al nivel de riqueza. En los 44 países estudiados, cerca del 80% del quintil más pobre da a luz en el hogar. Casi un 80% de los alumbramientos en las familias más ricas ocurren en un establecimiento de salud, y lo propio ocurre con la mayoría de los partos en los dos quintiles más ricos. Al ir descendiendo en el nivel de riqueza de los grupos, va en aumento la proporción de alumbramientos en el hogar.

**FECONDIDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVOS** En los países donde las tasas de fecundidad son superiores a seis hijos por mujer (por ejemplo, Nigeria, Malí, Madagascar, Malawi, Níger, Zambia, Burkina Faso, Benin y Uganda), hay poca diferencia en los niveles de fecundidad entre grupos de distintos ingresos. Los más ricos tienden a tener menos hijos que los más pobres, pero la fecundidad total nunca desciende hasta cuatro.

En los países de América Latina, donde la fecundidad oscila

entre 3,5 y 5,1 hijos por mujer, las diferencias entre grupos con distintos niveles de riqueza figuran entre las mayores del mundo. En seis países, el quintil más rico tiene tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo (menos de 2,1 hijos), mientras que los pobres tienen de 2,5 a 3,5 más hijos por mujer.

En los países de Europa y Asia con tasas de fecundidad intermedias, el nivel de fecundidad de las familias más ricas está a nivel de reemplazo o por debajo de éste y los grupos más pobres tienen más de doble de hijos (4,6 en la República de Kirguistán). En los países asiáticos estudiados (tasa nacional de fecundidad de entre 2,3 y 4,9), no todos los grupos ricos han llegado a bajos niveles de fecundidad. En cinco países, los más ricos han llegado a niveles de fecundidad igual o inferior al de reemplazo, mientras que los más pobres tienen niveles superiores (entre 3,1 en Viet Nam y 6,5 en Filipinas). Otros países están en etapas más tempranas de la transición. En Nepal, sólo los más ricos tienen menos de cuatro hijos (2,9). En el Pakistán, sólo los más ricos tienen hasta cuatro hijos, mientras que en todos los grupos de mujeres más pobres, la cantidad oscila entre 4,9 y 5,1.

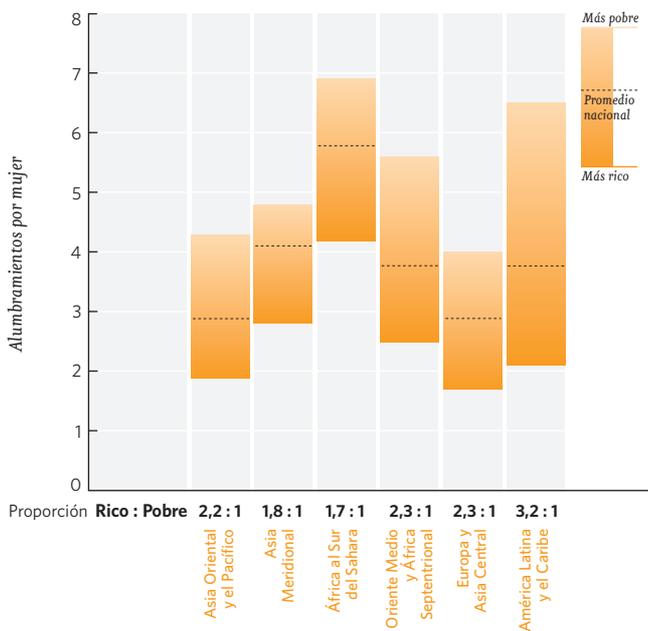
**USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA** La mayor parte de la diferencia en la fecundidad entre ricos y pobres puede atribuirse a las diferencias en el acceso, la aceptación y el uso de servicios de planificación de la familia.

Cuanto más alto sea el nivel general de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, tanto menores serán las diferencias entre mujeres de los grupos más ricos y más pobres. Una vez que el uso de métodos de planificación de la familia supera tasas globales del 40% al 45%, las diferencias entre grupos con distinto nivel de riqueza se acorta considerablemente y se acepta como norma la planificación de la familia.

En los países de África al sur del Sahara, donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es sólo de un 10%, los más ricos usan métodos de planificación de la familia con frecuencia más de cinco veces superior a la de los más pobres.<sup>27</sup> En el Pakistán, país del Asia Meridional donde es más baja la prevalencia global (9%), esa diferencia es de 20 veces. En Nepal, con una prevalencia del 26%, la

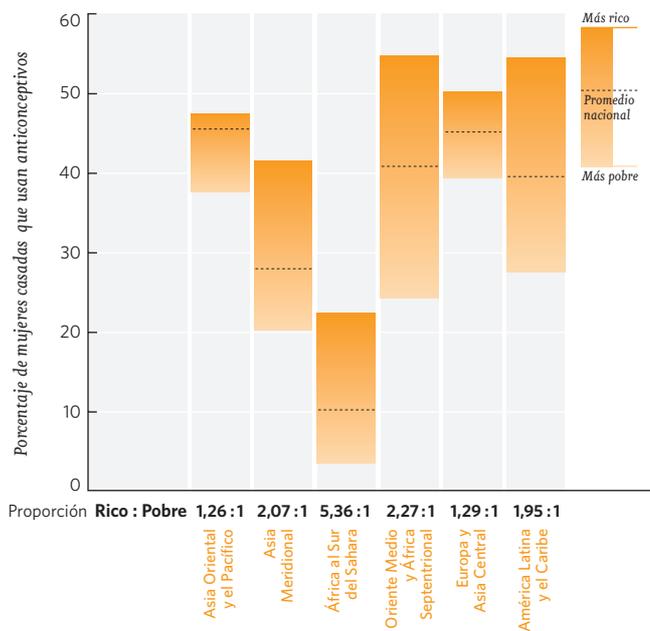
**Gráfico 7: Diferencias en la fecundidad**

Alumbramientos por mujer, quintil más rico y más pobre de la población, por región



**Gráfico 8: Diferencias en el uso de métodos de planificación de la familia**

Prevalencia del uso de anticonceptivos, quintil más pobre y quintil más rico de la población, por región



diferencia es inferior a tres veces. Las diferencias son grandes en Filipinas, donde el uso de anticonceptivos es bajo; pero en Indonesia y Viet Nam, donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es alta, las diferencias entre grupos con distinto nivel de riqueza son relativamente pequeñas. Varios países europeos y del Asia Central han llegado a niveles globales de prevalencia del uso de métodos de planificación de la familia cercanos al 50% y en ellos se registran menores diferencias entre los más ricos y los más pobres.

En América Latina, las tasas globales de prevalencia del uso de anticonceptivos son altas. En los países donde la prevalencia general es baja, las diferencias internas entre grupos de distinto nivel de riqueza son mayores. En los países donde la prevalencia global es alta, la planificación de la familia es ampliamente aceptada y la variación entre grupos con diferentes niveles de riqueza y de prevalencia se debe a otros factores. En el África septentrional, la probabilidad de que los ricos usen anticonceptivos es el doble de la probabilidad para los pobres.

**PROCREACIÓN EN LA ADOLESCENCIA** Las mujeres más pobres comienzan a procrear más temprano. En muchos países en desarrollo, las mujeres pobres comienzan a tener hijos entre los 15 y los 19 años de edad. Sus más altos niveles de embarazo reflejan el matrimonio precoz, la menor capacidad para negociar el aplazamiento de las relaciones sexuales y la reproducción, y el menor acceso a métodos de planificación de la familia.

En los países donde son bajas las tasas globales de fecundidad en la adolescencia se registran mayores diferencias de fecundidad entre las jóvenes más pobres y las más ricas. La excepción es América Latina, donde hay un nivel global relativamente alto de fecundidad en la adolescencia y grandes diferencias entre las más ricas y las más pobres. Las familias más pobres tienen tasas extremadamente altas de procreación en la juventud.

En Indonesia, Filipinas y Viet Nam, las adolescentes más pobres tienen probabilidades casi siete veces superiores de tener hijos que sus homólogas en mejor posición económica. En Filipinas, las jóve-

nes pobres tienen probabilidades casi 11 veces superiores de tener un hijo que las jóvenes en situación más holgada. En los tres países, al ir aumentando el nivel de riqueza se va reduciendo sistemáticamente la fecundidad de las jóvenes.

En Egipto, las diferencias en la fecundidad de adolescentes son siempre correlativas de los diferentes niveles de riqueza. En las familias más ricas de Marruecos la fecundidad de las adolescentes es mucho menor que en las familias más pobres.

En los países de Europa y el Asia Central no hay una relación proporcional entre nivel de riqueza y fecundidad en la adolescencia, lo cual indica complejas interacciones entre acceso a los servicios, variaciones étnicas y diferencias regionales. No obstante, los subgrupos más ricos son los que tienen más baja fecundidad en la adolescencia.

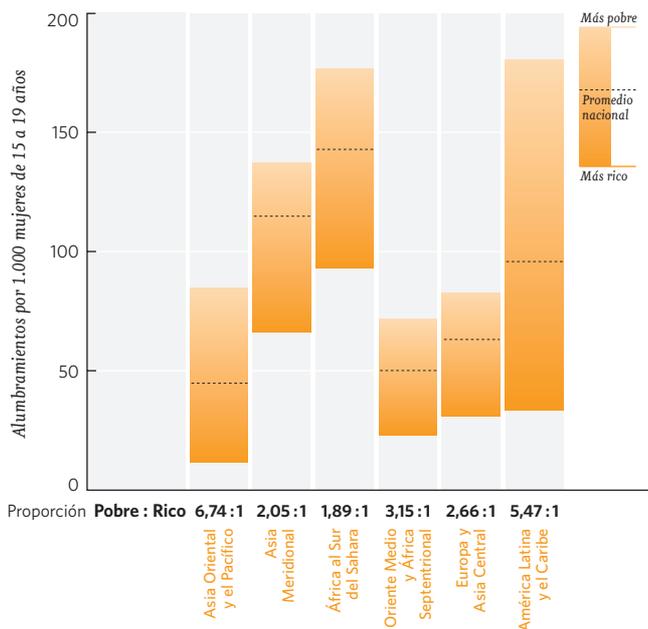
Los países de América Latina presentan una enorme discrepancia entre el grupo más pobre (que oscila entre 105 y 234 alumbramientos por 1.000 mujeres adolescentes) y los tres quintiles intermedios, y otra gran discrepancia entre esos grupos intermedios y el más acomodado (que oscila entre 18 y 58). Sólo en Haití, el país más pobre de la región, hay una gran diferencia entre el quintil más rico y los cuatro quintiles más pobres.

En algunos de los 22 países de África al sur del Sahara estudiados, la fecundidad en la adolescencia disminuye al aumentar la riqueza.<sup>28</sup> Muchos otros países presentan grandes diferencias entre el grupo más rico y los demás grupos, pero no hay diferencias sistemáticas entre los grupos más pobres, probablemente debido a que se trata de países menos adelantados y los grupos más ricos sólo están en mejor situación en comparación con los más pobres; en comparación con otras regiones, casi todos los habitantes son muy pobres.<sup>29</sup>

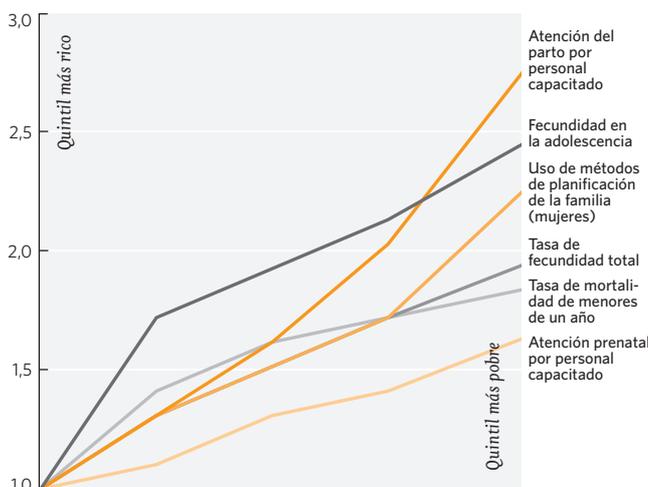
**PANORAMA GENERAL DE LAS DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA RIQUEZA** Hay llamativas diferencias en la mortalidad de menores de un año entre las familias más pobres y las de mejor situación económica. Con frecuencia, la “brecha de salud reproductiva” entre los más ricos y los más pobres es al menos igualmente grande. La

**Gráfico 9: Diferencias en la fecundidad de adolescentes**

Alumbramientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, quintil más rico y quintil más pobre de la población, por región



**Gráfico 10: Desventaja relativa de distintos grupos por nivel de riqueza, en lo concerniente a elementos de salud reproductiva**



mayor diferencia global entre los grupos más pobres y los más ricos se registra en la asistencia del parto (servicio costoso), pero la medida que más claramente distingue un grupo de ingresos del siguiente es la fecundidad en la adolescencia. La discrepancia en el embarazo de adolescentes entre los más ricos y los más pobres es mayor que la discrepancia entre esos grupos en lo concerniente a la atención del parto por personal capacitado y a la mortalidad de menores de un año.

El grado de utilización de servicios de planificación de la familia depende menos de su costo que de la motivación personal y del compromiso institucional de ofrecer el servicio, de modo que en grupos de mayores edades hay menores discrepancias entre los más ricos y los más pobres. En lo concerniente a los jóvenes, el matrimonio precoz, la presión social y la renuencia a gastar fondos públicos en la

protección de su salud reproductiva acrecientan los peligros de que estos jóvenes sean a la vez pobres.

**DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE SALUD INDEPENDIENTES DEL NIVEL DE RIQUEZA** El bienestar y la riqueza dependen de otros factores, además del ingreso y el saldo bancario. La infraestructura física y social, las oportunidades, los recursos, las aptitudes y la información aumentan o reducen el bienestar y la riqueza, con el refuerzo de complejos procesos sociales de inclusión y exclusión. La ubicación geográfica es importante: en zonas rurales, hay niveles más bajos de servicios, información y oportunidades que en las zonas urbanas.

Algunas de las diferencias en materia de salud reproductiva son consecuencia de la pobreza rural, pero pueden percibirse diferencias dentro de una misma zona urbana o de una misma zona rural.<sup>30</sup> Son pocos los campesinos que alcanzan los niveles de ingreso existentes en las ciudades, pero los más pobres disponen de los peores servicios, en el campo y en la ciudad. En la India, por ejemplo, los niveles de fecundidad total y de fecundidad en la adolescencia, el uso de anticonceptivos y los niveles de inmunización son muy similares entre grupos de distinta riqueza en zonas rurales y urbanas. Los campesinos más pobres están en situación más desventajosa que sus homólogos de las ciudades: las familias rurales tienen menor acceso a servicios de parto sin riesgo, particularmente si estos requieren personal muy capacitado o establecimientos especializados. Cuando se trata de los grupos más ricos, las diferencias entre el campo y la ciudad son pocas<sup>31</sup>

Las zonas urbanas están creciendo rápidamente y los pobres del mundo, en su mayoría, dentro de poco vivirán en ciudades.<sup>32</sup> En teoría, las economías de escala y el fácil acceso a los servicios podrían redundar en mayor cobertura, pero ya hay graves situaciones de falta de equidad en el acceso a los servicios básicos dentro de las ciudades. Por otra parte, las ciudades más pequeñas, si bien cuentan con mejores servicios que las zonas rurales, distan de alcanzar el nivel existente en las ciudades más importantes.<sup>33</sup>

La desventaja relativa de las ciudades de tamaño intermedio en cuanto a proporcionar servicios de salud de calidad es un problema creciente, a medida que aumentan las proporciones de población residente en ellas.<sup>34</sup> Las autoridades municipales y otras autoridades locales tienen mayor responsabilidad en virtud de los planes de descentralización de los servicios de salud pública, un aspecto de la reforma del sector de salud, pero carecen de los correspondientes recursos o de facultades para recaudar ingresos. Los gobiernos locales tropezarán cada vez con mayores dificultades para subsanar las discrepancias en los servicios.

18

#### **REFORMA DEL SECTOR DE SALUD EN EL BRASIL**

El sistema unificado de salud establecido en el Brasil en 1988 comprende un conjunto de servicios básicos, entre ellos planificación de la familia, salud reproductiva y prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

Después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995, se introdujeron reformas en el sistema unificado de salud, incluidas la asignación de mayores recursos a los servicios de salud y la rápida descentralización. En consecuencia, la salud reproductiva se está integrando cada vez más con los servicios de atención primaria de la salud a escala de las municipalidades.

BEMFAM, filial en el Brasil de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, contrata con municipalidades en 14 de los 27 estados brasileños la asistencia a programas de salud sexual y salud reproductiva.

No obstante, los programas de salud reproductiva para adolescentes no han tenido resultados tan buenos. Según un reciente estudio sobre salud reproductiva de los adolescentes en San Pablo, las políticas de ajuste estructural y la reforma del sector de salud han acrecentado el número de jóvenes desprovistos de seguro, han reducido el gasto público en salud, han reducido las cantidades de agentes de salud y han creado escasez de suministros médicos. Todos estos factores han frenado la puesta en práctica de servicios de salud de alta calidad para los adolescentes.

19

#### **EL PROPÓSITO DE LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD**

Según el ONUSIDA, "Prolongar la vida y reducir la morbilidad no son los únicos propósitos de los sistemas de atención de la salud y de la reforma del sector de salud. Los procedimientos o intervenciones para la atención de la salud no son el único producto. La reforma del sector de salud debe apuntar a más que el buen estado de salud. Tan pronto como se acepta que son los seres humanos, y no los sistemas de atención de la salud, los que producen salud, se toma conciencia de que el alivio del sufrimiento, sean cuales fueren los resultados sanitarios, y la autonomía y capacidad de las personas de mantenerse sanos por sí mismos, son propósitos igualmente importantes del sistema de atención de la salud."

### **Apoyo a servicios de salud más equitativos**

En los países en desarrollo, las inversiones en servicios básicos de salud son sólo una fracción de los importes necesarios. Los países de bajos ingresos están gastando anualmente sólo 21 dólares per cápita para todos los aspectos de los servicios de salud y esos importes, en gran parte, sufragan costosos servicios curativos, en detrimento de los servicios básicos de prevención y atención de la salud. La Comisión OMS/Banco Mundial sobre Macroeconomía y Salud<sup>35</sup> estimó que se necesita un importe anual adicional de 30.000 millones de dólares. Los países más pobres o bien tienen prioridades más urgentes, como el servicio de la deuda y su devolución, o la defensa, o el desarrollo industrial, o bien carecen totalmente de recursos.

**REFORMA DEL SECTOR DE SALUD** Estas limitaciones han obligado al sector de salud a buscar un uso más eficaz de los recursos disponibles; mejorar la rendición de cuentas por parte de los encargados de prestar servicios y velar por el cumplimiento de las reglamentaciones; crear ingresos adicionales estableciendo cargos por los servicios y por otros conceptos; y encontrar maneras de garantizar las aportaciones de recursos. Esas iniciativas integran la “reforma del sector de salud”.

Al colocar el sector de salud sobre sólidas bases financieras también es posible mejorar la eficiencia y la calidad global de los servicios de salud y promover la equidad en la atención sanitaria. En el examen al cabo de cinco años del Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos reconocieron que los países deben incluir la salud reproductiva en la reforma del sector de salud.

*“Los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, los donantes y el sistema de las Naciones Unidas, deben: a) asignar gran prioridad a la salud reproductiva y sexual en el contexto más amplio de la reforma del sector sanitario, inclusive el fortalecimiento de los sistemas básicos de salud, de los cuales se pueden beneficiar en particular las personal que viven en la pobreza...”*<sup>36</sup>

**ASIGNAR PRIORIDAD A LA SALUD REPRODUCTIVA** No hay garantía de que los países, al introducir reformas, y particularmente al descentralizar los sistemas, asignen prioridad a la salud reproductiva. Sin embargo, los conjuntos de servicios esenciales de salud suelen incluir algunos componentes de salud reproductiva, entre ellos maternidad sin riesgo, planificación de la familia y lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA.<sup>37</sup>

Según la OMS, la reforma del sector de salud en Colombia, que incluye la salud reproductiva, “ha redundado en que se asignen más recursos financieros para la atención de la salud, se haga énfasis en el uso más eficiente de los recursos, se dependa menos de los donantes, se preste apoyo de amplia base a la promoción de la salud y la atención preventiva, y se preste especial atención a los grupos que reciben menos servicios. Todas esas tendencias en el sector han tenido efectos positivos sobre la prestación de servicios de salud reproductiva en Colombia”.<sup>38</sup>

A principios del decenio de 1990, Zambia inició una de las reformas del sector de salud más ambiciosas de África. El sistema de salud reformado y descentralizado incluye un conjunto de servicios esenciales de salud con componentes de salud reproductiva (salud maternoinfantil, planificación de la familia y prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA), acciones contra el paludismo y la tuberculosis, y atención al abastecimiento de agua y el saneamiento. La salud reproductiva de los adolescentes, la acción contra la violencia de género y la prevención del aborto son partes integrantes del conjunto de servicios.<sup>39</sup> Estas reformas aún no se han llevado totalmente a la práctica, debido en parte a la falta de recursos para sufragar el conjunto de servicios y medicamentos.

En la reforma del sector de salud es preciso prestar especial atención a las cadenas de suministro. En Ghana, la reforma del sector no ha perjudicado pero tampoco ha ayudado al suministro de anticonceptivos, debido en parte a que el sistema de logística de dicho suministro es un componente separado y a que los donantes proporcionan los artículos.<sup>40</sup> En Kenya, el buen desempeño de un sistema similar de logística en el suministro de anticonceptivos dio al Ministerio de Salud algunas ideas para reformar su sistema de logística del suministro de medicamentos esenciales.<sup>41</sup>

**ALIANZAS** Las alianzas entre los sectores público y privado pueden mejorar el acceso a los servicios. A mediados del decenio de 1980, Bolivia estableció, como parte de su reforma del sector de salud, una organización separada, PROSALUD, diseñada para proporcionar un acceso equitativo a servicios básicos de mejor calidad y con mayor eficiencia en función de los costos, incluidos los de salud reproductiva. PROSALUD opera con mayor eficiencia que el Ministerio de Salud y ha pasado a ocupar una posición de liderazgo en la prestación de servicios de salud.<sup>42</sup>

En Bolivia y en otros países de América Latina, las organizaciones no gubernamentales son esforzados paladines de la salud reproductiva y los derechos de las clientas a servicios de calidad, dentro de la reforma del sector de salud. “La participación y el empoderamiento de los clientes, mediante aportaciones de entidades civiles, de la sociedad y de los propios consumidores al diseño, la prestación y la evaluación de los servicios de salud, está contribu-

20

**AYUDA A LOS MÁS POBRES EN EL TERRITORIO PALESTINO**

En el Territorio Palestino Ocupado la pobreza es un problema de grandes proporciones, pues más de un tercio de la fuerza laboral está desempleada y casi la mitad de la población vive con menos de 2 dólares diarios. Los niveles de pobreza son más altos en las poblaciones rurales y en los hogares que tienen por jefas a mujeres.

La mortalidad derivada de la maternidad, que se estima entre 70 y 80 por cada 100.000 nacidos vivos, refleja a la vez la desigualdad de género y el deplorable estado de los servicios de salud. El matrimonio precoz (mediana de edades, 18 años), también contribuye al acelerado crecimiento de la población y dificulta más la mitigación de la pobreza. Las mujeres están muy rezagadas

con respecto a los hombres en lo concerniente al nivel educacional y la participación en la fuerza laboral.

El UNFPA está tratando de mejorar la calidad de la vida del pueblo palestino mejorando su salud reproductiva, mediante acciones centradas en las mujeres y los jóvenes. En la Ribera Occidental y Gaza, 39 clínicas apoyadas por el UNFPA proporcionan servicios de planificación de la familia, atención ginecológica y consejería en ubicaciones escogidas para prestar servicios a quienes de otro modo carecerían de acceso a ellos.

Tres centros modelo están al servicio de las zonas más rezagadas, inclusive dos campamentos de refugiados, El-Bureij y Jabalyia. En esos centros, los servicios de consejería social, psicológica y jurídica

están vinculados a la prestación de servicios de salud reproductiva. Los clientes más pobres están exentos del pago por los servicios y además se los remite a organismos caritativos que ofrecen subsidios para alimentos y servicios básicos.

El Fondo también colabora con parlamentarios y funcionarios ministeriales palestinos a fin de aumentar la comprensión de los vínculos entre población y desarrollo y adoptar políticas que aborden más eficazmente las cuestiones de desarrollo. El Fondo desempeñó funciones catalíticas en la creación de un comité integrado por representantes de ministerios y grupos de la sociedad civil, encargado de la planificación intersectorial y la ejecución coordinada de programas de apoyo a los pobres.

yendo a que los clientes tengan mayor conocimiento sobre los servicios que reciben y sean más exigentes”.<sup>43</sup>

El VIH/SIDA tiene profundos efectos sobre la reforma del sector de salud y la movilización de la sociedad civil, particularmente en África, donde muchos gobiernos tardaron largo tiempo en reaccionar. La experiencia en la provincia de Phayao, en Tailandia, donde se registró la mayor cantidad de casos de SIDA en ese país, ha mostrado que una efectiva respuesta al SIDA exige más que ofrecer un conjunto de servicios de salud. Requiere la reorganización del sistema de salud para prestar servicios, catalizar la acción comunitaria y promover los cambios en el comportamiento, además de integrar las cuestiones de salud como aspecto medular de la actividad en todos los sectores de la sociedad.<sup>44</sup>

**GASTOS, ACCESO Y CALIDAD** El gasto gubernamental en salud tiende a favorecer a los ricos, debido principalmente a que una parte desproporcionada de ese gasto se destina a la atención curativa y los hospitales, que son utilizados con mayor frecuencia por los ricos, en lugar de destinarse a los servicios utilizados por los pobres, como las clínicas o los dispensarios.<sup>45</sup> Una comparación del gasto público en salud dirigido a diferentes quintiles de ingreso en 12 países de diferentes regiones<sup>46</sup> ilustra esta falta de equidad. En la mayoría de los países, se destina al 40% más rico una mayor proporción de los desembolsos totales que al 40% más pobre. En sólo cuatro países, todos ellos en América del Sur, el 40% más pobre y el 40% más rico reciben porciones comparables de los recursos públicos.

En seis países africanos “el quintil más rico de la población recibe de los programas gubernamentales de atención primaria de la salud beneficios una vez y media mayores que los que recibe el quintil más pobre”.<sup>47</sup> Un estudio en la India indicó que un 32% de los servicios de salud pública benefician al quintil más rico de la población, en comparación con 10% al quintil más pobre.<sup>48</sup> Las desigualdades entre los pobres y los ricos son considerablemente mayores en los estados más pobres de la India y en zonas rurales, en comparación con las urbanas. Las desigualdades son menos pronunciadas en la atención de pacientes ambulatorios y en servicios de atención primaria de la salud que en servicios hospitalarios, pero la mayor parte del gasto gubernamental se destina a estos últimos. La excepción son las inmunizaciones, que tienden a estar más uniformemente distribuidas entre distintos grupos socioeconómicos.

Algunos países presentan menos disparidades. En Viet Nam, por ejemplo, los más pobres reciben casi la parte proporcional que les corresponde en los gastos para salud reproductiva. Allí donde los ricos se benefician con más que su parte proporcional es cuando van a hospitales o clínicas de alto nivel para servicios como la anticoncepción, que los pobres obtienen de establecimientos más modestos.

Las discrepancias menores en la distribución de servicios entre los ricos y los pobres no se traducen en un acceso equitativo a la información y los servicios. Los pobres siguen expuestos a más altos riesgos, y con mayor frecuencia, que los ricos. Si se utilizara para la medición de los gastos en salud el grado de necesidad, en lugar del tamaño de la población, los pobres estarían muy lejos de recibir una parte equitativa.

**MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD** La equidad en el sector de salud suele definirse como acceso en condiciones de igualdad a los servicios, de conformidad con las necesidades y la capacidad de pago de los clientes. Éste es, o debería ser, un objetivo de la reforma del sector de salud. No obstante, hay escasas experiencias prácticas que orienten la manera de lograr equidad y al mismo tiempo aumentar la eficiencia, la efectividad en

función de los costos y el carácter sostenible de los servicios de salud públicos y privados.<sup>49</sup> Una manera de promover la equidad es hacer hincapié en los servicios que los pobres pueden utilizar, incluidos los de planificación de la familia, maternidad sin riesgo y otros componentes de la salud reproductiva. Debería prestarse atención a proteger esos servicios cuando se procede a una descentralización.

Es paradójico que los pobres a menudo no utilicen los servicios oficiales de salud, aun cuando éstos estén disponibles.<sup>50</sup> Una razón es que los pobres, al igual que los demás grupos, cuando efectúan opciones en materia de atención de la salud responden a la calidad de los servicios, y los pobres por lo general reciben los de peor calidad: trato desconsiderado por parte de personal poco motivado y mal remunerado, que es preciso pagar pero a menudo es incompetente. Los propios agentes de salud suelen ser víctimas de sistemas de funcionamiento deficiente que no proporcionan los medicamentos ni el equipo necesarios, ni tampoco ofrecen el apoyo necesario para que el personal realice sus tareas.<sup>51</sup> Por ende, en muchos países los pobres prefieren pagar servicios del sector privado o los provistos por las organizaciones no gubernamentales, pues perciben que son de mejor calidad.<sup>52</sup>

En el 2000 *World Health Report* se llegó a la conclusión de que la salud y el bienestar dependen del buen funcionamiento de los sistemas de salud. Casi todos los sistemas de salud podrían aprovechar mejor los recursos: el uso erróneo “redunda en grandes cantidades de defunciones y casos de discapacidad susceptibles de prevención, sufrimiento innecesario, injusticia, desigualdad y denegación de los derechos básicos de la persona a la salud”.<sup>53</sup> Entre las propuestas de fortalecer los servicios de salud figuran las de que los gobiernos cambien sus funciones y dejen de prestar los servicios para pasar a financiarlos, proporcionando subsidios y dejando que los pobres escojan entre los distintos proveedores de servicios en el sector privado y entre las organizaciones no gubernamentales.

Los mecanismos de financiación<sup>54</sup> determinan en gran medida dónde se ofrecen servicios de salud y quién tiene acceso a éstos, lo cual afecta no sólo la equidad y la calidad,<sup>55</sup> sino también la medida en que las personas están protegidas contra gastos catastróficos debidos a las enfermedades.

**CARGOS AL USUARIO** Los gobiernos, en su mayoría, reconocen que no pueden proporcionar a todos los ciudadanos servicios gratuitos, sufragados con ingresos generales e impositivos. Por otra parte, en los países en desarrollo son pocas las personas que tienen acceso a seguros sociales o privados, de modo que se están haciendo cada vez más comunes los cargos por servicios al usuario.

Esos cargos fueron introducidos en los servicios de salud pública para aliviar la presión financiera y contribuir a sufragar una mejor calidad,<sup>56</sup> pero los informes sobre los efectos del pago de dichos cargos sobre los pobres son desiguales y contradictorios. Algunos estudios indican que los pequeños aumentos en los cargos al usuario no tienen efectos perjudiciales, particularmente si mejora la calidad de los servicios,<sup>57</sup> pero hay numerosas pruebas de que debido a tales cargos, las mujeres y los niños pobres se han visto privados de la atención que necesitaban.<sup>58</sup> La eliminación de los cargos también puede crear problemas: en un distrito sanitario de Sudáfrica, al eliminar en 1997 los cargos al usuario para la atención primaria de la salud de todo tipo aumentó el número de pacientes que acudían a servicios curativos, pero esto causó congestión en las clínicas, redujo el tiempo dedicado a cada consulta y tal vez haya desalentado a las madres de solicitar atención prenatal y llevar a sus hijos a las clínicas para la vigilancia del crecimiento y la inmunización.<sup>59</sup>

La mayoría de los países que aplican cargos al usuario también cuentan con planes de exención para los pobres, pero tales exenciones han sido de difícil aplicación y utilización. En Uganda, por ejemplo, las directrices posibilitan la exención de un 30% de los pobres. No obstante, lo probable es que se denieguen los servicios a quienes no tienen capacidad de pago, en lugar de eximirlos del pago; muchos pacientes pobres opinan que es inútil tratar siquiera de obtener atención de la salud en esas circunstancias.<sup>60</sup> Los informes sobre Lesotho, Ghana y Bangladesh también indican que quienes necesitan exenciones no las obtienen.<sup>61</sup>

**OTROS ENFOQUES** Los planes de financiación comunitaria muestran buenas posibilidades, pero las comunidades, en su mayoría, necesitan apoyo gubernamental para establecer tales planes, como ocurrió en Indonesia con el sistema Dana Sehat,<sup>62</sup> establecido en 1994, al servicio de un 13% de las aldeas de ese país. La India y China también han utilizado planes de financiación comunitaria de los servicios de salud.

La financiación social o el seguro social pueden aumentar el acceso a los servicios de salud reproductiva. La Sociedad del África Occidental para la Prevención de la Mortalidad Materna estableció un fondo que adquiere combustible para el transporte de emergencia a servicios de obstetricia en el estado de Kebbi (Nigeria).<sup>63</sup> En Indonesia, un eficaz plan de seguro comunitario redundó en mayor cantidad de mujeres que solicitaron atención obstétrica de emergencia.<sup>64</sup>

Los servicios regulados, introducidos en América Latina como parte de la reforma del sector de salud, han exacerbado las desigualdades. Las organizaciones que ofrecen seguros de salud prepagados han aceptado a las personas jóvenes y relativamente sanas, que presentan pocas solicitudes de reembolso, dejando a cargo de gobiernos locales, carentes de recursos, la cobertura de los pacientes de más edad, más enfermos y más costosos.<sup>65</sup>

Es necesario que se equilibre la necesidad de obtener ingresos con la necesidad del usuario de recibir los servicios, especialmente el usuario pobre. Los más pobres entre los pobres – las personas que viven con menos de 1 dólar diario, cuya cantidad se estima en 1.200 millones – no pueden sufragar los cargos al usuario de servicios de salud, en ninguna forma y por bajos que sean los importes. Los cargos oficiales y oficiosos que frecuentemente se imponen en todo el mundo para apuntalar magros presupuestos de salud, en la práctica deniegan a millones de las personas más pobres el acceso a servicios de atención primaria de la salud y salud reproductiva.

**SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO** La mejor salud, incluida la mejor salud reproductiva, y la educación contribuyen al crecimiento económico.<sup>66</sup> Las mejoras en la salud y la mortalidad ayudan en mayor medida a las personas más pobres, porque son las que más riesgos corren.<sup>67</sup> La mejor educación ayuda en especial a las mujeres a proteger su propia salud y la de sus hijos y amplía sus opciones económicas. Los ingresos más altos mejoran el ámbito de la vivienda, reducen la malnutrición y amortiguan las consecuencias de la mala salud.

A medida que van aumentando los ingresos, mejora en general la salud de las personas, pero al mismo tiempo aumentan las desigualdades en lo concerniente a la salud, posiblemente debido a que quienes están en mejor posición económica son los primeros en aprovechar las nuevas tecnologías médicas que conlleva el crecimiento económico. El resultado es que los países donde es más alto el ingreso global per cápita tienen desigualdades más pronunciadas en la salud infantil que los países más pobres donde hay grandes diferencias entre los más ricos y los más pobres.<sup>68</sup>

## 6 el VIH/SIDA y la pobreza



El VIH/SIDA es la enfermedad sexual más mortífera y de más rápida proliferación. Crea en los países pobres una mayor amenaza a las perspectivas de desarrollo que cualquier otra enfermedad. Sus efectos son más graves entre los pobres, que carecen de amortiguación económica y que tienen el apoyo social más débil entre todos los grupos.

Veinte años después de que se obtuvieron las primeras pruebas clínicas del SIDA, esta enfermedad se ha transformado en la más devastadora que jamás haya enfrentado la humanidad, pues abate cada día, en promedio, a 14.000 hombres, mujeres y niños. Es la principal causa de defunción en África al Sur del Sahara y la cuarta causa de defunción, por orden de magnitud, en todo el mundo.

La enfermedad se propaga por la vía de la sangre y los productos sanguíneos infectados y el uso indebido de drogas, pero la vía más frecuente es el contacto sexual, predominantemente entre hombres y mujeres. Las mujeres son más vulnerables al contagio por razones fisiológicas y sociales y las trabajadoras del sexo tienen más probabilidades que el resto de la población de estar infectadas. Pero es el comportamiento sexual de los hombres el principal responsable de la propagación de la enfermedad.

Se han contagiado con el VIH más de 60 millones de personas y el SIDA ya ha cercenado las vidas de más de 20 millones, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS.<sup>1</sup> Solamente en África al Sur del Sahara, en 2001 se agregaron 3,5 millones de personas a las ya infectadas.

Según se estima, hay 40 millones de personas que viven con el virus; de ellas, más de 28 millones en África y casi un 95% en países en desarrollo. La epidemia se está propagando ahora más rápidamente en Europa Oriental y el Asia Central, donde la mayoría de los nuevos contagios ocurren entre toxicómanos por vía endovenosa.<sup>2</sup> Es posible que en la India haya más de 4 millones de personas infectadas. Se desconoce la prevalencia en China, pero puede ser muy superior a la estimación oficial de aproximadamente un millón; según algunos cálculos, esa cantidad sería de 6 millones, y posiblemente aumentaría hasta 10 millones al finalizar el presente decenio.<sup>3</sup>

El VIH también puede ser transmitido en el útero, desde madres infectadas hacia sus hijitos. Un tercio de las madres infectadas transmiten de esta manera la enfermedad a sus hijos.

Actualmente, el UNUSIDA y la OMS estiman que más de 4 millones de niños menores de 15 años se han contagiado con el VIH. Más del 90% eran recién nacidos de madres con reacción serológica positiva al VIH, que se infectaron con el virus o bien antes del parto, o bien durante éste, o debido al amamantamiento.

Esas infecciones han causado un aumento sin precedentes en la mortalidad de menores de un año, debido a que tras el contagio inicial con el VIH, cuando se trata de niños se avanza rápidamente hacia el cuadro clínico de SIDA; y muchos de esos niños han fallecido. De los 580.000 niños menores de 15 años que en 2001 murieron a causa del SIDA, 500.000 – casi nueve de cada 10 – eran africanos.<sup>4</sup>

De los nuevos contagios con el VIH, la mitad ocurre entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, muchos de los cuales carecen de información o de servicios de prevención y todavía lo ignoran todo acerca de la epidemia y la manera de protegerse a sí mismos. En estudios sobre adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activos en siete países africanos, al menos un 40% no creían que corrieran ningún peligro. En un país, esa cantidad era del 87%. En 22 países estudiados recientemente por el UNICEF, al menos un 30% de los jóvenes nunca habían oído mencionar el SIDA. En 17 países estudiados, más de la mitad de los adolescentes no podían nombrar ni un solo método

para protegerse contra el VIH. En todos esos estudios, las jóvenes sabían menos que los jóvenes varones, aun cuando ellas son más vulnerables al contagio.<sup>5</sup>

En los países en desarrollo, el VIH/SIDA está destruyendo tanto las vidas como los medios de vida y anulando decenios de progreso. Incluso en los países industrializados, la mayoría de los contagios ocurren entre los pobres. En ningún país desarrollado ha sido la epidemia de SIDA de magnitud que pueda compararse siquiera a la que arrasa a los países pobres.<sup>6</sup>

“Los cambios económicos y sociales ... han creado circunstancias que colocan a decenas de millones de personas en situación de riesgo de contagiarse con el VIH”.<sup>7</sup> Las iniciativas que simplemente “tratan de cambiar los comportamientos no bastan para frenar la epidemia. Los factores determinantes de la epidemia exceden en mucho el ámbito de la voluntad individual”. No eliminaremos la pandemia considerándola como una mera enfermedad. El VIH/SIDA es concomitante de la pobreza, prolifera en la pobreza y, a su vez, produce pobreza.

La relación entre pobreza y transmisión del VIH no es simple. Si lo fuera, tal vez Sudáfrica no tendría la mayor epidemia del continente, porque en comparación con los demás países del continente, Sudáfrica es un país rico. Botswana también es un país relativamente rico; no obstante, es el que tiene los más altos niveles de contagio del mundo. Si bien la mayoría de las personas con VIH/SIDA son pobres, muchos otros también se han contagiado.

Los factores que acompañan la pobreza propician el contagio: desnutrición; falta de agua potable, de saneamiento y de condiciones higiénicas de vida; niveles generalmente bajos de salud; sistemas de inmunidad debilitados; alta incidencia de otras infecciones, incluidas las genitales, y exposición a enfermedades como la tuberculosis y el paludismo; inadecuados servicios públicos de salud; analfabetismo e ignorancia; presiones en favor de los comportamientos de alto riesgo, desde la migración laboral hasta el alcoholismo y la violencia por motivos de género; inadecuada respuesta de los líderes, o bien al VIH/SIDA, o bien a los problemas de los pobres; y, por último, falta de confianza o de esperanza en el futuro.<sup>8</sup>

Las personas, los hogares y las comunidades que viven con el VIH/SIDA comprueban que los ingresos perdidos, las cosechas malogradas y la ausencia de tratamiento los debilita, ahonda su pobreza y empuja a las personas vulnerables hacia la pobreza. Así, el ciclo se intensifica.

La desigualdad agudiza los efectos de la pobreza y la combinación de pobreza y desigualdad tal vez impulse la epidemia. Un camionero sudafricano no está bien remunerado en comparación con los ejecutivos que dirigen su compañía, pero es rico en comparación con los habitantes de las zonas rurales que atraviesa. Para una mujer en una parada de camiones, un hombre que dispone de 50 rands (10 dólares) es rico; su desesperante necesidad de dinero para alimentar a su familia puede empujarla a someterse a relaciones sexuales sin protección, aun cuando ella esté al tanto de los riesgos.

## Efectos devastadores

Hacia 2010, en todo el mundo habrá unos 40 millones de niños huérfanos debido a la pandemia. La muerte de adultos jóvenes en edad activa y el aumento del número de viudas, viudos y huérfanos incrementará la tasa de dependencia, así como la de pobreza. El SIDA ya se ha transformado en la principal causa de defunción de adultos en África y las proyecciones sugieren que el aumento en las

defunciones, el menor número de alumbramientos y la menor fecundidad frenarán el crecimiento de la población, o incluso la harán decrecer. La esperanza de vida está disminuyendo y en algunos países ya se ha rebajado entre 10 y 15 años. Hacia 2010, los países de África al Sur del Sahara tendrán 71 millones de personas menos que las que habrían tenido en ausencia del SIDA. El resultado es que se cierne una amenaza sobre las economías, las estructuras sociales y la estabilidad política de sociedades enteras.<sup>9</sup>

**AGOTAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD** Durante el decenio de 1990, en la mayoría de los países de África el paludismo, la tuberculosis y, cada vez más, el VIH/SIDA, han abrumado los sistemas de atención de la salud, en momentos en que los programas de ajuste estructural obligaban a los gobiernos a reducir presupuestos de salud que ya eran insuficientes y transferir gran parte del costo de los servicios desde el Estado hacia los individuos. El resultado fue privar a muchos africanos de todo tipo de atención de la salud.<sup>10</sup>

Al mismo tiempo, hubo un pronunciado aumento en la incidencia del VIH/SIDA entre los agentes de salud; en Malawi y Zambia, por ejemplo, se registraron quintuplicaciones y sextuplicaciones de las tasas de enfermedad y defunción de los agentes de salud. Así, el personal está diezmado, debe esforzarse por superar el estrés, está sobrecargado de trabajo y agobiado por el temor, y se ve obligado a enfrentar una crisis de proporciones explosivas. Los costos de los nuevos procedimientos de seguridad y la pérdida de tiempo y mano de obra han agravado la escasez de los servicios de salud y los han hecho más costosos, colocándolos fuera del alcance de muchas personas infectadas y dejando a miembros de la familia carentes de capacitación – a menudo ancianos – encargados de atender a los pacientes en el hogar.

Las diferencias en los servicios de salud y en el acceso a un tratamiento asequible del VIH/SIDA determinan las tasas de supervivencia y crean divisiones entre países y comunidades ricos y pobres. En momentos en que continúan los esfuerzos por reducir los precios de los medicamentos y brindar tratamiento a mayor cantidad de personas, los servicios de salud pública determinarán la capacidad de los hogares y las comunidades para enfrentar la epidemia. Si no se proporcionan servicios de salud, sean cuales fueren las dificultades para sufragar los gastos a corto plazo, esto redundará en un desastre para el desarrollo y la erradicación de la pobreza.<sup>11</sup>

**DESINTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS EDUCACIONALES** La educación ayuda a los individuos a protegerse a sí mismos contra el VIH. En Zambia, por ejemplo, los datos de vigilancia en Lusaka muestran que la tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 19 años de edad disminuyó desde 27% en 1993 hasta 15% en 1998 y que la disminución fue mayor entre las jóvenes que poseían educación de nivel secundario y más alto. En ausencia de una vacuna médica contra el VIH, la educación puede proporcionar una “vacuna social”.<sup>12</sup>

El SIDA está privando a los niños de su educación, puesto que se está cobrando las vidas de maestros y administradores de escuelas, menoscaba la calidad de la enseñanza, aumenta los costos y debilita la demanda. Los niños que pierden a ambos progenitores a causa de la epidemia tienen mucha menos probabilidades de seguir asistiendo a la escuela.<sup>13</sup> Las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños varones de permanecer en el hogar para atender a los parientes enfermos u ocuparse de tareas domésticas, de modo que las ancianas puedan cuidar a los enfermos. Tal vez los niños se transformen en las únicas fuentes de ingreso del hogar, si los adultos en

edad activa están enfermos y los demás miembros de la familia son o demasiado viejos o demasiado jóvenes para trabajar.

En la República Centroafricana, un 85% de los maestros que fallecieron entre 1996 y 1998 tenían reacción serológica positiva al VIH y, en promedio, fallecieron 10 años antes de la fecha prevista para su jubilación.<sup>14</sup> En Kenya, el número de víctimas entre los maestros aumentó desde 450 en 1995 a 1.400 en 1999. Côte d'Ivoire y Malawi pierden al menos un maestro por día.

En un reciente foro en el Camerún se estimó que un 10% de los maestros y un 20% de los estudiantes podrían contagiarse con el VIH en los próximos cinco años.<sup>15</sup> En el foro se exhortó a combatir la ignorancia, el secreto, la denegación y el temor al estigma y la discriminación que aún predominan en las escuelas y los colegios. Los participantes expresaron que era necesario impartir educación sobre el VIH/SIDA en las escuelas, pese a los tabúes y los obstáculos culturales.

Entre otras propuestas recientes cabe mencionar subsidios públicos a las escuelas o subsidios directos a los hogares en zonas pobres o gravemente afectadas, a fin de reducir los costos de la educación e impedir que los niños abandonen la escuela. Si fuera posible mantener las escuelas abiertas y en funcionamiento, con ninguna tolerancia del abuso sexual, dichas escuelas podrían transformarse en centros de consolidación de la respuesta de toda la comunidad al SIDA y proporcionar liderazgo participatorio dentro de la comunidad.

**EFFECTOS ECONÓMICOS** El VIH/SIDA ya está frenando el crecimiento y las actividades en la economía de los países más afectados. Según se estima, en el decenio de 1990 el SIDA redujo en un 0,8% el crecimiento económico anual per cápita en África. Los modelos sugieren que en los países más gravemente afectados, en los próximos años se reducirá el crecimiento per cápita entre 1 y 2 puntos porcentuales. Esto significa que después de dos decenios, muchas economías serán entre 20% y 40% más pequeñas que lo que habrían sido en ausencia del SIDA.<sup>16</sup> Al mismo tiempo, el VIH/SIDA requiere recursos públicos adicionales para organizar acciones de prevención, proporcionar tratamiento, mantener otros servicios de salud y atender a los huérfanos y otros dependientes.

Los enfermos trabajan con menor rendimiento y a menudo están ausentes. Su muerte, aparte de la tragedia humana que entraña, perturba el lugar de trabajo, reduce la productividad, anula las inversiones en capacitación e impone la necesidad de capacitar a reemplazantes. Las empresas no pueden planificar cuando el futuro es tan incierto.

Las enfermedades y las defunciones debidas al SIDA tienen una curva similar a la de contagio con el VIH, con un desfase de varios años, de modo que la prevalencia del VIH puede utilizarse para efectuar proyecciones del número de futuros casos de enfermedad, muerte y orfandad. Los datos distan de ser perfectos, pero la epidemia tiene ahora suficientes años de existencia como para poner de manifiesto los apreciables costos que acarrea.<sup>17</sup> En abril de 2002, una de las empresas mineras principales de Sudáfrica, GoldFields, estimó que la epidemia de VIH/SIDA agregaría hasta 10 dólares por onza a los costos de extracción de oro.

Muchas empresas han tratado de transferir la carga reduciendo las prestaciones, contratando mano de obra temporal y tratando de que el Estado absorba las cargas de atender a los enfermos y capacitar a los reemplazantes. Pero esta estrategia, en última instancia, es contraproducente porque los gobiernos, para sufragar los costos, deben recurrir a nuevos impuestos al sector privado.

Además, es evidente que los gobiernos enfrentan exactamente los mismos tipos de problemas. Los funcionarios están enfermando y muriendo: hay menos maestros en las escuelas, menos agentes de policía en las calles, menos enfermeras en las clínicas y menos trabajadores sanitarios que recojan la basura. Sin personal dotado de experiencia, el gobierno en todos los niveles se desintegrará, lo cual amenazarán no sólo el desarrollo económico sino la viabilidad de la infraestructura, como caminos y aeropuertos, los mecanismos como la policía y la recaudación impositiva, y llegado el caso, la cohesión de la propia trama social.

Los perjuicios en el sector rural son igualmente graves: en Zimbabwe, las granjas familiares experimentan pérdidas del 40% al 60% en la producción de maíz, cacahuetes y algodón después de una defunción debida al SIDA.<sup>18</sup> Las pérdidas no atañen solamente al ingreso: los nutritivos cultivos de verduras y los árboles frutales son reemplazados por cultivos de tuberosas feculentas que requieren menos mano de obra; tal vez se venda el ganado para comprar medicamentos, con lo cual se pierden fuentes de alimentos nutritivos como leche, carne o huevos. Esos cambios acarrearán una crónica inseguridad alimentaria y altos niveles de malnutrición proteica, que deterioran aún más el sistema de inmunidad y preparan el terreno para las infecciones.

## Prioridades para la acción

Los pobres tienen escaso acceso a servicios de prevención, como la provisión de condones o cualquier forma de tratamiento. Sólo una de cada cinco personas que corren riesgo de contagio con el VIH tiene acceso a información preventiva y servicios<sup>19</sup>. Menos del 5% de las personas que necesitan medicamentos contra el retrovirus los reciben.<sup>20</sup> La lucha contra la epidemia ha quedado obstaculizada por la lentitud de los líderes en todos los niveles en reconocer y admitir la naturaleza de la creciente crisis. La cultura universal de silencio que rodea el comportamiento sexual ha mantenido apartada la mirada y acalladas las voces.

En junio de 2001, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA centró la atención mundial en la crisis. Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, aprovechó la Cumbre Africana sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, convocada en Abuja (Nigeria) en abril de 2001, para exhortar a la acción y proponer el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. El propósito de este fondo es aumentar el apoyo a los programas contra el SIDA, el paludismo y la tuberculosis en los países en desarrollo, desde menos de 2.000 millones de dólares anuales hasta entre 7.000 y 10.000 millones de dólares.

El Fondo Mundial anunció en abril de 2002 su primera serie de subsidios para tratamiento y prevención y otorgó en total 378 millones de dólares para un lapso de dos años a 40 programas en 31 países. Este importante adelanto también destaca la continua omisión de la comunidad internacional en lo tocante a responder a las necesidades del mundo en desarrollo. Los recursos aportados durante el primer año fueron lamentablemente inferiores a la meta.

Las estrategias eficaces para frenar la epidemia abarcan una combinación de tratamiento, educación y prevención. Estas estrategias no deben limitarse a la medicina y la atención de la salud sino que deben alcanzar a la comunidad, exhortando a consultar directamente a las personas a quienes se trata de prestar asistencia.<sup>21</sup> Es primordialmente necesario contar con líderes fuertes y comprom-

tidos que, además de formular exhortaciones, ejerzan liderazgo con su ejemplo.

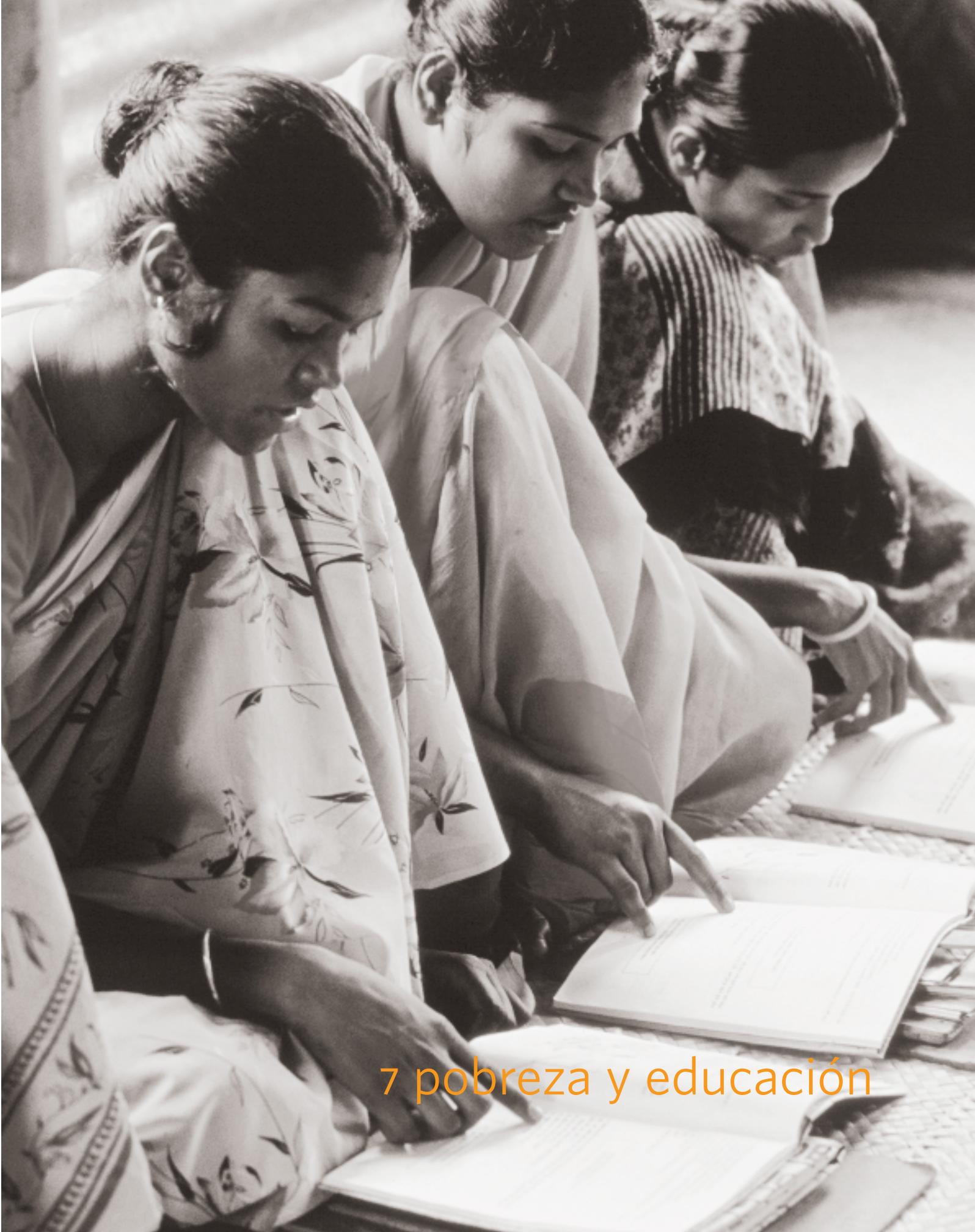
Los ejemplos de acciones locales imaginativas y valerosas, por ejemplo las realizadas en el Senegal, Tailandia y Uganda, a fin de mitigar la pandemia son buenas noticias para todo el mundo. Un fuerte liderazgo puede apoyar y fortalecer esas acciones comunitarias.

20

**HABLEMOS FRANCAMENTE: EL SIDA Y LA POBREZA** Los pobres tienen mayores probabilidades de contagiarse

cuando están expuestos al VIH: también tienen mayores probabilidades de estar expuestos, no porque tengan relaciones sexuales con más frecuencia o mayor número de parejas sexuales, sino porque sus relaciones sexuales ocurren en condiciones más peligrosas.

Las personas en mejor posición económica disponen en sus viviendas de luz eléctrica y de dormitorios privados; los pobres carecen de todo eso. ¿Adónde guardar los condones? ¿Adónde descartarlos? Lejos del hogar, los más pudientes escogen circunstancias propicias a las relaciones sexuales y pueden optar por medios de protección. Los habitantes de barrios de precaristas o los trabajadores migrantes toman a sus parejas como pueden y cuando pueden y a menudo llevan consigo la infección al regresar a su hogar.



7 pobreza y educación

Aun cuando en el último decenio aumentó sustancialmente el acceso general a la educación básica en muchos países en desarrollo, los pobres tienen aún menos posibilidades de asistir alguna vez a la escuela, menos probabilidades de estar asistiendo a la escuela y más probabilidades de repetir grados que quienes están en mejor posición económica.

Los patrones de educación entre los pobres difieren netamente de una región a otra. En el Asia Meridional y en África Occidental y Central, una gran minoría de niños de hogares pobres jamás se matricula en la escuela. En América Latina, en cambio, casi todos los niños finalizan el primer grado pero posteriormente, las tasas de abandono son altas. Por ejemplo, un 92% de los jóvenes de 15 a 19 años de edad provenientes de hogares pobres en el Brasil finalizan el primer grado, pero sólo la mitad de ellos finalizan el quinto grado. En otras regiones en desarrollo, las pautas entre los pobres se caracterizan por más altas proporciones de matriculados y abandonos más tardíos.<sup>1</sup>

### Diferencias en el acceso a la enseñanza y el nivel de educación, en función de la riqueza

En casi todos los países en desarrollo, hay diferencias entre grupos con diferente nivel de riqueza en lo que atañe a la matriculación escolar y el nivel educacional, pero las diferencias varían ampliamente de un país a otro. En casi todos los países, los niños de 6 a 14 años de edad procedentes del quintil de hogares más ricos tienen probabilidades mucho mayores de estar matriculados en la escuela que los niños del 40% de hogares más pobres.

Las diferencias entre ricos y pobres son particularmente grandes (más de 45 puntos porcentuales) en varios países del África Occidental: Benin, Burkina Faso, Malí y el Senegal; y también en Marruecos y el Pakistán. En cambio, en Kenia, Malawi, Kazajistán y Uzbekistán se registran diferencias pequeñas.

Las mediciones del nivel de educación también muestran discrepancias en función de la riqueza que varían de un país a otro. Por ejemplo, en la India la discrepancia (en este caso, en la mediana del número de años de escolarización de jóvenes de 15 a 19 años de edad) entre el quintil más rico y el 40% más pobre es de 10 años, mientras que en Tanzania es de sólo dos años.<sup>2</sup>

En muchos países, la mayoría de los niños procedentes de los hogares más pobres no han recibido ninguna educación. Un estudio reciente de 35 países en el África Occidental y Central y en el Asia Meridional mostró que en 10 países, la mitad o más de los jóvenes de 15 a 19 años de edad de hogares pobres nunca completaron el primer grado.<sup>3</sup>

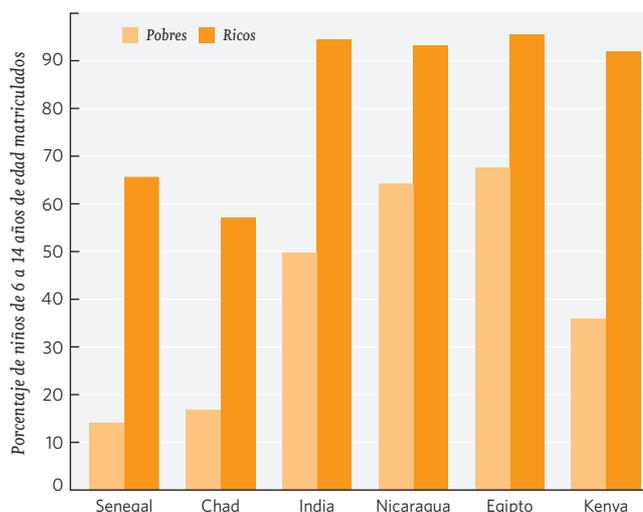
Hace mucho tiempo que se llegó a un acuerdo internacional con respecto a que la educación primaria debía ser universal a principios del siglo XXI. Las discrepancias en la asistencia a la escuela y el nivel educacional en función del nivel de riqueza entrañan que los pobres distan mucho más de alcanzar dicha meta que los demás.

Muchos países alcanzarían la meta si elevaran la matriculación entre los pobres. Por ejemplo, en Colombia, Filipinas y el Perú, más del 70% del déficit para alcanzar la educación primaria universal corresponde a los niños pobres.<sup>4</sup> Hay sólo unos pocos países en desarrollo donde los ricos no han alcanzado ya la educación primaria universal (véase el Gráfico 11).

**RAZONES PARA LA DISCREPANCIA** ¿Por qué entre los pobres son más bajas las tasas de matriculación y peores los niveles educacionales? Esta situación es consecuencia tanto de la oferta como de la

**Gráfico 11: Disparidades en la matriculación escolar en función del nivel de riqueza**

Porcentaje de niños de 6 a 14 años de edad matriculados en escuelas, en el quintil más pobre y el quintil más rico de los hogares



demanda. En primer lugar, los niños pobres tienen más dificultades en llegar a la escuela. Las escuelas tienden a estar concentradas en las ciudades y en zonas donde residen los hogares en mejor posición económica. Por ejemplo, en Guinea, el promedio del tiempo necesario para llegar a la escuela primaria más cercana es de 47 minutos en zonas rurales, pero sólo de 19 minutos en zonas urbanas.<sup>5</sup>

Pero, en la mayoría de los países, la proximidad física de la escuela no es la cuestión fundamental.<sup>6</sup> En muchos lugares, han aumentado en los últimos decenios los gastos en educación, pero si al invertir en esos aumentos no se presta especial atención a las necesidades de los pobres, tal vez se refuercen las disparidades dimanadas del nivel de riqueza, en lugar de reducirlas.

Las pruebas recogidas en un variado grupo de países en desarrollo indican que un gran porcentaje del gasto público en educación sufraga acciones gubernamentales en beneficio de los ricos.<sup>7</sup> En América Latina, las disparidades en el nivel educacional se han atribuido a la ineficacia de las escuelas públicas, de las que dependen los pobres, y una proporción relativamente baja del gasto se destina a la educación primaria y secundaria, que es el tipo de enseñanza que tiende a beneficiar más a los pobres.<sup>8</sup> Incluso cuando los gobiernos asignan suficientes recursos en mejorar el acceso a la educación para los pobres y la calidad de ésta, tal vez carezcan de capacidad administrativa para prestar los servicios.

Las crisis, como las guerras, los conflictos civiles, la desintegración económica y las epidemias perturban los servicios e impiden la asistencia a la escuela. En la ex Yugoslavia y en países del Asia Central, las tasas de matriculación en educación básica eran a fines del decenio de 1990 muy inferiores a las existentes al principio del mismo decenio. Esos problemas probablemente tendrán más efectos sobre los pobres que sobre el resto de la población.<sup>9</sup>

La calidad de la enseñanza – inclusive currículos, libros de texto, métodos didácticos, capacitación de docentes, proporción entre alumnos y maestros y participación de padres y madres – contribuye a determinar los resultados educacionales, e inclusive la retención escolar, los niveles de aprendizaje y los resultados de los tests.<sup>10</sup> Por ejemplo, recientes investigaciones en Sudáfrica indican que la proporción entre alumnos y maestros tiene marcados efectos

**ALIMENTOS A CAMBIO DE EDUCACIÓN** El Programa de alimentos a cambio de educación es una iniciativa del Gobierno de Bangladesh para abordar la inseguridad alimentaria de los hogares y el bajo nivel educacional femenino en las familias más pobres. El programa, iniciado en 1993, abarca unas 5.000 escuelas primarias de todo el país. Suministra raciones alimentarias (trigo) que reemplazan la contribución de los niños a los medios de vida de la familia y libera a los alumnos para que asistan a la escuela.

La asistencia escolar ha aumentado, tanto entre las niñas como entre los niños varones, pero ese aumento es de 10% a 15% superior en lo concerniente a las niñas. Además del efecto de la educación sobre el empoderamiento de la mujer, hay algunas pruebas de que ha influido en el aplazamiento del matrimonio, con importantes repercusiones en las oportunidades de la mujer en la vida.

sobre el número de años de educación que los estudiantes completan.<sup>11</sup> En Egipto, las tasas de abandono son atribuibles a diversos factores de la calidad escolar y el ámbito de aprendizaje. Los niños varones y las niñas responden a diferentes componentes del ámbito escolar.<sup>12</sup>

En algunos países, la disminución de la fecundidad está reduciendo la presión sobre los sistemas escolares públicos, lo cual da oportunidad de aumentar la calidad sin necesariamente aumentar los gastos.

**DEMANDA Y BENEFICIOS ESPERADOS** La demanda de educación depende de las ideas de la familia con respecto a los beneficios que le reportará dicha educación, principalmente el ingreso que se espera obtengan los hijos educados (pero también, mejor salud y menos fecundidad).<sup>13</sup> Según un estudio, se estima que, cuando hay oportunidades para trabajadores educados, los ingresos pueden aumentar en promedio un 10% por cada año adicional de asistencia a la escuela.<sup>14</sup>

En algunos países, los beneficios esperados de la educación son menores por diversas razones y esto reduce la demanda de educación por parte de los pobres. En América Latina, esos factores abarcan el costo de la educación, la baja calidad de las escuelas públicas y la discriminación en el mercado laboral contra algunos grupos étnicos, lingüísticos o raciales y contra las mujeres.<sup>15</sup>

En cambio, en el Asia oriental y en algunos países del Asia meridional los beneficios de la educación se mantienen a un alto nivel debido a las inversiones en capital físico, las mejoras en la tecnología y las políticas comerciales que favorecen la exportación y otras políticas beneficiosas, así como el apoyo que recibe la educación dentro de las familias.<sup>16</sup>

Los programas que reducen el costo de la educación para los pobres pueden estimular el aumento de la demanda. Por ejemplo, el programa de PROGRESA en México, que aporta a las familias pobres subsidios supeditados a que los niños asistan regularmente a la escuela, ha reducido las tasas de abandono y mejorado la progresión de un grado al siguiente.<sup>17</sup>

## La brecha de género

Si bien en el último decenio se ha acortado la “brecha de género” en la educación, su situación de desventaja relativa sigue impidiendo que las niñas se matriculen en la enseñanza secundaria en la mayoría de los países del Asia meridional, el África al sur del Sahara y varias otras regiones en desarrollo. En 2000, un 31% de las mujeres carecían de educación escolar, en comparación con un 18% de los hombres.<sup>18</sup> Hay grandes variaciones entre distintos países; las mayores diferencias se registran en el África septentrional y las menores en el Asia meridional, América Latina y el Asia central.

Las tasas de matriculación muestran la concentración de diferencias por motivos de género en unas pocas regiones. En el Asia Meridional y algunos países del África occidental (Benin, Chad y República Centroafricana) y Marruecos las tasas de matriculación para los niños varones son superiores en 15 o más puntos porcentuales a las de las niñas. En varios países de América Latina y en Filipinas, las tasas de matriculación de las niñas de 6 a 14 años de edad es superior a la de los niños varones.

La brecha de género suele ser mayor al ir ascendiendo en los niveles de escolarización. En el Asia meridional, las mujeres tienen la mitad de años de educación que los hombres y las tasas de matriculación femenina a nivel secundario son sólo dos tercios de las tasas masculinas. En el África al sur del Sahara, la asistencia escolar de las niñas a los 12 y 13 años de edad es el 80% de la de los niños varones, pero al llegar a los 18 y 19 años de edad, asisten a la escuela cantidades de niñas iguales sólo a la mitad de las cantidades de varones.<sup>19</sup>

Las inversiones en educación tienen importancia crítica para el futuro. Si las tasas de matriculación permanecen constantes y la fecundidad y la mortalidad declinan de conformidad con las tendencias previstas, en 2030 habrá todavía una discrepancia de género en el nivel educacional.<sup>20</sup> (La brecha no se cerrará completamente aun cuando las tasas de matriculación aumenten hacia 2030 hasta los niveles existentes hoy en América del Norte, debido a la amplitud de la brecha en los grupos de población de más edad<sup>21</sup>).

**FACTORES CONTRIBUYENTES** La distancia entre el hogar y la escuela puede ser importante para decidir si las niñas han de asistir a ella, debido a que las familias temen el acoso sexual en camino a la escuela. En el Pakistán, donde hay una estricta segregación escolar de los sexos, se ha comprobado que la disponibilidad de escuelas afecta las decisiones de enviar a las niñas, pero no a los niños varones.<sup>22</sup>

Las instalaciones escolares y las actitudes para con las niñas en la escuela pueden tener importancia, tanto para las niñas como para sus padres y madres. Un estudio realizado en Kenya comprobó que en muchas escuelas los servicios sanitarios eran inadecuados. Las niñas eran objeto de hostigamiento y era probable que se les asignaran tareas serviles.<sup>23</sup> Si se percibe que la calidad de la enseñanza es baja, los padres y madres pueden decidir que las niñas son más útiles en el hogar. El costo de la matrícula escolar, los libros y los uniformes también milita más contra las niñas que contra los niños varones, especialmente en las familias pobres. En África al sur del Sahara, a veces las niñas son vulnerables a los “gavilanes” (hombres adultos que se aprovechan de la indefensión de las adolescentes), quienes ofrecen abonar la matrícula escolar a cambio de relaciones sexuales.<sup>24</sup>

Las disparidades de género dentro de un mismo país suelen ser mayores entre los pobres<sup>25</sup> y en algunos países persisten después de que los pobres han mejorado su situación económica,<sup>26</sup> de modo que ser hija de una familia pobre es una desventaja doble. Los padres

y madres pobres tal vez no estén dispuestos a educar a las niñas porque piensan que éstas nunca tendrán una remuneración tan alta como los varones. Su trabajo se necesita de inmediato para ayudar a la familia,<sup>27</sup> ocuparse de las tareas domésticas o atender a hermanitos más pequeños.

En las comunidades pobres, donde el papel de la mujer es limitado, a menudo no se piensa que las niñas necesiten educación escolar para cumplir funciones de esposa y madre. Se considera que la educación atrae a esposos mejor educados y en mejor posición financiera,<sup>28</sup> pero los progenitores prevén que la educación de la niña beneficiará a la familia del esposo y no a la propia.

El embarazo también puede causar que las niñas abandonen la escuela. Las familias pobres con muchos hijos tal vez retiren a sus hijas de la escuela para que cuiden a los hermanitos. La falta de recursos para abonar la matrícula escolar puede obligar a optar por enviar a la escuela a los hijos varones. Los normas escolares suelen obligar a las niñas embarazadas a que abandonen la escuela; otras niñas se marchan porque contraen matrimonio (aunque muchas niñas abandonan la escuela a edades más tempranas). El grado de contribución de la fecundidad a la interrupción de la enseñanza varía, pero puede ser importante.<sup>29</sup> Un examen de varios estudios sobre países de África al Sur del Sahara comprobó que entre 8% y 25% de los casos de abandono de la escuela se debían al embarazo de las niñas.<sup>30</sup>

#### **PROBLEMAS PARA REALIZAR INVERSIONES EN LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS**

Algunos expertos opinan que es más atinado efectuar inversiones en la ampliación y la mejora de la educación para todos los niños, en lugar de orientar los recursos hacia las niñas, pues aducen que así tal vez se reduzca la educación disponible para los niños varones. Otra opinión es que es preciso contar con programas diseñados para responder a las necesidades de las niñas a fin de que éstas acudan al aula y permanezcan allí; y que las inversiones que allanan los obstáculos para las niñas tienen los mismos efectos en lo tocante a los niños varones. Otros expertos piensan que lo mejor es contar con escuelas “centradas en la niñez”, sea cual fuere el sexo de los alumnos.<sup>31</sup> Cada uno de esos criterios se está llevando a la práctica y evaluando en diferentes países.

Otra cuestión de políticas es si concentrarse en educar a las niñas o incluir también en los programas la reducción del analfabetismo entre las mujeres adultas. Las mujeres se ocupan de la salud y la asistencia a la escuela de sus hijos, de modo que al educarlas se multiplica el valor de las inversiones en educación. Pero algunos afirman que los escasos recursos deberían concentrarse allí donde pueden producir los mayores efectos a largo plazo.

El prejuicio de género – en los currículos, los enfoques de la enseñanza y el ámbito general de la escuela – es una importante preocupación normativa. Las niñas tal vez reciban menos atención por parte de los maestros, sean percibidas como menos inteligentes y tengan peor rendimiento académico. Esto tal vez se deba a que el estilo de enseñanza competitivo y antagónico prevaleciente en muchas escuelas no es compatible con los rasgos femeninos tradicionalmente valorados, de pasividad y colaboración. En los casos típicos, los materiales didácticos ilustran modelos de comportamiento fuertes para los niños varones pero pocos modelos, o modelos débiles, para las niñas. Con frecuencia, no se las alienta a seguir cursos en asignaturas técnicas y científicas que pueden mejorar sus oportunidades de empleo, reforzando la segregación por motivos de género en el mercado laboral.<sup>32</sup>

#### **Utilidades para los pobres de las inversiones en educación**

#### **EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN DE PADRES Y MADRES SOBRE LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS**

Muchos estudios han mostrado que la educación de los progenitores guarda relación con el nivel educacional de sus hijos y que la educación de la madre suele ser más influyente que la del padre.<sup>33</sup> La mayor influencia de una madre educada en las negociaciones en el hogar puede facilitar que obtenga más recursos para sus hijos. Las madres educadas tienen más probabilidades de incorporarse a la fuerza laboral, lo cual posibilita que sufraguen algunos de los costos de la enseñanza, y tal vez esas madres se percaten mejor de las ventajas de la escolarización. Y las madres educadas, que en promedio tienen menor cantidad de hijos, pueden dedicar más atención a cada uno de los niños.

22

#### **ALFABETIZACIÓN DE INDÍGENAS POBRES**

En los departamentos de Chuquisaca y Potosí (Bolivia), un 70% de las mujeres indígenas son analfabetas. En esa región rural pobre las mujeres también padecen las más altas tasas del país en cuanto a la mortalidad derivada de la maternidad.

Un proyecto innovador que cuenta con el apoyo del UNFPA aborda ambas cuestiones, proporcionando alfabetización simultánea en el idioma quechua indígena y en español, además de información sobre salud reproductiva, seguro de salud y maternidad sin riesgos.

Entre 1999 y 2002, más de 100.000 mujeres y hombres aprendieron a leer y escribir. Un equipo técnico capacitó a más de 100 instructores quienes, a su vez, capacitaron a 3.500 maestros alfabetizadores.

Cada maestro enseñó a 25 estudiantes, tres veces por semana durante ocho meses. Los hombres y las mujeres se reunieron por separado para garantizar que todos pudieran expresarse libremente.

Una participante dijo: “aprendí cómo mantener mi higiene y la de mi hogar, cómo planificar con mi esposo cuántos hijos vamos a tener, cómo obtener reconocimientos médicos durante el embarazo y cómo acudir al centro de salud para los reconocimientos médicos. Ojalá se nos hubiera enseñado esto antes, pues así no hubiéramos tenido tantos hijos.”

El proyecto, realizado por el Viceministerio de Educación Alternativa y financiado por la Fundación para las Naciones Unidas, fue promovido mediante actos locales, programas de radiodifusión y

grupos comunitarios. Se coordinaron las actividades con ONG locales. En 2000, el programa recibió de la UNESCO el Premio de Alfabetización Malcolm Adiseshiah.

Los participantes han tomado conocimiento de la disponibilidad de servicios de salud que pueden salvar vidas. En la zona de un proyecto, como resultado de éste se duplicó en un lapso de dos años el número de partos atendidos por personal capacitado.

“Antes no conocíamos esas cosas”, dijo Modesta Hinojosa. “Nos paseábamos con nuestros grandes abdómenes guiando a las ovejas, plantando con nuestros esposos, acarreado a los niñitos. No había ningún centro de salud; las mujeres fallecían y nadie decía nada. Gracias a Dios, ahora tenemos mejor información y cuidaremos mejor de nuestra salud”.

Además de tener menor cantidad de hijos, las madres educadas tienen menos probabilidades de tener alumbramientos inoportunos o no deseados. Esto repercute en la escolarización, debido a que los padres y madres pobres a menudo deben escoger cuál entre sus hijos recibirá educación. Al tener muchos hermanos y hermanas, tal vez se reduzcan las posibilidades de educación de un niño, cuando los costos son un factor,<sup>34</sup> aun cuando en África al Sur del Sahara las redes de familias ampliadas reducen ese efecto al distribuir los costos entre sus miembros.<sup>35</sup> En unos pocos países, los hijos no deseados tienen un nivel educacional notablemente más bajo que el de los hijos deseados.<sup>36</sup>

### EFFECTO SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA SALUD INFANTIL

Hay numerosas pruebas acerca de los beneficios de la escolarización, en particular de las mujeres, en lo concerniente a la salud, la nutrición, la supervivencia infantil y la menor fecundidad. Por ejemplo, las tasas de inmunización de hijos de madres educadas son sistemáticamente superiores a las de los hijos de madres carentes de educación, incluso cuando se excluyen otros factores asociados.<sup>37</sup> Puede atribuirse a los adelantos en la educación de la mujer, según se estima, un 43% de la reducción en la malnutrición infantil entre 1970 y 1995; ese factor tiene una influencia muy superior a la de cualquier otro.<sup>38</sup> Y el nivel nutricional de los niños, a su vez, está relacionado con su nivel cognoscitivo y con la matriculación escolar temprana.<sup>39</sup>

No se han establecido firmemente las relaciones de causalidad entre escolarización y niveles de salud reproductiva y salud infantil, pero poca duda cabe de que la educación alienta a las mujeres y posibilita que comprendan y utilicen la información, incorporen normas y efectúen opciones conducentes a mejores resultados para sí mismas y sus hijos.<sup>40</sup>

La educación también está fuertemente vinculada con la mejor salud reproductiva de la mujer. Numerosos estudios han mostrado que las mujeres educadas tienen más probabilidades de recibir atención prenatal adecuada y asistencia de personal capacitado en el parto y de utilizar anticonceptivos para evitar alumbramientos no deseados e inoportunos. Las mujeres educadas también tienden a iniciar más tardíamente las actividades sexuales, a contraer matrimonio más tarde, a comenzar a procrear más tarde y a tener menos hijos que las mujeres carentes de educación.<sup>41</sup> La relación entre educación y esos eventos en el ciclo de vida es recíproca; las niñas que contraen matrimonio precozmente y comienzan a tener hijos es poco probable que asistan a la escuela, mientras que las que concurren a la escuela tienen menos probabilidades de iniciar un hogar.

En muchos países, la educación masculina tiende a ejercer menos influencia que la educación femenina sobre la salud reproductiva y las pautas de formación de la familia, pero los efectos son siempre positivos y refuerzan los efectos de la educación femenina, aunque no los sustituyen.<sup>42</sup>

**BENEFICIOS ECONÓMICOS** Las inversiones en la educación y la salud de los pobres incrementan la productividad, el ingreso y el crecimiento económico. Los programas contra la pobreza en diferentes sectores se influyen recíprocamente. Una mejor educación de los trabajadores redundará en mejor salud e ingresos más altos; al mejorar la salud de los trabajadores, aumenta su potencial para obtener ingresos.

Hay pruebas incontestables de que el nivel de educación en un país tiene efectos beneficiosos sobre el crecimiento económico. Y la

desigualdad en la distribución de la educación frena el crecimiento, sea cual fuere el nivel educacional absoluto.<sup>43</sup> La desigualdad educacional también reduce el ingreso per cápita en muchos países.<sup>44</sup> El ámbito de las políticas económicas afecta esta relación: las inversiones en educación tienen mayores efectos sobre el crecimiento de las economías, las cuales proporcionan mejores perspectivas para que los trabajadores aprovechen su educación y sus aptitudes.

Los hogares con bajos niveles educacionales son sumamente vulnerables a la mala salud y la discapacidad, a las oscilaciones en los precios y los créditos y a los desastres naturales y medioambientales. La educación contribuye a amortiguar estos choques, posibilitando más seguridad en el empleo, más altos ingresos y mejor acceso a los bienes económicos y el crédito. Las personas educadas disfrutan por lo general de mejor salud que las carentes de educación, incluso cuando el nivel de ingreso es similar.<sup>45</sup>

### Alcanzar los objetivos de la CIPD

Un tema central de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo, fue la promoción de las oportunidades educacionales, especialmente para las mujeres, como un medio de promover el desarrollo social y económico. Se planteó como meta a 20 años el egreso universal de la educación primaria completa para las mujeres y las niñas, y su mayor acceso a la educación secundaria y superior.

Después de la conferencia, muchos gobiernos y organizaciones no gubernamentales efectuaron mayores esfuerzos por ampliar el acceso de los pobres, especialmente las mujeres pobres, a la educación. Se ejecutaron programas que otorgaron subsidios, exenciones o vales para abonar la matrícula escolar, promovieron la participación de padres, madres y miembros de la comunidad, y ensayaron una mayor provisión de enseñanza por el sector privado. Y la educación cada vez está más fuertemente imbricada en los programas de los sectores de salud y economía, a medida que va aumentando el reconocimiento de esas relaciones intrínsecas entre sectores.

Durante el examen al cabo de cinco años de los adelantos logrados después de la CIPD, se establecieron nuevas metas educacionales: acceso universal a la educación primaria hacia 2015, aumento hacia 2010 de la matriculación en escuelas primarias hasta al menos el 90%, tanto para niños varones como para niñas, y reducción a la mitad antes de 2015 de las tasas de analfabetismo de mujeres y niñas, con respecto a las existentes en 1990. Se necesitarán renovados esfuerzos, a nivel tanto internacional como nacional, para conquistar esas metas; y es preciso prestar especial atención a los pobres.



8 población, pobreza y objetivos mundiales  
de desarrollo: el camino hacia adelante

## Marco

**EL PROGRAMA DE DESARROLLO: ELIMINAR LA POBREZA** El seguimiento de la Cumbre del Milenio celebrada en 2000 ha concentrado los esfuerzos de la comunidad internacional y el sistema de las Naciones Unidas en la eliminación de la pobreza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluyen la mayoría de los objetivos convenidos en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en conferencias posteriores, inclusive los de mejor salud, mayor esperanza de vida, prevención del VIH/SIDA, educación básica universal y reducción de la mortalidad derivada de la maternidad y de la mortalidad de menores de un año y de niños en general.

En la Declaración del Milenio se reconoció la importancia de los objetivos e indicadores de desarrollo aprobados en anteriores conferencias mundiales; se está tratando de armonizar las estrategias nacionales para su puesta en práctica.

**OBJETIVOS DE LA CIPD E HITOS CUANTITATIVOS** La CIPD aprobó un conjunto de objetivos de población y desarrollo interdependientes, entre ellos el crecimiento económico sostenido, en el marco del desarrollo sostenible, y la equidad e igualdad de género. Se exhortó a los países a incluir los factores de población en todas las estrategias de desarrollo y a adoptar medidas para eliminar la violencia por motivos de género y las prácticas tradicionales nocivas, incluida la mutilación genital femenina.

Se aprobaron metas cuantitativas en tres esferas:

**EDUCACIÓN UNIVERSAL** Eliminación hacia 2005 de la disparidad de género en la educación primaria y secundaria y acceso total a la escuela primaria o su equivalente para las niñas y los niños por igual, tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de 2015.

La Cumbre del Milenio acogió esas metas y agregó la eliminación de las disparidades de género en todos los niveles de la educación hacia 2015.<sup>1</sup>

**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD** Reducción en al menos un tercio hacia 2000 de las tasas de mortalidad de menores de un año y menores de cinco años, hasta no más de 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, y hasta menos de 35 y de 45, respectivamente, hacia 2015; reducción hacia 2000 de la mortalidad derivada de la maternidad a la mitad de los niveles existentes en 1990 y nueva reducción a la mitad hacia 2015 (concretamente, en los países con más altos niveles de mortalidad, hasta menos de 60 por cada 100.000 nacidos vivos).

La Cumbre del Milenio simplificó la reducción de la mortalidad de menores de cinco años (hasta un tercio de los niveles de 1990, hacia 2015) y aceptó la reducción paralela de tres cuartas partes en la mortalidad derivada de la maternidad.

**SALUD REPRODUCTIVA** Provisión hacia 2015 de acceso universal al conjunto completo de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva y salud sexual.

**CIPD+5** En el examen realizado en 1999, cinco años después de la celebración de la CIPD, se acordaron nuevos hitos, que han sido adoptados por muchos países:

- Hacia 2015, debería reducirse a la mitad la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas respecto de la existente en 1990. Hacia 2002, la tasa neta de matriculación en escuelas primarias para niños de uno y otro sexo debería ser de al menos 90%;
- Hacia 2005, el 60% de los servicios de atención primaria de la salud y planificación de la familia deberían ofrecer el conjunto más amplio posible de métodos seguros y eficaces de planificación de la familia, atención obstétrica esencial, prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir el contagio; un 80% de los establecimientos deberían ofrecer esos servicios hacia 2010 y todos ellos deberían ofrecerlos hacia 2015;

23

### DECLARACIONES DE LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

“Las inversiones en servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, y en el acceso a los anticonceptivos, son correlatos de importancia crucial de las inversiones en la lucha contra las enfermedades. La combinación de la lucha contra las enfermedades y la salud reproductiva probablemente se traducirá en una menor fecundidad, mayores inversiones en la salud y la educación de cada niño y menor crecimiento de la población.”

“Si esos trastornos [enfermedades contagiosas] fueran combatidos, y si, conjuntamente, se ejecutaran mejores programas de planificación de la familia, las familias empobrecidas no sólo podrían disfrutar de vidas más largas, saludables y más productivas, sino que también escogerían tener menor cantidad de hijos, con la seguridad de saber que sus hijos han de sobrevivir; en consecuencia, podrían efectuar

más inversiones en la educación y la salud de cada niño. Dada la manera en que pesan particularmente sobre la mujer algunos de esos trastornos, se mejoraría en especial el bienestar de la mujer.”

“Las pruebas también sugieren que los enfoques necesarios para aumentar el alcance del sistema de salud, de modo de proporcionar atención a las enfermedades contagiosas y la salud reproductiva, también mejorarán la atención a las enfermedades no contagiosas.”

“Además, la experiencia muestra que los servicios de planificación de la familia son más eficaces cuando forman parte de programas integrales de salud reproductiva que incluyen planificación de la familia, atención del embarazo y del parto sin riesgo y prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual.”

“El rápido crecimiento de la población tiene múltiples y complejos efectos sobre el

desarrollo económico. A nivel del hogar, las inversiones en educación y salud para cada niño se reducen cuando las familias tienen muchos hijos, es decir, cuando las tasas de fecundidad son altas. A nivel de la sociedad, el rápido crecimiento de la población rural, en particular, sobrecarga enormemente el medio ambiente físico (por ejemplo, deforestación cuando se talan árboles para obtener leña y ampliar las tierras de cultivo) y sobre la productividad alimentaria, dado que van disminuyendo las proporciones entre tierra y mano de obra en la agricultura. En esos casos, probablemente los campesinos pobres desesperadamente se hacinarán en las ciudades, con las consiguientes tasas muy altas de urbanización y sus consecuencias perjudiciales en forma de congestión y disminución del capital urbano por persona (por ejemplo, servicios de policía, abastecimiento de agua y saneamiento, etc.).”

**COOPERACIÓN PARA COMBATIR LA POBREZA**

La Cumbre del Milenio fue el punto de partida de acciones sin precedentes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas para secundar con su voluntad política los objetivos fundamentales de desarrollo e intensificar la cooperación.

La Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en marzo de 2002 hizo suyas las recomendaciones sobre liberalización del intercambio comercial, mayor participación del sector privado y mitigación de la deuda. La Unión Europea y los Estados Unidos prometieron contrarrestar la disminución de la asistencia oficial para el desarrollo.

El Secretario General informará todos los años a la Asamblea General sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo

del Milenio. En el informe de 2002 se abordaron los conflictos armados y el tratamiento y la prevención de las enfermedades, inclusive el VIH/SIDA y el paludismo. El Proyecto Mundial del Milenio abordará esferas temáticas clave utilizando conocimientos especializados existentes en los organismos de las Naciones Unidas, los círculos académicos, las instituciones de financiación y asistencia para el desarrollo y el sector privado en los países desarrollados y en desarrollo. La Campaña Mundial del Milenio movilizará el apoyo público en pro de las acciones contra la pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El sistema de las Naciones Unidas ha mejorado la coordinación de sus actividades a nivel internacional, regional y nacional. El Grupo de las Naciones Unidas

para el Desarrollo está coordinando las políticas de los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas. El Grupo Superior de Gestión se reúne semanalmente y examina cuestiones de política. En mayo de 2002, por ejemplo, dedicó una sesión a las estructuras de edad de la población y las prioridades para el desarrollo.

El UNFPA es miembro de un grupo interinstitucional que formula estrategias para un mejor monitoreo del progreso. Se espera que hacia fines de 2004, cada país en desarrollo haya preparado al menos un informe nacional. Los equipos de apoyo técnico del Proyecto Mundial del Milenio aportarán conocimientos especializados sobre población y salud reproductiva, con el apoyo del Fondo.

- Hacia 2005, al menos un 40% de todos los partos deberían ser atendidos por personal capacitado allí donde las tasas de mortalidad derivada de la maternidad son muy altas; y en todo el mundo, un 80%; esas cifras deberían ser 50% y 85%, respectivamente, hacia 2010; y 60% y 90% hacia 2015;
- Hacia 2005 debería reducirse a la mitad toda discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y la proporción de personas que expresan el deseo de espaciar o limitar el número de hijos; esa reducción debería ser del 75% hacia 2010 y del 100% hacia 2015. Para alcanzar esta meta, no deberían utilizarse metas o cuotas de captación de usuarios.

**VIH/SIDA** Al pasar revista a la situación del VIH/SIDA y reconocer que es peor que la prevista en la CIPD, en la CIPD+5 se convino en que a fin de reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, hacia 2005 al menos un 90% de los jóvenes varones y mujeres de 15 a 24 años de edad deberían tener acceso a métodos preventivos – como condones femeninos y masculinos, detección voluntaria, consejería y seguimiento – y hacia 2010, al menos 95%. Hacia 2005, las tasas de contagio en personas de 15 a 24 años de edad deberían reducirse en un 25% en los países más afectados y hacia 2010, en un 25% en todo el mundo.

**LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO** Muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, inclusive los relativos a la salud, dependen de la disponibilidad universal de métodos de planificación de la familia y otras opciones de salud reproductiva, así como de otras cuestiones relativas a la población (véase el recuadro, página 5).

En materia de salud, el informe de 2002 del Secretario General sobre el adelanto hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio recibió una fuerte influencia de la labor de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud establecida por la OMS y el Banco Mundial. Cinco diferentes grupos de trabajo dedicaron dos años a estudios y consultas acerca de acciones prioritarias concernientes a la salud, en particular los aspectos de la salud relativos a la enfermedad, sus costos y los efectos económicos previstos.

La Comisión reconoció que la población y la salud reproductiva son cuestiones fundamentales para el logro de los objetivos de la Cumbre del Milenio relativos a la salud y para todo el temario de desarrollo.

En 1994, la CIPD destacó la interconexión entre dinámica de población, capacidad de los individuos y las parejas para efectuar opciones en materia de reproducción, mejor salud, desarrollo y reducción de la pobreza. La Comisión comparte ese punto de vista, como lo indican los trozos escogidos de su informe (véase el recuadro 23). Los planes de acción nacionales e internacionales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio deberían reflejar esos entendimientos.

## Recomendaciones para la acción

**COOPERACIÓN PARA AUMENTAR LA EFICACIA** Los gobiernos, las comunidades, el sector privado y la comunidad internacional deben cooperar para aprovechar mejor sus ventajas comparativas y reducir la duplicación, el despilfarro y la ineficiencia. Esto ha sido una exhortación frecuente durante muchos años, pero la batalla contra la extrema pobreza le ha agregado un renovado énfasis.

**PAPEL GUBERNAMENTAL** La acción de los países para mejorar la salud de los pobres y reducir la desigualdad en materia de salud abarca:

- políticas económicas que contribuyan a la disminución de la pobreza;
- información sobre salud y servicios de salud;
- lucha contra las enfermedades infecciosas;
- legislación para mejorar la salud;
- subsidios a los servicios de salud para los pobres.<sup>2</sup>

En *El Informe Mundial sobre la Salud 2000* exhorta a los gobiernos a conducir mejor las cuestiones de salud pública y los recursos para el sector de salud, particularmente en beneficio de los pobres.<sup>3</sup>

Para alcanzar la meta aprobada por consenso en la CIPD, relativa al acceso universal a los servicios de salud reproductiva hacia 2015, es preciso contar con medidas mínimas de seguridad – servicios gratuitos, atención subsidiada, planes de seguro y cargos al usuario de magnitud variable – para asegurar que los clientes pobres reciban atención en materia de salud reproductiva. “El programa de la CIPD ayuda a circunscribir la cuestión de la financiación de la salud en lo concerniente a las necesidades de los clientes y la ampliación de sus medios de acción. La pregunta que debe formular cualquier iniciativa de políticas es ¿perjudicará a los pobres? y ¿discriminará contra la mujer?”.<sup>4</sup>

**DOCUMENTOS NACIONALES DE ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA** El Banco Mundial y el sistema de las Naciones Unidas, inclusive el UNFPA, están coordinando su asistencia para el desarrollo de los países más pobres. Un importante instrumento es el Documento de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP), que esboza las prioridades y los planes de acción nacionales, tras análisis amplios y participatorios conducidos por el gobierno y los interesados nacionales, inclusive grupos de la sociedad civil, parlamentarios y entidades del sector privado.

Se reconoce que dichos planes son un importante vehículo para

avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Si se los actualiza regularmente, servirán de base para la puesta en práctica y el monitoreo. Los planes pueden también constituir la base para la mitigación de la deuda en virtud de la Iniciativa para países muy endeudados (HICI), en los países que reúnan los requisitos necesarios, y también para otorgar préstamos en términos concesionales a otros países.

Muchos países ya han preparado documentos preliminares (llamados PRSP provisionales) o han finalizado sus planes e iniciado un proceso continuo de puesta en práctica, monitoreo y revisión.

Tras analizar el proceso se llega a la conclusión de que muchos de los planes en preparación son correctos desde el punto de vista analítico y son prácticos. No obstante, es necesario perfeccionarlos más para crear capacidad en los países y asegurar una más plena participación de una amplia gama de interesados directos nacionales.<sup>5</sup> El enfoque participatorio del desarrollo, orientado a las personas, promulgado en la CIPD y en otras conferencias internacionales, ha adelantado notablemente en el último decenio, pero será preciso que los adelantos continúen.

Un examen realizado por el UNFPA de 44 PRSP provisionales mostró que también se necesitan otras mejoras, para asegurar la más plena incorporación de cuestiones de población, salud reproductiva, equidad de género y derechos humanos.<sup>6</sup> A fin de subsanar esas omisiones, el UNFPA asignará alta prioridad al desarrollo coordinado, inclusive la preparación de PRSP, la reforma del sector de salud, los enfoques sectoriales y las Evaluaciones Comunes para los Países del sistema de las Naciones Unidas, así como a la participación de la sociedad civil.

**ORIENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS PARA QUE LLEGUEN A LOS POBRES** Para lograr mayor eficacia en la mitigación de la pobreza, es menester que los beneficios de los programas lleguen directamente a los pobres.

En el Programa de Acción de la CIPD se enumeran varios buenos ejemplos de servicios orientados directamente a los pobres. Dado que reconoce la orientación al servicios social del Programa de Acción, el UNFPA ha conducido debates interinstitucionales sobre políticas de servicios sociales básicos. Los programas eficaces de población y salud reproductiva hacen hincapié en los servicios individuales y las necesidades de información de las personas. Los principios de orientación de los servicios ya están bien establecidos en materia de salud reproductiva, pero además es necesario que los servicios de salud lleguen a los pobres con la prevención y el tratamiento de importantes enfermedades contagiosas.

La efectividad para los pobres de los programas de salud reproductiva depende de escuchar sus opiniones e involucrarlos en el diseño y la ejecución de los programas. Esto es especialmente importante en lo concerniente a las mujeres, pues son ellas quienes más han de beneficiarse con los programas de población y salud reproductiva.

No basta con encauzar la asistencia técnica y financiera hacia los países más pobres; los programas dentro de un mismo país deben orientar los recursos nacionales e internacionales hacia los más pobres entre los pobres, quienes deben recibir protección y apoyo y posibilidad de hacer oír su voz.

25

#### ESCUCHAR A LOS POBRES CUANDO HABLAN DE LA SALUD

En un estudio para el *World Development Report* se escuchó a los pobres en 23 países, cuando hablaban acerca del efecto de la pobreza sobre sus vidas. El autor Deepa Narayan ofrece cinco sugerencias basadas en el estudio, que se titula *Consultations with the Poor*.

En primer lugar, es preciso proteger a los pobres contra los embates financieros de la mala salud. Es enorme el número de pobres que deben escoger entre salvar a un familiar enfermo y alimentar a los demás miembros de la familia. Es preciso diseñar mejores maneras de protegerlos contra las enfermedades catastróficas, aprovechando la experiencia de algunas instituciones, como la Asociación de Trabajadoras por Cuenta Propia, en la India, y el Banco Grameen, en Bangladesh.

En segundo lugar, es necesario proporcionar una eficaz infraestructura de salud allí donde viven los pobres. Son particularmente importantes el abastecimiento de agua y el saneamiento, especialmente en el Asia Meridional, donde las mujeres pobres temen verse obligadas a recorrer largas distancias para recoger agua.

En tercer lugar, es menester mejorar el comportamiento de los encargados de prestar servicios de salud en establecimientos públicos. La falta de cortesía de algunos agentes de salud contribuye a explicar por qué los pobres evitan acudir a los servicios públicos de salud.

En cuarto lugar, es necesario combatir la violencia doméstica por razones de género. Los efectos de la violencia sobre la mujer son una cuestión de salud pública.

En quinto lugar, es preciso reconocer los efectos psicológicos, así como los físicos, del VIH/SIDA. Entre los pobres, especialmente en África, el SIDA acarrea estigma y vergüenza, además de sufrimiento.

Los principios básicos son simples:

- orientar los servicios para que lleguen a los pobres;
- reducir los costos que los pobres deben sufragar;
- dar a los pobres una voz en el diseño, la realización y el monitoreo de programas;
- proporcionar apoyo oficial a los servicios públicos, inclusive a los servicios que tienen grandes efectos indirectos;
- prevenir el estrés: la prevención es menos costosa es menos costoso que la cura (a menudo, tanto a corto como a largo plazo);
- mejorar la calidad de los servicios;
- mejorar los datos para monitorear lo que necesitan los pobres, y lo que obtienen;
- promover programas que lleguen a los pobres y mejorar los datos utilizados para prestar servicios y movilizar los recursos y el apoyo necesarios;
- reducir la ineficiencia y la falta de equidad.

Los analistas distinguen cuatro medios de orientar los recursos de salud hacia los pobres:<sup>7</sup>

- **Abordar la carga de la enfermedad:** velar por que los recursos se destinen a los trastornos de salud que crean una mayor carga de enfermedad entre los pobres;
- **Proporcionar servicios sociales básicos:** dar prioridad a los servicios sociales básicos, la atención primaria de la salud, los servicios preventivos y curativos básicos, además de la promoción de la salud y los servicios quirúrgicos esenciales;
- **Orientar recursos hacia las zonas pobres:** proporcionar atención a las zonas rurales y periurbanas pobres, a los poblados remotos y a los tugurios;
- **Orientar los recursos hacia los hogares y comunidades más pobres:** proteger a los más pobres contra una carga financiera que no pueden sufragar.

**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA** Para que los pobres disfruten de buena salud, es importante mejorar los servicios de salud reproductiva. Los trastornos relativos a la salud reproductiva representan más de la mitad de la carga de enfermedad que soportan las mujeres en edad de procrear. Esa carga es pronunciadamente mayor entre las poblaciones más pobres y cuyas tasas de fecundidad son más altas.

De todos los grupos por nivel de ingreso, los pobres son quienes tienen menos acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto y los que están más expuestos a los riesgos. Los pobres suelen ambicionar un mayor número de hijos que quienes están en posición más acomodada, pero también tienen más embarazos no deseados e involuntarios. Los altos niveles de embarazos involuntarios redundan en niveles de fecundidad aún más altos que los deseados. Esto acrecienta la necesidad de servicios de atención prenatal y partos sin riesgo y de servicios de calidad de planificación de la familia, a fin de reducir el embarazo no deseado y el recurso al aborto.

La mejora de la calidad de los servicios de salud reproductiva es la clave para aumentar su accesibilidad y su utilidad para los pobres.<sup>8</sup> Los funcionarios a menudo son rudos o descorteses con los clientes pobres, quienes carecen de la información o de la autoconfianza necesarios para cuestionar el trato de que son objeto o el precio de los servicios. La calidad depende de un suministro fiable

de medicamentos y otros productos, así como de la buena capacitación y supervisión. La competencia técnica es importante y también es importante que los agentes de salud respeten la dignidad personal del usuario, respondan a sus preguntas y se aproximen a ellos reconociendo que son individuos con diversas necesidades y diferentes procedencias culturales.

**PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD** Las instituciones confesionales y caritativas, inclusive los lugares de culto, las escuelas, los hospitales, los sistemas de distribución de alimentos, los hospicios y la enseñanza o atención pastoral, a menudo aportan los únicos servicios disponibles para las comunidades pobres, particularmente cuando los servicios públicos están ausentes o son inaccesibles.

En las conferencias sobre la población y sobre la mujer celebradas en 1994 y 1995 se exhortó a intensificar la participación de las comunidades y, en particular, a escuchar las voces de las mujeres y otros grupos marginados – los muy pobres, los adolescentes y las personas que viven con el SIDA – en la comunidad y en las actividades de desarrollo. Las fuertes organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir a este proceso.

La descentralización de los servicios de salud puede contribuir a la participación comunitaria, pero para que beneficie a los pobres, es preciso que los pobres mismos participen en la fijación de prioridades. Es especialmente importante la participación directa de padres, madres y líderes comunitarios, para hablar y abordar los problemas de salud reproductiva de los adolescentes, entre ellos el embarazo en la adolescencia y la prevención del VIH/SIDA.

Hay promotores en acción para asegurar que las necesidades de salud reproductiva no se diluyan al adoptar sistemas descentralizados.<sup>9</sup> Por ejemplo, dichos promotores han exhortado a proporcionar a las mujeres pobres acceso universal a servicios de maternidad sin riesgo, inclusive la atención obstétrica de emergencia, y también han exhortado a que se trate equitativamente a las personas que viven con el SIDA. Han surgido movimientos comunitarios de apoyo a los miembros de las familias afectadas por el VIH/SIDA, en particular los huérfanos, pese al estigma y la discriminación que conlleva esa enfermedad. Los seguros comunitarios y los sistemas de apoyo a la salud pueden ayudar, especialmente a las mujeres, a protegerse contra los riesgos y obtener acceso a los servicios necesarios, por ejemplo, transporte de emergencia para las embarazadas que tienen dificultades en el trabajo de parto. Una activa sociedad civil puede crear un ámbito de apoyo para la acción comunitaria.<sup>10</sup>

**SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES** El Programa de Acción de la CIPD instó a formular mejores programas de población y desarrollo, asegurando la rendición de cuentas a los grupos más vulnerables y postergados de la sociedad, inclusive las poblaciones rurales y los adolescentes.<sup>11</sup> Destacó que los programas de población contribuyen al empoderamiento de la mujer y la mejora de la salud, especialmente en las zonas rurales, además de producir otros beneficios.<sup>12</sup> Exhortó a hacer particular hincapié en satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los grupos de población con servicios insuficientes, entre ellos los adolescentes, “tomando en cuenta los derechos y responsabilidades de los padres y madres y las necesidades de los adolescentes y de los pobres rurales y urbanos”.<sup>13</sup>

**Poblaciones rurales y otras poblaciones que disponen de servicios insuficientes** La experiencia muestra que la reducción de la pobreza depende del éxito de los programas de desarrollo rural.<sup>14</sup> En las zonas rurales, los pobres tienen todavía un alto nivel de necesidades insatisfechas en cuanto a servicios de planificación de la familia, y también la consiguiente fecundidad

no deseada, en comparación con los residentes en zonas urbanas. Esa situación contribuye a las presiones de población sobre el medio ambiente local e impulsa la migración hacia ciudades superpobladas y sus alrededores.<sup>15</sup>

En el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD se alentó a los países a velar por que la asistencia de los donantes internacionales se invierta de modo de maximizar los beneficios para los pobres y otros grupos de población vulnerables.<sup>16</sup>

**MIGRANTES URBANOS** Si bien en general las ciudades cuentan con servicios sociales mejores que las zonas rurales, a menudo se descuidan los tugurios urbanos y las poblaciones marginales. Lo propio ocurre con las ciudades de tamaño intermedio, que están creciendo de manera relativamente rápida.<sup>17</sup> Estas últimas proporcionan mercados y servicios y vinculan el campo con las aglomeraciones de mayor magnitud; no obstante, reciben un apoyo relativamente escaso de los gobiernos centrales y carecen de facultades para recaudar fondos mediante impuestos y tarifas. Se está prestando cada vez mayor atención a descubrir dónde están concentrados los pobres, a fin de orientar hacia ellos los servicios, los subsidios y otros recursos.

**REFUGIADOS Y PERSONAS DESPLAZADAS** Las personas arrancadas de sus hogares por desastres naturales, disturbios políticos, turbulencias sociales y guerras pasan a engrosar las filas de los más pobres entre los pobres. Suelen vivir en campamentos provisionales, donde los servicios sociales son mínimos y la asistencia internacional proporciona la poca ayuda disponible para satisfacer las necesidades inmediatas y planificar el reasentamiento.

Las tres cuartas partes de las poblaciones de refugiados y personas desplazadas están constituidas por mujeres y niños. Un 25% son mujeres en edad de procrear y probablemente, una de cada cinco esté embarazada. Tal vez hayan padecido violación o agresión, en sus hogares o cuando huían. En los campamentos de refugiados, la violencia y la explotación sexuales son demasiado frecuentes. Para esas mujeres, que ya están sufriendo, el parto es aún más riesgoso que lo que habría sido en su hogar, a menos que se les ofrezcan algunos servicios básicos. Tal vez necesiten consejería y apoyo psicosocial.

Los servicios de salud reproductiva para las poblaciones en crisis han de proporcionarse junto con los alimentos, el albergue, el agua y la seguridad física. Dichos servicios salvan vidas de muje-

res y son imprescindibles para conservar la salud y la dignidad en situaciones extremas.

El UNFPA proporciona apoyo en emergencias, centrándose en:

- la maternidad sin riesgo, mediante atención del parto en condiciones asépticas, planificación de la familia y atención obstétrica de emergencia;
- los servicios de planificación de la familia e información al respecto;
- la prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual;
- la prevención del VIH/SIDA, incluida la información sobre precauciones universales;
- la salud de los adolescentes;
- la prevención y tratamiento de la violencia sexual y la violencia por motivos de género.<sup>18</sup>

**LOS ADOLESCENTES** Actualmente hay en los países en desarrollo más de 1.000 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad: el mayor grupo de esas edades registrado en la historia. Se prevé que este grupo aumentará, al menos hasta mediados de este siglo, y que hacia 2050 se habrán agregado a él otros 174 millones. Esos jóvenes son los trabajadores productivos y los progenitores del futuro; pero necesitan información y destrezas para proteger sus vidas y su salud y plasmar su potencial.

En las reuniones internacionales, los jóvenes repetidamente exhortan a que se los respete, se los aliente y se los proteja hasta que lleguen a la adultez. Los jóvenes han expresado sus necesidades dondequiera y cuandoquiera que se les haya dado una oportunidad, en reuniones regionales de adolescentes<sup>19</sup> y en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia, celebrado en mayo de 2002 en Nueva York.

El acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva y a la información al respecto ha sido restringido – incluso para jóvenes casados – y el tema ha sido extremadamente delicado. Pero es posible responder a las necesidades de los jóvenes con la participación apropiada y de acuerdo a las edades, de padres, madres, familias, amigos, líderes culturales, comunidades y otros jóvenes. Aparte de la enseñanza escolar, los jóvenes necesitan educación que refleje la complejidad de sus vidas, inclusive capacitación para ganarse la vida, nociones empresariales, aptitudes de negociación, equidad de

26

#### **MICROCRÉDITO, SEGURO SOCIAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

Varios programas de microfinanciación han incluido desde sus comienzos actividades de planificación de la familia, nutrición infantil y salud, y otras conexas. En Bangladesh, el Banco Grameen, el BRAC y otras ONG alientan a sus miembros a hablar de la planificación de la familia y utilizarla. *Pro Mujer* en Bolivia y planes en otros países de América Latina hacen lo propio.

Los planes de seguro grupales a menudo tratan de proporcionar a sus participantes protección social, como la ofrecida por un seguro de salud subsidiado con las utilidades producidas por préstamos. Los

grupos deciden qué servicios necesitan, en función de las prioridades de los participantes y de los términos que pueden negociar.

En 2001, en los países de idioma francés del África Occidental había 360 planes de seguro y crédito, en beneficio de 1,25 millón de personas, cantidad siete veces superior a la existente en sus inicios, en 1988. La mayor cobertura ha mejorado la posibilidad de negociación de los beneficiarios.

Un grupo de seguros contrató un servicio para enseñar a las madres del grupo la manera de estimular la capacidad cognoscitiva de sus hijos. Una cliente, impresionada por la intensidad y la duración de los

ejercicios sugeridos, llegó a la conclusión de que: "Si es necesario hacer todo este trabajo por nuestros hijos, no podemos tener más que dos". Posteriormente, el grupo agregó a los servicios ofrecidos los de planificación de la familia.

Los investigadores atribuyen la mayor utilización por los miembros de métodos modernos de planificación de la familia a una mejor información y al apoyo que se proporcionan las mujeres. El aumento del poder de la mujer para adoptar decisiones dentro de la familia y los cambios en la condición femenina llevan más tiempo en aparecer.

género, salud y nutrición: todos ellos, aspectos de la preparación para la adultez.

**MICROCRÉDITO** La pobreza profunda afecta todas las esferas de la vida. Muchas necesidades están imbricadas: la salud atañe a la vivienda, a la nutrición, al agua no contaminada y al saneamiento, así como a los servicios de salud. Los enfoques integrados facultan a las personas para encontrar su propio camino que los libere de la pobreza.

Los planes de microcrédito figuran entre los medios más eficaces de ampliar los medios de acción de los pobres, en particular de las mujeres pobres, para su adelanto económico y social. Los importes de los préstamos suelen ser pequeños, por lo general menos de 100 dólares. Los planes dirigidos a grupos alientan a los miembros a colaborar y apoyarse recíprocamente y han ganado popularidad ante los donantes, debido en parte a que el historial de la devolución de la deuda es muy bueno. Los planes de microcrédito con frecuencia abarcan otros servicios, como los de alfabetización y planificación de la familia.

En 1997, la Cumbre sobre el Microcrédito aprobó la meta de otorgar crédito para el trabajo por cuenta propia y otros servicios empresariales a los 100 millones de familias más pobres, en particular a las mujeres. Se prestaría especial atención a llegar a los más pobres habitantes de cada país. En 2000, los planes de microcrédito beneficiaron a casi 31 millones de clientes, más de 19 millones en los hogares más pobres y más de 14 millones de las mujeres más pobres.<sup>20</sup>

La Campaña Internacional sobre el Microcrédito ha preparado “juegos de instrumentos” para medir el grado de pobreza de los hogares y detectar los hogares más pobres. Dichos instrumentos constan de una categorización participatoria de la cuantía de los bienes, que utiliza informantes de la comunidad para ubicar a los hogares pobres, además del índice por hogares CASHPOR, que abarca un conjunto de características comunes de los hogares. Van en aumento la capacitación y la difusión de esos planes, en particular en África y Asia.

La microfinanciación ha mostrado a las mujeres cómo ganar dinero, pero aún subsiste la cuestión de quién controla los recursos que las mujeres llevan al hogar. No está garantizada la alianza masculina y algunos hombres se sienten amenazados cuando sus esposas adquieren capacidad para ganar dinero.

27

#### **LIMITACIONES DE LA MEDICIÓN DE LOS AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD**

Sucede con frecuencia que los sistemas nacionales de salud y los comités descentralizados de salud basan sus decisiones acerca de qué ofrecer en los paquetes de servicios básicos esenciales, en los resultados de mediciones que no reflejan cabalmente los efectos de los servicios de salud reproductiva. La medición, ampliamente utilizada, de años de vida ajustados por discapacidad (DALY), por ejemplo, estima los efectos de una enfermedad o trastorno en función del menoscabo a la calidad de la vida de un individuo. No obstante, en varios aspectos técnicos de esta medición se subestima la importancia de la salud reproductiva:

- El enfoque, centrado en la enfermedad, no toma en cuenta condiciones que afectan la calidad de la vida y la salud pero no son enfermedades, por ejemplo, el embarazo no deseado;
- En la medición se refleja la pérdida de vidas de madres a causa de abortos realizados en malas condiciones, pero están ausentes las implicaciones en materia de salud pública de prevenir el embarazo no deseado y el aborto, mediante métodos seguros y eficaces de planificación de la familia;
- Se asigna un factor de ponderación menor a la pérdida de salud en personas mayores de 25 años que en quienes tienen menos edad, con lo cual se desestiman los efectos sobre la salud en gran parte de la etapa de procreación (15 a 49 años de edad);
- No se incluyen los efectos de que enferme una persona sobre los demás miembros de la familia (por ejemplo, los efectos de que enferme una madre sobre sus hijos);
- Los expertos que determinaron la gravedad de diversos trastornos y los factores de ponderación asignados a ellos procedían mayormente de países desarrollados - donde es menos común la morbilidad reproductiva - y había entre ellos pocas mujeres.

**MEJOR MONITOREO Y MEJORES SISTEMAS DE DATOS** Los países más pobres necesitan mejorar los sistemas de datos para poder monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El UNFPA está colaborando con los organismos hermanos de las

28

#### **DECLARACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE SALUD**

En mayo de 2002, después del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia, la Unión Europea, por intermedio de su Consejo de Desarrollo, reafirmó su compromiso en pro de reafirmar el consenso internacional sobre las prioridades en la asistencia a la salud, destacando la importancia del acceso universal a los servicios de salud reproductiva y los derechos reproductivos.

“La UE reconfirma su firme compromiso de contribuir a velar por que hacia 2015, se reduzcan en dos tercios en los países en

desarrollo las tasas de mortalidad de niños menores de un año y menores de cinco años; se reduzca en tres cuartos la tasa de mortalidad derivada de la maternidad; se proporcione acceso universal a la atención y los servicios de salud reproductiva a todas las personas de edad apropiada, de conformidad con los compromisos y los resultados de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y otras conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas; y se frene y comience a contrarrestarse la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”.

La Unión Europea agregó que en los próximos cinco años, aumentará el volumen de la asistencia para el desarrollo focalizada en mejores resultados de salud e invitará a los países receptores y a la comunidad internacional a sumarse a la UE para subsanar el déficit financiero y conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La UE destacó que al apoyar los programas de salud, se prestará particular atención a las enfermedades contagiosas, la salud materna, la salud reproductiva y sexual y los derechos reproductivos y sexuales.

Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales, los donantes bilaterales y las fundaciones para fortalecer la capacidad nacional de monitoreo.

El UNFPA ha acumulado varios años de experiencia en el apoyo a la recopilación de datos de población. Ha avanzado desde el apoyo amplio a los primeros censos nacionales hasta la prestación de asistencia técnica especializada. En muchos países en desarrollo de bajos ingresos, el UNFPA actúa como coordinador del apoyo del sistema de las Naciones Unidas en este tema. En 2000, Camboya otorgó al representante del UNFPA uno de los altos honores conferidos por el país en mérito a su asistencia al primer censo del país después de decenios de inestabilidad política.

El UNFPA ayuda a los países a recopilar información para proporcionar respuestas de políticas a las cuestiones que van surgiendo, por ejemplo, el efecto de la crisis económica de 1998 sobre la salud reproductiva en el Asia Sudoriental y la calidad de la vida de los ancianos en la India y Sudáfrica.

El UNFPA ha prestado asistencia a la realización de censos y encuestas en campamentos de refugiados y otros ámbitos posteriores a conflictos. Se ha sumado al apoyo de todo el sistema de las Naciones Unidas a los censos y organizaciones de estadística en muchas situaciones de emergencia. Ha alentado la investigación cualitativa,<sup>21</sup> por ejemplo, estudios sobre salud reproductiva, violencia de género y cuestiones conexas entre las personas internamente desplazadas en Angola. El apoyo del UNFPA contribuyó a determinar la magnitud de los casos de violación y ataques físicos contra las mujeres en la ex Yugoslavia durante las guerras del decenio de 1990, y a darles publicidad, de modo que las mujeres pudieran recibir ayuda. En Timor Oriental, el Fondo está prestando asistencia a la recopilación de datos y la formulación de políticas basadas en esos datos.

Las encuestas demográficas y de salud financiadas por el UNFPA y otros donantes son importantes para monitorear la mortalidad, la fecundidad, la salud, la pobreza y el acceso a los servicios, y determinar dónde es necesario introducir mejoras.<sup>22</sup> Dichas encuestas han proporcionado métodos prácticos para estimar la posición económica y contribuir a la investigación sobre políticas relativas a la pobreza.<sup>23</sup>

**DETERMINACIÓN DE LA NECESIDADES DE DATOS** A medida que los funcionarios de programas, los investigadores, los encargados de formular políticas, las ONG y otros usuarios vayan clarificando sus necesidades de datos, el UNFPA promoverá enfoques integrados de diagnóstico. Por ejemplo, el Fondo puede sugerir que se incluyan mediciones demográficas y de comportamientos en las encuestas económicas y de otra índole, que se mejoren los indicadores y los sistemas de recopilación de datos sensibles a las cuestiones de género y que se combinen las diferentes mediciones en bases de datos para su utilización por los encargados de formular políticas.

En los procesos de descentralización, las municipalidades o los distritos están adoptando decisiones acerca de las prioridades en los planes de desarrollo y la prestación de servicios locales de salud. Esos órganos locales necesitan acceso a datos locales y capacitación en su utilización para que al formular políticas y programas puedan adoptar decisiones basadas en los hechos. El UNFPA proporciona apoyo para ampliar los medios de acción de los funcionarios ejecutivos locales y proporcionarles información oportuna y fidedigna sobre la cual basar sus decisiones acerca de las prioridades en cuestiones de salud reproductiva y ampliación de los medios de acción de la mujer.

Dichos funcionarios utilizarán los datos mejorados, junto con las aportaciones directas de las poblaciones afectadas, para focalizar las acciones, adoptar decisiones en los aspectos financieros y formular estrategias que respondan a las necesidades.

Los datos censales posibilitan la confección de “mapas de la pobreza” en los cuales se indican los barrios pobres. Esto ayuda a ubicar los lugares de prestación de servicios y los sistemas de difusión, para obtener la cobertura más amplia posible.<sup>24</sup>

Además de mejorar los datos sobre tendencias demográficas y calidad de la vida, los países necesitan mejores datos sobre los beneficios y los costos de los programas, sobre la proveniencia de los recursos que reciben y sobre la manera en que éstos pueden utilizarse más eficazmente.

## Recursos destinados a la población y la salud reproductiva

Desde 1969, el UNFPA ha sido la mayor fuente multilateral de asistencia en materia de población, pues ha aportado aproximadamente 6.000 millones de dólares a programas de población.

**METAS DE LA CIPD EN MATERIA DE RECURSOS** En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los países se comprometieron a alcanzar hacia 2015 el objetivo del acceso universal a la salud reproductiva.<sup>25</sup> En el examen al cabo de cinco años después de la CIPD y en posteriores conferencias internacionales y regionales se reafirmó este objetivo.<sup>26</sup>

Dicho objetivo sigue siendo prioritario para la comunidad internacional. Figura en las normas de monitoreo de los organismos de asistencia bilateral (incluidos los organismos de desarrollo de los Estados Unidos y el Reino Unido), el Banco Mundial y las acciones en evolución de los países en desarrollo.

Como parte del consenso de la CIPD, la comunidad internacional aceptó las estimaciones realizadas por expertos acerca del costo de un conjunto de servicios para alcanzar el objetivo del acceso universal a la salud reproductiva. El conjunto de servicios abarcaba: planificación de la familia; parto sin riesgo; prevención de las enfermedades de transmisión sexual; otros servicios de salud reproductiva; y recopilación y análisis de datos de población. Esos cálculos fueron confirmados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1999, en el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD.

Ese compromiso se orientó a velar por que cada embarazo sea un embarazo deseado y cada niño, un niño deseado, nacido con atención de personal capacitado de modo que tanto la madre como el niño gocen de buena salud y estén libres de enfermedades de transmisión sexual.

Las necesidades estimadas ascendieron a 17.000 millones de dólares anuales para el año 2000. Según las proyecciones, aumentarían hasta 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015. Se exhortó a la comunidad internacional a aportar un tercio de esos importes.

Los servicios que abarca ese conjunto pueden prestarse por conducto de los sistemas de atención primaria de la salud. Se necesitarán recursos adicionales para el desarrollo de la infraestructura básica de salud, la atención terciaria, la atención obstétrica de emergencia, las acciones especializadas para la prevención del VIH/SIDA<sup>27</sup> y el tratamiento y la atención de quienes viven con el VIH/SIDA.

**RECURSOS ADICIONALES NECESARIOS** Se necesitan recursos adicionales para alcanzar otros objetivos de desarrollo relativos a la población indicados en el Programa de Acción, entre ellos:

- educación básica universal;
- empoderamiento de la mujer;
- preservación del medio ambiente;
- generación de empleo;
- erradicación de la pobreza.

Cuando se calculen más detalladamente los costos que entrañan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se detallarán más algunos de esos requerimientos adicionales.

Los pronósticos realizados en 1994 no previeron algunas necesidades de salud reproductiva que requieren recursos adicionales, entre ellas las acciones más amplias y más urgentes de prevención del contagio con el VIH/SIDA; y la ampliación de la información, la atención y los servicios para personas en situaciones de emergencia.

**PROGRESO EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS RECURSOS** Los países donantes están aportando menos de un cuarto de los gastos actuales necesarios para alcanzar el objetivo del acceso universal a la salud reproductiva hacia 2015. Dichos donantes asumieron el compromiso de aportar un tercio de un total mucho mayor.

En la CIPD, los países convinieron en que un tercio del importe anual necesario en 2000 (de 17.000 millones de dólares) con destino a programas básicos de salud reproductiva y población, es decir, 5.700 millones de dólares, iba a ser aportado por la comunidad internacional; dos tercios, es decir, 11.400 millones de dólares, iban a ser aportados por los países en desarrollo y otros países necesitados de asistencia.

En el año 2000, el gasto total fue de 10.900 millones de dólares. La asistencia ascendió a 2.600 millones de dólares, es decir, menos de un cuarto (24%) del total de gastos y menos de la mitad (46%) del compromiso asumido. Los países en desarrollo aportaron 8.300 millones de dólares (76% del total de gastos y un 73% del compromiso asumido). Gran parte de estos gastos corresponden a unos pocos países de gran magnitud. África es la región con mayor proporción (70%) de recursos procedentes de fuentes internacionales.

**NECESIDAD DE UN ENFOQUE MÁS AMPLIO** La Cumbre del Milenio adoptó un enfoque de la salud basado en la enfermedad. Cuestiones como el embarazo no deseado y la planificación de la familia, que no son enfermedades, no figuran prominentemente en las decisiones de la Cumbre ni tampoco en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud<sup>28</sup> no calculó plenamente los costos de la planificación de la familia, elemento fundamental de la salud reproductiva, al estimar las necesidades de acciones esenciales de salud; sólo incluyó el costo de los artículos de planificación de la familia durante un año después del nacimiento de un niño, aun cuando los estándares de la OMS sugieren que el espaciamiento de los alumbramientos entre 24 y 30 meses reporta considerables beneficios de salud, tanto para los niños como para las madres.

En consecuencia, se necesitan recursos para asegurar un suministro suficiente de anticonceptivos temporales, como los condones. Las estimaciones para las regiones menos adelantadas efectuadas por la División de Población de las Naciones Unidas<sup>29</sup> indican que más de 100 millones de parejas – más del 20% de todos los usuarios – utilizan métodos temporales. Los usuarios de dispositivos intra-

29

**PRODUCTOS ESENCIALES DE SALUD REPRODUCTIVA** El UNFPA está coordinando una iniciativa para velar por el

suministro fiable de productos esenciales de salud reproductiva. Este programa se ha diseñado para proporcionar a los países en desarrollo productos de alta calidad al precio negociado más bajo posible.

La demanda de anticonceptivos modernos aumentará en los próximos 15 años en más del 40%, como resultado de las necesidades insatisfechas, el aumento del número de usuarios y el crecimiento de las poblaciones en edad de procrear.

Sólo un 53% de los alumbramientos cuentan con la asistencia de personal capacitado y hay muy bajo acceso a la atención obstétrica de emergencia, particularmente entre las mujeres pobres y las campesinas. Para salvar las vidas de esas mujeres es necesario aumentar sustancialmente la provisión de equipo y medicamentos esenciales para el parto sin riesgo.

El UNFPA estima que las necesidades de anticonceptivos para la planificación de la familia y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA requieren un apoyo total de donantes que en 2015 ascendería a 739 millones de dólares, es decir, un aumento de 405 millones con respecto al año 2000. Esas necesidades son sólo una fracción del total de necesidades de los programas (los costos de los productos son sólo un quinto de los costos totales de los servicios).

uterinos (DIU), un 27% adicional, también necesitan reponer los suministros, pero a intervalos mayores.

Las excelentes bases proporcionadas por la Comisión pueden ampliarse más a medida que continúe el proceso de seguimiento, reconociendo las necesidades adicionales y la importancia del acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>30</sup>

**NUEVAS INVERSIONES EN PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA** En lo concerniente a la planificación de la familia, las inversiones programáticas necesarias – todas ellas como parte del fortalecimiento de la infraestructura de salud – incluyen las siguientes:

- productos y sistemas logísticos;
- gestión y control de la calidad;
- consejería y seguimiento (inclusive ajustes en el método elegido, de ser necesario);
- investigación sociocultural para abordar las barreras que se oponen a una utilización eficaz o correcta y facilitar la introducción de nuevos métodos o de nuevas opciones en cuanto a la prestación de los servicios;
- introducción de sistemas de participación en la financiación de los gastos y equidad;
- concertación de alianzas apropiadas entre los sectores público y privado;
- investigación operacional y desarrollo de anticonceptivos.

Se necesitan investigaciones sobre métodos eficaces, de fácil uso y culturalmente aceptables para la planificación de la familia, en especial los que la propia mujer pueda controlar. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, requiere inversiones adicionales en anticonceptivos que también tengan efectos microbicidas.

Esto debería formar parte de la respuesta a la exhortación de la Comisión para que “aumente sustancialmente la financiación de la investigación y desarrollo mundial acerca de la pesada carga de enfermedad que pesa sobre los pobres...”.<sup>31</sup> El desarrollo de anticonceptivos, el suministro, la logística y la gestión también deberían incluirse en las estimaciones del capital y las inversiones recurrentes necesarias.

30

### DIÁLOGO DE POLÍTICAS SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN NICARAGUA

En 2001, el ingreso per cápita en Nicaragua fue de 486 dólares, el segundo entre los más bajos de América Latina. Su deuda externa equivale al doble de su PNB anual. La pobreza generalizada, exacerbada por el rápido crecimiento de la población, la falta de equidad de género y las amplias disparidades en el ingreso y la educación, obstaculizan la consolidación de la democracia y el desarrollo económico sostenido.

En los grupos de más altos ingresos, las mujeres educadas tienen en promedio dos hijos; las mujeres pobres y analfabetas tienen entre seis y ocho. La fecundidad en la adolescencia es la más alta de la región: casi la mitad de todas las niñas nicaragüenses ya están embarazadas antes de cumplir 19 años. La fecundidad es particularmente alta entre las niñas que son pobres y no asisten a la escuela.

Dado que reconoce que el rápido crecimiento de la población menoscaba su capacidad para proporcionar educación de calidad y servicios sociales básicos, el Gobierno ha exhortado a prestar rápida y urgente atención a las cuestiones de población, involucrando a la sociedad civil y los donantes.

La Estrategia de Crecimiento Económico Fortalecido y Reducción de la Pobreza en Nicaragua aborda los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la reducción de la pobreza, la educación primaria, el abastecimiento de agua y saneamiento, el analfabetismo, la malnutrición, la mortalidad derivada de la maternidad y la mortalidad en la niñez.

Como resultado de la promoción efectuada por el UNFPA, la estrategia exhorta a proporcionar servicios de salud reproductiva e información al respecto en beneficio de los adolescentes, dentro y fuera de la escuela, y señala a la atención la violencia contra la mujer; pero no menciona el VIH/SIDA.

La oficina del UNFPA en Nicaragua ofreció asistencia técnica en la elaboración de instrumentos para aplicar la estrategia, inclusive el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2002, del Ministerio de Salud, y el Plan de Acción sobre Población.

La estrategia analiza algunos vínculos entre población y desarrollo, pero no aborda todavía otras cuestiones fundamentales, como las corrientes migratorias, la distribución de la población, el rápido crecimiento urbano y el uso sostenible del espacio, ni sus vínculos con el medio ambiente y la pobreza.

No obstante, la nueva visión gubernamental del desarrollo propone la generación de riqueza con los pobres y para los pobres; al hacerlo, se parte de la convicción de que los factores de población son pertinentes a las acciones de desarrollo sostenible.

## Inversiones en servicios de salud y lucha contra la pobreza

La prestación de servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, ofrece beneficios claros y directos para empoderar a la mujer, mejorar su vida y reducir la pobreza:

- Los mejores servicios prenatales y de atención del parto ayudan a las madres a tener embarazos sin riesgo y a los niños a sobrevivir los peligrosos primeros años de vida;
- La reducción de las enfermedades de transmisión sexual mejora las tasas de supervivencia de adultos y ahorra sufrimientos a hombres y mujeres;
- La menor cantidad de embarazos no deseados mejora la salud de la mujer;
- Los alumbramientos más espaciados y el menor número total de embarazos mejoran la supervivencia infantil; para las mujeres redundan en más tiempo disponible para cada hijo y mayores oportunidades de empleo y otras opciones.

Al tener menor cantidad de niños dependientes, en comparación con la población en edad activa, se ayuda a las familias a escapar de la pobreza y se abre una oportunidad demográfica para que los países logren un crecimiento económico más acelerado.

La continuación del progreso depende de que continúen las inversiones, tanto nacionales como internacionales.<sup>32</sup>

Las investigaciones sociales y económicas efectuadas durante varios decenios muestran que los programas de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, figuran entre los programas de salud y desarrollo social dotados de mayor eficacia en función de sus costos. En su importante publicación de 1993 *World Development Report: Investing in Health*,<sup>33</sup> el Banco Mundial incluyó entre el conjunto de acciones de salud de máxima prioridad la planificación de la familia y otros programas de salud reproductiva.

No hay metodologías acordadas para estimar las proporciones de costos y beneficios – los unos y los otros son difíciles de calcular con certeza – pero los beneficios son patentes. En este informe se ha reseñado la profundidad y la diversidad de los adelantos que cabe esperar. Si se consideran solamente los beneficios en el sector de salud, solamente las economías por enfermedades que se han evitado son apreciablemente superiores al costo de los servicios.<sup>34</sup>

Las metodologías rigurosas para la estimación de efectos más distantes también pueden demostrar que las inversiones en salud reproductiva producen importantes utilidades. Los beneficios medioambientales de evitar los alumbramientos no deseados – debidos a un menor consumo de recursos y menores emisiones de gases de efecto invernadero, por ejemplo – son muy superiores a los costos.<sup>35</sup>

**COMPARACIÓN DE ENFOQUES** Entre las acciones concernientes a la salud reproductiva, puede compararse la eficacia en función de los costos de diferentes enfoques para resolver el mismo problema.

Por ejemplo, en la prevención del VIH/SIDA, el enfoque que aplica el UNFPA en su labor contra la pandemia tiene una eficacia en función de los costos 28 veces superior a la terapia de alta eficacia contra los retrovirus (HAART).<sup>36</sup> Naturalmente, en un enfoque integral del VIH/SIDA se reconocen los efectos sinérgicos entre la prevención y el tratamiento; por ejemplo, en la terapia de alta eficacia contra los retrovirus se reduce la cantidad de virus, con lo cual disminuyen las posibilidades de transmisión. También será necesario un equilibrio entre las acciones que abordan los efectos sobre la salud y las que afectan los contextos sociales e institucionales.

les que colocan a las personas en situación de riesgo.<sup>37</sup> Los países necesitan estrategias e instituciones nacionales dotadas de particulares ventajas comparativas y aspectos estratégicos fuertes.

**INTERACCIÓN DE BENEFICIOS Y COSTOS** Desde hace mucho tiempo se ha reconocido, especialmente en el Programa de Acción de la CIPD, que la prestación de servicios integrados tiene buena eficacia en función de los costos y mayores probabilidades de asegurar un enfoque de la salud centrado en el cliente. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud reconoció este consenso profesional al promover el sistema de servicios “cerca del cliente”.<sup>38</sup>

Es difícil determinar los costos mundiales de la violencia y los malos tratos por razones de género; incluyen los costos directos, por ejemplo, de tratar los efectos de la violencia sobre la salud; las enfermedades; el ausentismo en el trabajo; la aplicación de las leyes y la protección; los albergues; la disolución del vínculo conyugal; la asignación de prestaciones para alimentos a los niños y todas las demás consecuencias de adaptarse a los malos tratos o escapar de ellos. También se incluyen los costos indirectos de impedir que las mujeres trabajen o contribuyan de otras maneras, de la falta de asistencia a la escuela, inclusive de impedir que las niñas asistan para evitar su contacto con los niños varones. En las comunidades pobres, los costos se estiman en gran medida en función de esas oportunidades de desarrollo perdidas.

En otros aspectos, los costos directos son igualmente importantes y a veces sustanciales. El Banco Mundial estima que en los países industrializados, los ataques y la violencia sexuales privan de uno de cada cinco años de vida saludable a las mujeres de entre 15 y 44 años de edad.

Las inversiones en educación producen utilidades sustanciales. La educación femenina, además de empoderar a la mujer y ampliar sus opciones en la vida, tiene una eficacia en función de los costos particularmente buena debido a que los beneficios se transmiten a sus hijos.<sup>39</sup> Sin embargo, los efectos de las inversiones pueden disiparse si la falta de opciones acerca del número y el espaciamiento de sus hijos y el momento de tenerlos, además de los rígidos papeles de género, reducen la participación social y económica de la mujer.

La salud reproductiva agrega otra dimensión a las mejoras en el “capital humano”. Las reducciones en la mortalidad derivada de la maternidad y en la mortalidad de menores de un año y de niños en general son fines de desarrollo por derecho propio y tienen efectos agregativos hacia el futuro en la producción económica, la fecundidad, el apoyo oficioso a los ancianos y otras ventajas.

La interacción entre un más alto nivel de educación, una menor fecundidad, una participación económica y social de la mujer y unas mayores inversiones en la salud y la educación de los niños justifica ampliamente las inversiones tanto en educación como en salud reproductiva, aplicando enfoques integrales de desarrollo.

Los objetivos internacionales en cuanto a la reducción de la pobreza y la mejora de la calidad de la vida ofrecen un ennobecedor panorama futuro. Para alcanzar esos objetivos y protegerlos, será necesario centrarse en los objetivos mismos y, al mismo tiempo, tener sensibilidad frente al contexto. El acceso universal a los servicios de salud reproductiva, la educación universal y el empoderamiento de la mujer son metas por derecho propio, pero también son condiciones para eliminar la pobreza.

## CAPÍTULO 1

- 1 Wolfensohn, J. D., Presidente del Banco Mundial. 2 de abril de 2002, Declaración ante el Comité Monetario y Financiero Internacional. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.
- 2 Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 3 Las expresiones aprobadas por consenso en la CIPD fueron adoptadas y fortalecidas en algunos aspectos por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en 1995. (Véase: Naciones Unidas. 1996. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, China: 4 a 15 de septiembre de 1995*. Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas. Dichas expresiones han pasado a formar parte del lenguaje estandarizado de los acuerdos internacionales sobre cuestiones sociales.
- 4 Eastwood, R. y M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Capítulo 9 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley y S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press; y Eastwood, R. y M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): págs. 1 a 30.
- 5 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: OMS.
- 6 OMS. 1946. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, Nueva York, 19 de junio a 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por representantes de los 61 Estados.
- 7 Esta conclusión también ha sido reafirmada en todos los procesos de seguimiento de las conferencias y en los planes de acción regionales y nacionales. Se menciona regularmente en los estudios técnicos y las propuestas para la acción (por ejemplo, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS, 2001). En la mayoría de los documentos internacionales sobre el desarrollo, incluso los relativos al clima y al medio ambiente (véase, por ejemplo, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. 2002. *Global Environment Outlook: 3: Past, Present and Future Perspectives [GEO-3]*. Londres. Earthscan y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente), se menciona ritualmente - aunque raramente se analiza - la importancia de las tendencias demográficas.
- 8 UNFPA. 2000. *Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos en mundos separados: Los hombres y las mujeres en tiempos de cambio*, pág. 25. Nueva York: UNFPA.
- 9 Bhuiya, A. y otros. 2000. "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival." Capítulo 16 en: *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action*, editado por T. Evans y otros. 2000. Londres: Oxford University Press.
- 10 Este análisis se ha tomado de: Klasen, S. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Proyecto de ponencia encomendada por Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) para el Equipo de Trabajo "Crecimiento y Equidad" de la Alianza Estratégica con África (SPA). Munich: Universidad de Munich.
- 11 OMS y Banco Mundial. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. The Voices of the Poor Study. Ginebra: OMS.
- 12 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS 2001.
- 13 AbouZahr, C. y J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): págs. 655 y 666.
- 14 En estos análisis, las poblaciones se dividen en función de la riqueza en sucesivos quintiles (grupos que abarcan un 20% del total de la población). Los niveles de riqueza se han tomado de análisis por países sobre la propiedad de diversos bienes de consumo duraderos y las fuentes o tipos de agua, energía y materiales de construcción.
- 15 UNFPA. 1999. *El Estado de la Población Mundial 1999: 6.000 millones: Es hora de optar*, págs. 41 y 42. Nueva York: UNFPA.
- 16 Epstein, H. 9 de mayo de 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*.
- 17 Loewenson, R. y A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Documento de Políticas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- 18 Lloyd, C., C. E. Kaufman y P. Hewett. 2000. "The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility Change." *Population and Development Review* 26(3): págs. 483 a 515. Nueva York: The Population Council.
- 19 UNFPA. 1997. *Estado de la Población Mundial 1997: El Derecho a optar: derechos reproductivos y salud reproductiva*, pág. 50. Nueva York: UNFPA.
- 20 Knodel, J., H. Napaporn y S. Werasit. 1990. "Family Size and Education in the Context of Rapid Fertility Decline." *Population and Development Review* 16(1): págs. 31 a 62. Citado en: "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy," por T. W. Merrick. 2002. *International Family Planning Perspectives* 28(1): págs. 41 a 46.
- 21 Montgomery, M. y C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Capítulo 8 en: *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, editado por C. H. Bledsoe y otros 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 22 Esto condujo a la incorporación de un año de anticoncepción de posparto en el cálculo de costos de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Sin embargo, las directrices y recomendaciones de la OMS establecen intervalos entre alumbramientos de entre 24 y 30 meses, en beneficio de la salud y la supervivencia del niño.
- 23 En consecuencia, las prácticas que rigen el otorgamiento de créditos tienden a favorecer a los solicitantes de más altos ingresos; con frecuencia, clientes más prósperos, que no están limitados por las distancias que pueden recorrerse a pie, ubicar bancos, cooperativas de crédito e incluso servicios de difusión agrícola, a los cuales tienen fácil acceso.

## CAPÍTULO 2

- 1 Wade, R. H. 2001. "The Rising Inequality of World Income Distribution." *Finance and Development* 38(4).
- 2 Ibd.
- 3 Ibd.
- 4 Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- 5 (Con ajustes por paridades de poder adquisitivo.) PNUD. 2001. *Informe sobre Desarrollo Humano 2001: Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano*. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.
- 6 Strauss, J. A. y D. Thomas. 1995. "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions." Capítulo 34 en: *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, editado por T. N. Srinivasan y J. Behrman. 1995. Amsterdam: North Holland.
- 7 Gallup, J. L. y J. D. Sachs. 2000. "The Economic Burden of Malaria." CID Working Paper. No. 52. Cambridge, Massachusetts: Center for International Development, Harvard University.
- 8 Jamison, D. T., L. J. Lau y J. Wang. 1998. "Health's Contribution to Economic Growth, 1965-90." Págs. 1 a 80 en: *Health, Health Policy, and Economic Outcomes*. Health and Development Satellite. Final Report. Ginebra: Equipo de Transición del Director General, OMS.
- 9 PNUD. 2000. *Informe sobre Desarrollo Humano 2000: Derechos humanos y desarrollo humano*. Madrid. Ediciones Mundi-Prensa.
- 10 Banco Mundial. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. World Bank Policy Research Report. Nueva York: Oxford University Press.
- 11 Williamson, J. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." Capítulo 5 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley y S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 12 Birdsall, N. 2001. "New Findings in Economics and Demography: Implications for Policies to Reduce Poverty." Capítulo 14 en: Birdsall, Kelley y Sinding 2001.
- 13 Merrick, T. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews," Capítulo 8 en: Birdsall, Kelley y Sinding 2001.
- 14 Paes de Barros, R. y otros. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Capítulo 11 en: Birdsall, Kelley y Sinding 2001.
- 15 Ravallion, M. 1994. *Poverty Comparisons*. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers; Foster, J., J. Greer y E. Thorbecke. 1984. "A Class of Decomposable Poverty Measures." *Econometrica* 52(3): págs. 761 a 766; Moser, C., M. Gatehouse y H. Garcia. 1996. *Urban Poverty Research Sourcebook: Module 1: Sub-City Level Household Survey*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat)/Programa de Gestión Urbana del Banco Mundial, UMP Working Paper Series. No. 5. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Streeten, P. 1994. "Poverty Concept and Measurement." Págs. 15 a 30 en: *Poverty Monitoring: An International Concern*, editado por R. van der Hoeven y R. Anker. 1994. Nueva York: St. Martin's Press.
- 16 Bilsborrow, R. 1994. "Towards a Rapid Assessment of Poverty." Págs 150 a 158 en: van der Hoeven y Anker 1994.
- 17 Hatch, J. y L. Frederick. 1998. "Poverty Assessment by Microfinance Institutions: A Review of Current Practice." Micro-Enterprise Best Practices Project. Bethesda, Maryland: Development Alternatives, Inc.; Chung, K. y otros 1997. "Identifying the Food Insecure: The Application of Mixed-Method Approaches in India." Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias; Filmer, D. y L. Pritchett. 1998. *Estimating Wealth Effects Without Income or Expenditure Data: Or Tears: With an Application to Educational Enrollment in India*. Policy Research Working Paper. No. 1994. Washington, D.C.: Grupo de Investigaciones sobre Desarrollo Económico, Banco Mundial; y Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): págs. 85 a 120.
- 18 Grootaert, C. 1983. "The Conceptual Basis of Measures of Household Welfare and Their Implied Survey Data Requirements." *The Review of Income and Wealth*. Series 29 (1): págs 1 a 21; y Grootaert, C. 1988. *Measuring and Analyzing Levels of Living in Developing Countries: An Annotated Questionnaire*. Living Standards Measurement Study Working Paper. No. 24. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 19 Bilsborrow 1994; Boltvinik, J. 1994. "Poverty Measurement and Alternative Indicators of Development." Págs. 57 a 83 en: van der Hoeven y Anker 1994; y Hatch y Frederick 1998.
- 20 Véase también: Chung y otros 1997
- 21 Ibd.
- 22 Hatch y Frederick 1998.

24 Zeller, M. y otros 2001. "An Operational Tool for Evaluating Poverty Outreach of Development Policies and Projects." Food Consumption and Nutrition Division. Discussion Paper. No. 111. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.

25 PNUD 2000.

### CAPÍTULO 3

1 Paes de Barros, R. y otros 2001.

"Demographic Changes and Poverty in Brazil." Capítulo 11 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.

2 Hay efectos de compensación. Una población más numerosa contribuye a un conjunto más amplio de recursos creativos. La presión sobre los recursos naturales y la disminución de las oportunidades pueden alentar la innovación, por ejemplo, nuevas tecnologías para producir más alimentos o conservar el combustible. Pero se necesitan inversiones para aprovechar el "recurso humano". Esos argumentos fueron presentados por Julian Simon y otros. Véase, en especial: Simon, J. 1981. *The Ultimate Resource*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

3 El resumen a continuación es necesariamente incompleto. Pueden encontrarse análisis más amplios del desarrollo político y científico en gran cantidad de fuentes. Son particularmente valiosas: Bloom, D. E., D. Canning y J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Mónica, California: RAND Corporation; Seltzer, J. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Mónica, California: RAND Corporation; Cassen, R. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey y Oxford: Transaction Publishers; y Lasonde, L. 1996. *Coping with Population Challenges*. Londres: Earthscan Publications.

4 National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, D.C.: National Academy Press.

5 Los demógrafos utilizan esas edades en virtud de una convención. En la sociedad contemporánea, el comienzo del empleo y la jubilación ocurren más tarde en la vida, pero esa diferencia no afecta la fundamentación.

6 Los choques financieros externos y el fracaso de los sistemas reglamentarios produjeron la catástrofe económica de 1997-1998. Desde entonces, una rápida recuperación, aun cuando frenada por la persistencia de problemas externos, muestra el valor de los cambios demográficos y sociales tempranos. La crisis afectó con mayor gravedad a los pobres, quienes siguen soportando la peor parte.

7 Algunos países han llegado a tasas de fecundidad de tres hijos o menos (por ejemplo, Argelia, Turquía y Líbano; Irán y Kazajistán han llegado a niveles de reemplazo, aproximadamente 2,1) pero en la mayoría de los países, las tasas son más altas (en muchos,

son superiores a 4, entre ellos, en orden creciente, la Jamahiriya Árabe Libia, el Sudán, Jordania, Kuwait, Siria y los Emiratos Árabes Unidos; y en varios, la tasa es superior a 5, entre ellos y en orden creciente, la Arabia Saudita, el Territorio Palestino Ocupado, el Yemen y Omán).

8 Véase, por ejemplo: Pearson, A. 22 de mayo de 2002. "Let's Talk about the Facts of Life." *London Evening Standard*, donde se afirma que "los británicos están en vías de extinción" debido a las bajas tasas de fecundidad.

9 Puede encontrarse un análisis en: UNFPA. 1998. *Estado de la Población Mundial 1998: Las nuevas generaciones*, Capítulo 3. Nueva York: UNFPA.

10 Sachs, J. D. y D. E. Bloom (editores). 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Manila: Banco Asiático de Desarrollo.

11 Por ejemplo, los temores acerca de la declinación del mercado de la vivienda (véase: Wattenberg, B. J. 27 de noviembre de 1997. "The Population Explosion is Over." *The New York Times Magazine*), se basan en la suposición de que sólo las poblaciones jóvenes en la edad en que adquieren una vivienda por primera vez o en etapas tempranas de la vida, pueden determinar el volumen de la demanda; pero el mercado de reemplazo o mejora del parque de viviendas existente desempeña un papel cada vez más importante en la demanda global.

12 Esos efectos se explican más ampliamente en: Eastwood, R. y M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): págs. 1 a 30; y Eastwood, R. y M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Capítulo 9 en: Birdsall, Kelley y Sinding 2001.

13 Paes de Barros y otros. 2001.

14 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en lo relativo a la reducción de la pobreza, se expresan en términos de incidencia (cantidades de pobres) y no de severidad de la pobreza (cuán pobres son). Los efectos de la redistribución del ingreso (inclusive los producidos por efectos demográficos que reducen la cuantía de los salarios) pueden afectar pronunciadamente la incidencia de la pobreza, aun cuando no modifiquen su severidad. Si la corriente de recursos va desde quienes están cercanos a la pobreza hacia quienes son ricos, no cambia la incidencia pero aumenta la severidad.

15 Véase: Eastwood y Lipton 1999, pág. 13.

16 Véanse las citaciones en: Eastwood y Lipton 2001.

17 Pueden encontrarse descripciones de los efectos y citaciones en: Eastwood y Lipton 2001.

18 Este argumento se presenta con suma claridad en: Merrick, T. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews." Capítulo 8 en: Birdsall, Kelley y Sinding 2001.

### CAPÍTULO 4

1 Floro, M. 2001. "Gender Dimensions of the Financing for Development Agenda." Documento de trabajo preparado por encargo del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) como parte de los preparativos de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo 2002. Nueva York: UNIFEM.

2 Sen, A. 1998. "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure." *Economic Journal* 108(446): págs. 1 a 25.

3 Eastwood, R. y M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion," pág. 235. Capítulo 9 en: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, editado por N. Birdsall, A. C. Kelley y S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.

4 Buvinic, M. y G. R. Gupta. 1997. "Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are They Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries?" *Economic Development and Cultural Change* 45(2): págs. 259 a 280; y Quisumbing, A. R., L. Haddad y C. Peña. 2001. "Are Women Overrepresented Among the Poor? An Analysis of Poverty in Ten Developing Countries." *Journal of Development Economics* 66(1): págs. 225 a 269.

5 Puede consultarse un análisis que utiliza este enfoque en: Quisumbing, Haddad y Peña 2001. Véase también: Razavi, S. 1999. "Gendered Poverty and Well Being: Introduction," y *Development and Change* 30(3): págs. 409 a 433; y Fukuda-Parr, S. 1999. "What Does Feminization of Poverty Mean? It Isn't Just Lack of Income." *Feminist Economics* 5(2): págs. 99 a 103.

6 Véase: UNIFEM. 2000. *Progress of the World's Women 2000: UNIFEM Biennial Report*. Nueva York: UNIFEM.

7 Sobre la base de trabajos de: Kishor, S. (1999. "Women's Empowerment and Contraceptive Use in Egypt." Ponencia presentada en la Reunión Anual de la Population Association of America, 24 a 27 de marzo de 1999, Nueva York; y 2000. "Empowerment of Women in Egypt and Links to the Survival and Health of their Infants." Capítulo 6 in *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, editado por H. B. Presser y G. Sen. 2000. Oxford: Oxford University Press) y Smith, L. C. y otros (2001. "The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries". Proyecto de informe de investigación. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias) utilizando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud.

8 Humana, C. 1986. *World Human Rights Guide*, 2ª edición. Londres: Hodder y Stoughton; y Humana, C. 1992. *World Human Rights Guide*, 3ª edición. Nueva York: Oxford University Press. El análisis del índice de Humana se ha tomado de: Banco Mundial. 2001. *Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C.: Banco Mundial.

9 Kishor, S. 1996. *Status of Women: Indicators for Twenty Five Countries*. DHS Comparative Study Series. No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.

10 Floro 2001.

11 PNUD. 1999. *Informe sobre Desarrollo Humano 1999: La mundialización con rostro humano*, cuadro 27. Madrid. Ediciones Mundi-Prensa.

12 Floro, M. S. 1995. "Women's Well-Being, Poverty, and Work Intensity." *Feminist Economics* 1(3): págs. 1 a 25.

13 PNUD. 1995. *Informe sobre Desarrollo Humano 1995: Género y Desarrollo*. México: ediciones Mundi Prensa.

14 Véase, por ejemplo: Juster, F. T. y F. P. Stafford. 1991. "The Allocation of Time: Empirical Findings, Behavioural Models, and Problems of Measurement." *Journal of Economic Literature* 29(2): págs. 471 a 522; McGuire, J. y B. Popkin. 1990. *Helping Women Improve Nutrition in the Developing World: Beating the Zero Sum Game*. World Bank Technical Paper. No. 114. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Brown, L. R. y L. Haddad. 1995. "Time Allocation Patterns and Time Burdens: A Gendered Analysis of Seven Countries." Informe. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.

15 Women's Environment and Development Organization. 1999. *A Gender Agenda for the World Trade Organization: A WEDO Primer*. Noviembre de 1999. Nueva York: Women's Environment and Development Organization.

16 Banco Mundial. 2001a.

17 Por otra parte, si las mujeres jóvenes realizan trabajos remunerados para contribuir a financiar el costo del matrimonio, los progenitores pueden considerar que esto ayuda a la familia del esposo más que a la propia, con lo cual se debilita más su motivación. Este factor puede quedar compensado por la mayor capacidad de la hija de atender a sus progenitores cuando éstos llegan a la ancianidad.

18 Floro 2001.

19 *Ibid*.

20 Klasen, S. 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions." Working Paper. No. 7. Para Banco Mundial 2001a. (Documento de antecedentes disponible en: <http://www.worldbank.org/gender/pr/wp7.pdf>.)

21 Sobre la base de simulaciones utilizando datos de África (Quisumbing, A. R. 1996. "Male-Female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence." *World Development* 24[10]: págs. 1579 a 1595; y Alderman, H. y otros 1995. "Gender Differentials in Farm Productivity: Implications for Household Efficiency and Agricultural Policy." Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper. No. 6. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.)

- 22 Banco Mundial. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banco Mundial y Oxford University Press.
- 23 Cuando se consideran los determinantes implícitos de la seguridad alimentaria y se los compara con datos sobre insuficiencia ponderal entre 1970 y 1995 de niños procedentes de 63 países en desarrollo donde reside un 88% de la población del mundo en desarrollo (Smith, L. C. y L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. IFPRI Research Report. No. 111. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.)
- 24 Este análisis se ha tomado de: Banco Mundial 2001a.
- 25 Klasen 1999. Utilizando datos de 100 países en 1990.
- 26 A lo largo de un período prolongado. Véase. Gatti, R. 1999. "A Cross-country Analysis of Fertility Determinants." Washington, D.C.: Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo, Banco Mundial.
- 27 Hill, A. y E. M. King. 1995. "Women's Education and Economic Well-being." *Feminist Economics* 1(2): págs. 1 a 26.
- 28 Swamy, A. y otros 2001. "Gender and Corruption." *Journal of Development Economics* 64(1): págs. 25 a 55.
- 29 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: July 2002*. Ginebra: ONUSIDA.
- 30 Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA, junio de 2001; y Mocumbi, Pascoal. 2001. "A Time for Frankness on AIDS and Africa." *The New York Times*. Sitio en la Web: <http://www.nytimes.com/2001/06//20/opinion20MOCU.html>.
- 31 Plus News. 3 de diciembre de 2001. África: Entrevista con Stephen Lewis, Enviado Especial de las Naciones Unidas. Partes 1 y 2. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.
- 32 Gupta, G. R. 2000. *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*. Discurso en la XIIIª Conferencia Internacional sobre el SIDA, 9 a 14 de junio de 2000, Durban, Sudáfrica. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 33 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, pág. 14. Ginebra: OMS.
- 34 ONUSIDA. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000*, pág. 11. Ginebra: ONUSIDA.
- 35 UNIFEM. *Women are Key to Ending HIV/AIDS. Critical Issues*. 2001. Nueva York: UNIFEM.
- 36 Maman, S. y otros. 1999. "Women's Barriers to HIV Testing and Disclosure: Challenges for Voluntary Counseling and Testing." Presentación en la XIª Conferencia Internacional sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual en África, 15 y 16 de septiembre de 1999, Lusaka, Zambia. Citado en: Gupta 2000.
- CAPÍTULO 5**
- 1 En 1990, las enfermedades contagiosas causaron el 59% de las defunciones y el 69% de las pérdidas de DALY (años de vida ajustados por discapacidad), entre el 20% de la población mundial que vive en países con los ingresos per cápita más bajos, en comparación con un 34% de defunciones y un 44% de pérdidas DALY en la población del mundo en su conjunto. Las enfermedades contagiosas también contribuyen mucho más a la discrepancia en la mortalidad y la discrepancia en DALY que las demás enfermedades no contagiosas. Véase: Gwatkin, D. R. y M. Guillot. 2000. *The Burden of Disease among the Global Poor*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 2 Banco Mundial. 2001. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banco Mundial y Oxford University Press.
- 3 Narayan, D. y otros. 1999. "Global Synthesis: Consultations with the Poor." Proyecto de documento de debate preparado para Global Synthesis Workshop: Consultations with the Poor, Washington, D.C., 22 y 23 de septiembre de 1999. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 4 OMS y Banco Mundial. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. The Voices of the Poor Study. Ginebra: OMS.
- 5 Strauss, J. A. y D. Thomas. 1995. "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions." Capítulo 34 en: *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, editado por T. N. Srinivasan y J. Behrman. 1995. Amsterdam: North Holland.
- 6 AbouZahr, C. y J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): págs. 655 y 666.
- 7 Como lo señalan AbouZahr y Vaughan (2000), esas estimaciones de la carga de la enfermedad se realizaron en 1993, antes de que resultaran patentes los efectos del VIH/SIDA. Por esta razón, y por razones técnicas (relativas a la medición de DALY, véase la cita y el capítulo final de este informe), probablemente estas estimaciones son muy inferiores a la realidad.
- 8 Loewenson, R. y A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Naciones Unidas Development Programme Policy Paper. Nueva York: PNUD.
- 9 OMS y Banco Mundial 2002.
- 10 *Ibid.*, pág. 16.
- 11 Esto se aplica no sólo al contacto sexual de la persona, sino también a las preocupaciones que se suscitan cuando su pareja tiene otros contactos sexuales.
- 12 Jensen, E. R. y D. A. Ahlburg. 1999. "A Multicountry Analysis of the Impact of Unwantedness and Number of Children on Child Health and Preventive and Curative Care." Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International. Accesible en el sitio Web: [www.tfgi.com](http://www.tfgi.com).
- 13 "La violencia doméstica contra la mujer es frecuente en todos los países que abarcó el estudio y se menciona en un 90% de las comunidades. Dado que este tema suele ser tabú, es notable que se lo haya mencionado siquiera. En grupos en Etiopía y la República de Kirguistán fue imposible hablar del tema y en Bangladesh las conversaciones se realizaron en voz baja." OMS y Banco Mundial 2002, pág. 17.
- 14 *Ibid.*, pág. 15.
- 15 Jensen y Ahlburg 1999.
- 16 Las diferencias presentadas aquí y en las secciones siguientes se basan en los informes de la serie *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*, preparada por Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Rohini P. Pande y Adam Wagstaff para el Grupo Temático de Salud, Nutrición y Pobreza (HNP) del Banco Mundial. Se analizaron cuatro países mediante una Encuesta Demográfica y de Salud. Dentro de las respectivas regiones, los países fueron: Asia oriental y el Pacífico - Filipinas, Viet Nam e Indonesia; Europa y Asia central - Turquía, Kazajistán, Kirguistán y Uzbekistán; América Latina y el Caribe - Perú, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Haití, Colombia, Paraguay y República Dominicana; Oriente Medio y África septentrional - Egipto, Marruecos y Turquía; Asia Meridional - India, Bangladesh, Nepal y Pakistán; y África al sur del Sahara - Malí, República Unida de Tanzania, Camerún, Ghana, Côte d'Ivoire, Togo, Zambia, Zimbabwe, Malawi, Uganda, Chad, Níger, Mozambique, República Centroafricana, Madagascar, Benin, Kenya, Senegal, Namibia, Nigeria, Comoras y Burkina Faso. Los países donde se efectuaron los muestreos tienen niveles globales de fecundidad superiores al promedio de 3,6 de los países menos desarrollados (excluida China) pero menores que el promedio de 5,5 en los países menos adelantados. Los estudios se concentran más en los países de ingresos bajos e ingresos intermedios, donde el principal donante para realizar dichos estudios (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) concentra sus acciones. Hay una desviación que favorece a los países de más magnitud y a los necesitados de programas de asistencia.
- 17 Mortalidad en la infancia en Panamá, procedente de la División de Población de las Naciones Unidas (tabulación especial). Para los datos correspondientes a los Estados Unidos, véase: Guest, A. M., G. Almgren y J. M. Hussey. 1998. "The Ecology of Race and Socio-economic Distress: Infant and Working-age Mortality in Chicago." *Demography* 35(1): págs. 23 a 34. Véase también: McCord, C. y H. P. Freeman. 1990. "Excess Mortality in Harlem." *The New England Journal of Medicine* 322(3): págs. 173 a 177.
- 18 Wagstaff, A. 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): págs. 19 a 29.
- 19 Jensen y Ahlburg 1999.
- 20 Shen, C. y otros. 1999. "Maternal Mortality, Women's Status, and Economic Dependency in Less-Developed Countries: A Cross-National Analysis." *Social Science and Medicine* 49(2): págs. 182 a 214.
- 21 Hill, K., C. AbouZahr y T. Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995." *Bulletin of the World Health Organization* 79(3): págs. 182 a 193.
- 22 Strong, M. 1992. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh." *Health Transition Review* 2(2): págs. 215 a 224.
- 23 UNFPA. 2000. *El Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos en mundos separados: Los hombres y las mujeres en tiempos de cambio*, pág. 11. Nueva York: UNFPA.
- 24 Esto ocurre con con todas las medidas de morbilidad en general. La ausencia de sistemas eficaces de registro y la escasez de mediciones de riqueza o ingreso dificulta incluso las comparaciones de mortalidad entre distintos países (Puede encontrarse un análisis al respecto en: Wagstaff 2000.)
- 25 Las iniciativas para mejorar la calidad de los servicios son un importante componente de la mayoría de los programas de asistencia a los establecimientos que ofrecen atención de la salud reproductiva. Pero las cantidades de trabajo grandes e irregulares, la deficiente compensación, el movimiento y renovación del personal y los sistemas subdesarrollados de monitoreo y supervisión plantean constantes problemas para alcanzar las normas fijadas y mantenerlas.
- 26 Gwatkin D. y G. Deveshwar-Bahl. 2002. "Socio-Economic Inequalities in Use of Safe Motherhood Services in Developing Countries." Presentación en Londres, 6 de febrero de 2002.
- 27 Véanse los análisis sobre países africanos en la serie: Gwatkin, D. R. y otros 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*. Washington, D.C.: Grupo Temático sobre Salud, Nutrición y Pobreza (HNP), Banco Mundial.
- 28 Gwatkin, D. R. y otros 2000.
- 29 En principio, debería ser posible utilizar los indicadores que caracterizan las diferencias en los niveles de riqueza dentro de un mismo país para construir una escala aplicable a todos los países. Dado que los programas para atender a poblaciones que carecen de servicios se formulan para ámbitos nacionales, dicha construcción de indicadores sólo respondería a las necesidades académicas pero no sería útil para las estrategias en la práctica.
- 30 Para los estudios comparativos sobre la eficiencia de los sistemas de prestación de servicios, es preciso que los análisis sean estadísticamente correctos en cuanto a las proporciones rurales-urbanas. Al comparar el

- acceso dentro de un mismo país se consideran las diferencias dentro de zonas urbanas y zonas rurales.
- 31 Gwatkin, D. R. y otros. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in India*. Washington, D.C.: Grupo Temático sobre Salud, Nutrición y Pobreza (HNP) Banco Mundial.
  - 32 Naciones Unidas. 2002. *World Urbanization Prospects 2001 (ESA/P/WP.173)*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas; y Naylor, R. L. y W. P. Falcon. 1996. "Is the Locus of Poverty Changing?." *Food Policy* 21(2): pág. 1.
  - 33 Hewett, P. C. y M. R. Montgomery. 2001. *Poverty and Public Services in Developing Country Cities*. Population Council Policy Research Division Working Paper No. 154. Nueva York: The Population Council.
  - 34 Naciones Unidas 2002.
  - 35 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: OMS. Naciones Unidas. 1999.
  - 36 *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1)*, párrafo 52. Nueva York: Naciones Unidas.
  - 37 Hardee, K. y J. Smith. 2000. "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform." POLICY Occasional Paper. No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International.
  - 38 Langer, A., G. Nigema y J. Catino. 2000. "Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): págs. 667 a 676.
  - 39 Priya, N. 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*. Center for Health and Gender Equity Working Papers. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council; and Bennett, S. 1999. "Health Sector Reforms in Zambia: Putting Them in Perspective." Págs. 24 a 28 en *Report of the Meeting on the Implications of Health Sector Reform on Reproductive Health and Rights: December 14-15, 1998: Washington, D.C.*, editado por J. Jacobson y J. Bruce. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council.
  - 40 Chandani, Y. y otros. 2000. *Ghana: Implications of Health Sector Reform for Family Planning Logistics*. Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
  - 41 Bates, J. y otros. 2000. *Implications of Health Sector Reform for Contraceptive Logistics: A Preliminary Assessment for Sub-Saharan Africa*. Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. para USAID.
  - 42 Newbrander, W., C. J. Cuellar y B. Timmons. 2000. "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services." Documento inédito. Boston, Massachusetts: Management Sciences for Health.
  - 43 Langer, Nigema y Catino 2000.
  - 44 ONUSIDA. 2000. *HIV and Health-care Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, pág. 9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Case Study. UNAIDS Best Practices Collection. Ginebra: ONUSIDA.
  - 45 Banco Mundial 2001.
  - 46 Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49(10): págs. 1309 a 1327. Citado en: Banco Mundial 2001, pág. 81.
  - 47 Castro-Leal, F. y otros. 2000. "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): págs. 66 a 74.
  - 48 Mahal, A. 2000. "Do the Poor or the Rich Benefit More from Government Health Services: The Case of India." Informe del Seminario sobre Salud/Nutrición/Población y Pobreza, 11 de julio de 2000. Washington, D.C.: Banco Mundial.
  - 49 Leighton, C. (Sin fecha). "Decision Making for Equity in Health Sector Reform," pág. 1. In: *PHR Primer*. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Resource Center, Abt Associates.
  - 50 Begum, S. 1997. *Health and Poverty in the Context of Country Development Strategy: A Case Study on Bangladesh*. Macroeconomics Health and Development Series. No. 26. Ginebra: OMS. Citado en: "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival," por A. Bhuiya y otros 2000. Capítulo 16 en: *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action*, editado por T. Evans y otros. 2000. Londres: Oxford University Press.
  - 51 OMS. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Ginebra: OMS.
  - 52 Filmer, D., J. Hammer y L. Pritchett. 1998. "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." Policy Research Working Paper. No. 1874. Washington, D.C.: Banco Mundial.
  - 53 Murray, C., Director, Programa Mundial sobre Fundamentos de las Políticas de Salud, OMS. 2000. Citado en: UNFPA. 2000. "¿Quién califica los sistemas de salud?" *Populi*. 27(2): págs. 5 a 7.
  - 54 En términos generales, la financiación de los servicios de salud abarca la manera en que se movilizan los fondos (recursos generales/recursos impositivos reservados, contribuciones de seguro social, primas de seguro privado, financiación comunitaria y pagos directos por el beneficiario), la manera en que se asignan los fondos (geográficamente o por grupos de población, y según qué tipos de servicios de salud), y los mecanismos para sufragar los servicios de salud. Los tres aspectos son importantes en lo concerniente a la equidad y la calidad.
  - 55 Hsiao, W. C. y Y. Liu. 2001. "Health Care Financing: Assessing its Relationship to Health Equity." Capítulo 18 en Evans y otros 2000.
  - 56 Litvak, J. L. y C. Bodart. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results from a Field Experiment in Cameroon." *Social Science and Medicine* 37(3): págs. 369 a 383.
  - 57 Alderman, H. y V. Lavy. 1996. "Household Response to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs." *World Bank Research Observer* 11: págs. 3 a 22; Akin, J. S., D. K. Guilkey y E. H. Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation." *Social Science and Medicine* 40(11): págs. 1527 a 1537; Shaw, R. y C. C. Griffin. 1995. *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through Fees and Insurance*. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Hotchkiss, D. y otros 1998. "Household Expenditures in Nepal: Implications for Health Care Financing Reform." *Health Policy and Planning* 13(4): págs. 371 a 383.
  - 58 Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50 Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. Nueva York: Women's Environment and Development Organization; Kutzin, J. 1995. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Current Concerns: Strengthening Health Services Paper. No. 8 (WHO/SHS/CC/94.3). Ginebra: OMS; y Standing, H. 1997. "Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review." *Health Policy and Planning* 12(1): págs. 1 a 18.
  - 59 Wilkinson, D. y otros. 2001. "Effect of Removing User Fees on Attendance for Curative and Preventive Primary Care Services in Rural South Africa." Págs. 667 y 668. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): págs. 665 a 671.
  - 60 McPake, B. y otros. 1999. "Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care." *Social Science and Medicine* 49(7): págs. 849 a 865.
  - 61 Hsiao y Liu 2001.
  - 62 *Ibid.*
  - 63 Shehu, D., A. T. Ikeh y M. J. Kuna. 1997. "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supplement 2): S págs. 173 a 180.
  - 64 Behrman, J. R. y J. C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation." *Population and Development Review* 24(4): págs. 697 a 737.
  - 65 Isaacs, Stephen y G. Solimano. (Sin fecha.). "Health Reform and Civil Society in Latin America." L'encyclopédie de l'Agora. Sitio Web: <http://agora.qc.ca>. Visitado el 13 de marzo de 2002.
  - 66 Banco Mundial 2001.
  - 67 Birdsall, N. y A. de la Torre. 2001. *Washington Contentious: Economic Policies for Social Equity in Latin America*. Conclusiones de la Comisión sobre Reforma Económica en Sociedades Desiguales de América Latina. Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace e Inter-American Dialogue.
  - 68 Wagstaff, A. 2002. "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?" Health and Population Working Paper. No. 2795. Washington, D.C.: Banco Mundial.

## CAPÍTULO 6

- 1 ONUSIDA. 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: July 2002*. Ginebra: ONUSIDA.
- 2 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, pág. 14. Ginebra: OMS.
- 3 ONUSIDA 2002.
- 4 *Ibid.*
- 5 Thompson 2002.
- 6 Loewenson, R. y A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*, pág. 23. United Nations Development Programme Policy Paper. Nueva York: PNUD.
- 7 Rau, B. y J. Collins. 2000. "AIDS in the Context of Development," Introducción y página 2. Documento preparado para: UNRISD Programme on Social Policy and Development. Ginebra: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social.
- 8 Epstein, H. 9 de mayo de 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*.
- 9 Asamblea General de las Naciones Unidas. 2002. *Evaluación independiente de la aplicación del Nuevo Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de África (A/AC.251/8)*, pág. 128. Nueva York: Naciones Unidas.
- 10 *Ibid.*, pág. 125.
- 11 Loewenson y Whiteside 2001, págs. 8, 9 y 14.
- 12 *Ibid.*, pág. 17.
- 13 Hecht, R., O. Adeyi e I. Semini. 2002. "Making AIDS Part of the Development Agenda." *Finance and Development* 39(1).
- 14 Banco Mundial. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 15 UNESCO, Foro sobre Educación para Todos, Yaoundé, Camerún, 22 a 25 de abril de 2002.
- 16 Loewenson y Whiteside 2001, pág. 9.
- 17 Barks-Ruggles, E. y otros. 2001. *The Economic Impact of HIV/AIDS in Southern Africa*. Brookings Conference Report. No. 9. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- 18 Hecht, Adeyi y Semini 2002.

- 19 Global HIV Prevention Working Group. 2002. *Global Mobilization for HIV Prevention: A Blueprint for Action*. Report of the Global HIV Prevention Working Group. Seattle, Washington: Fundación Bill y Melinda Gates.
- 20 Thompson 2002, pág. 1.
- 21 Loewenson y Whiteside 2001.
- CAPÍTULO 7**
- 1 Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): págs. 85 a 120.
- 2 Banco Mundial. 2001a. "Educational Attainment and Enrollment: Educational Attainment and Enrollment Profiles." Web site: <http://www.worldbank.org/research/projects/edattain/edattain.htm>. Visitado en diciembre de 2001.
- 3 Filmer y Pritchett 1999.
- 4 *Ibid.*
- 5 Ministerio de Enseñanza Preuniversitaria y Educación Cívica, Servicio de Estadística y Planificación (Guinea) y ORC Macro. 2001. *Schooling in Guinea: Findings from the GDHS-II 1999*. Calverton, Maryland: Ministerio de Enseñanza Preuniversitaria y Educación Cívica, Servicio de Estadística y Planificación (Guinea) y ORC Macro
- 6 Filmer y Pritchett 1999.
- 7 Banco Mundial. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banco Mundial y Oxford University Press.
- 8 Birdsall, N. 1999. "Education: The People's Asset." CSED Working Paper. No. 5. Washington, D.C.: Center on Social and Economic Dynamics, the Brookings Institution.
- 9 UNICEF. 2001. *A Decade of Transition: The MONEE Project: CEE/CIS/Baltics*. Florencia, Italia: Centro Innocenti de Investigaciones, UNICEF.
- 10 Case, A. 2001. "The Primacy of Education: Research Program in Development Studies." Working Paper. No. 203. Princeton, New Jersey: Princeton University; y Lloyd, C. B. 2001. "Linkages between Demographic and Education Variables." Nota informativa. Cambridge, Massachusetts: American Academy UBASE Project. La magnitud y la dirección que tienen los efectos de los insumos escolares (inclusive diversas mediciones de la calidad) han sido tema de una gran cantidad de investigaciones y controversias, documentadas en la bibliografía.
- 11 Anderson, K., A. Case y D. Lam. 2001. "Causes and Consequences of Schooling Outcomes in South Africa: Evidence from Survey Data." PSC Research Report. No. 01-490. Ann Arbor, Michigan: Population Studies, Institute for Social Research, University of Michigan.
- 12 Lloyd, C. B. y otros 2001. "Determinants of Educational Attainment among Adolescents in Egypt: Does School Quality Make a Difference? Research Division Working Paper. No. 150. Nueva York: The Population Council.
- 13 Case 2001.
- 14 Psacharopoulos, George. 1994. "Returns to Investment in Education: A Global Update." *World Development* 22(9): págs. 1325 a 1343. Mencionado en: Case 2001.
- 15 Birdsall 1999.
- 16 Montgomery, M. y C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Capítulo 8 en: *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, editado por C. H. Bledsoe y otros 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 17 Behrman, J., P. Sengupta y P. Todd. 2001. "Progressing through PROGRESA: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment." Publicación mimeografiada. Washington, D.C.: University of Pennsylvania e Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.
- 18 Lutz, W. y A. Goujon. 2001. "The World's Changing Human Capital Stock: Multi-State Population Projections by Educational Attainment." *Population and Development Review* 27(2): págs. 323 a 340.
- 19 Mensch, B. S., J. Bruce y M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nueva York: The Population Council.
- 20 En estas proyecciones también se incorpora la hipótesis de que las diferencias en fecundidad por nivel de educación disminuirán a lo largo del tiempo, pauta que se ha observado en países donde declina la fecundidad.
- 21 Lutz y Goujon 2001.
- 22 Sawada, Y. y M. Lokshin. 2001. "Household Schooling Decisions in Rural Pakistan." Development Research Group Working Paper. No. 2541. Washington, D.C.: Grupo de Investigación sobre el Desarrollo, Banco Mundial; y Sathar, Z. A. y C. B. Lloyd. 1994. "Who Gets Primary Schooling in Pakistan: Inequalities among and within Families." *Pakistan Development Review* 33(2): págs. 103 a 134.
- 23 Mensch, B. S. y C. B. Lloyd. 1998. "Gender Differences in the Schooling Experience of Adolescents in Low-income Countries: The Case of Kenya." *Studies in Family Planning* 29(2): págs. 167 a 184.
- 24 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 25 Banco Mundial 2001a.
- 26 Filmer, D. 1999. "The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth." Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper. No. 5. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 27 Esim, S., N. Varia y G. Durón. 1999. *Adolescent Livelihoods: A Selective Review of Issues and Programs*. Documento de antecedentes para: Essential Questions, Essential Tools. Workshop on Adolescent Girls' Livelihoods, El Cairo, Egipto, 13 y 14 de octubre de 1999. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 28 Lloyd y otros. 2001
- 29 Mensch, B. S. y otros (2001. "Premarital Sex, Schoolgirl Pregnancy and School Quality in Rural Kenya." *Studies in Family Planning* 32(4): págs. 285 a 301) comprobaron que en Kenya se mencionaba raramente el embarazo como causa directa del abandono escolar y atribuyeron hasta un 12% de dicho abandono al embarazo. En cambio, figuraban en lugar más prominente la falta de dinero para pagar la matrícula, una causa posiblemente exacerbada al aumentar el tamaño de la familia y también por las preocupaciones acerca de la calidad de la enseñanza. En las escuelas donde el trato es igual para los niños varones y las niñas, es menor el número de niñas que tienen actividad sexual precoz.
- 30 Eloundou-Enyegue, P. y otros. 2000. "The Effects of High Fertility on Human Capital Formation Under Structural Adjustment in Africa." Ponencia preparada por: RAND Corporation, en virtud del POLICY Project. Santa Mónica, California: RAND Corporation. Puede consultarse en el sitio en la Web: [www.policyproject.com](http://www.policyproject.com).
- 31 USAID. 2000. *Proceedings: Symposium on Girls' Education: Evidence, Issues, Action: 17-18 May 2002*. Strategies for Advancing Girls' Education Project. Washington, D.C.: USAID. Sitio en la Web: <http://sage.aed.org/>. Visitado en diciembre de 2001.
- 32 USAID. 1999. "Girls' Education: Good for Boys, Good for Development." *Gender Matters*. Information Bulletin. No. 5. Washington, D.C.: USAID.
- 33 Véase, por ejemplo: Filmer 1999; Lloyd, C. B. y A. K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review*. 22(2): págs. 265 a 298; Montgomery y Lloyd 1998; y Thomas, D., R. F. Schoeni y J. Strauss. 1996. "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil." RAND Labor and Population Program Working Papers. No. 96-02. Santa Mónica, California: RAND Corporation.
- 34 Lloyd, C. B. 1994. "Investing in the Next Generation: The Implications of High Fertility at the Level of the Family." En: *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, editado por Robert Cassen. 1994. New Brunswick, New Jersey, y Oxford: Transaction Publishers.
- 35 Lloyd y Blanc 1996.
- 36 Montgomery y Lloyd 1998.
- 37 Banco Mundial. 2001c. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Washington, D.C.: Banco Mundial y Oxford University Press.
- 38 Smith, L. C. y L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. IFPRI Research Report. No.111. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.
- 39 Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas, Subcomité de Nutrición (ACC/SCN). 2000. *Fourth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition Throughout the Life Cycle*. Ginebra: Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas, Subcomité de Nutrición, en colaboración con el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.
- 40 Jejeebhoy, S. J. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press; y Diamond, I., M. Newby y S. Varle. 1998. "Female Education and Fertility: Examining the Links." Capítulo 2 en: Bledsoe y otros 1998.
- 41 Naciones Unidas. 2001. *World Population Monitoring 2000: Population, Gender and Development*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 42 Naciones Unidas. 1995. *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys* (número de venta: E.95.XIII.23). Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 43 Birdsall 1999.
- 44 López, R., V. Thomas y Y. Wang. 1998. "Addressing the Education Puzzle: The Distribution of Education and Economic Reforms." World Bank Working Papers. No. 2031. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 45 La educación parece afectar los resultados en materia de salud, debido no sólo a su asociación con más altos ingresos, sino también a su efecto positivo sobre la capacidad de utilizar servicios de salud e información al respecto. (Véase los documentos encomendados por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud en el sitio Web: [www.cmhealth.org](http://www.cmhealth.org).)
- CAPÍTULO 8**
- 1 Naciones Unidas. 1999a. *Informe del Comité Especial del Plenario sobre el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (A/S-21/5/Add.1)*. Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 2001. *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Informe del Secretario General a la Asamblea General en su quincuagésimo sexto período de sesiones (A/56/326). Nueva York: Naciones Unidas.
- 2 Feachem, R. G. A. 2000. "Poverty and Inequity: A Proper Focus for the New Century." *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): págs. 1 y 2.
- 3 OMS. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Ginebra: OMS.

- 4 Priya, N. 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*, pág. 41. Center for Health and Gender Equity Working Papers. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council.
- 5 Walford, Veronica. 2002. *Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)*. Londres: Health Systems Resource Centre, Department for International Development, Gobierno del Reino Unido.
- 6 UNFPA. 2002a. "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): Challenges and Opportunities for UNFPA." Texto inédito. Nueva York: UNFPA.
- 7 Adaptado de: Wagstaff, A. y A. L. B. Soucat. 2001. "HNP and the Poor: An Integrated Policy Framework for Improving Outcomes for the Poor." Washington, D.C.: Banco Mundial. Puede consultarse en la Internet en el sitio Web: [http://poverty.worldbank.org/files/document/8125 session 6.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/document/8125%20session%206.pdf).
- 8 Esta sección se basa en gran medida en conceptos aportados por estudios del Banco Mundial y su módulo de Aprendizaje a Distancia (Wagstaff y Soucat 2001. Véanse también módulos anteriores [[http://poverty.worldbank.org/files/document/8120 session 1. pdf](http://poverty.worldbank.org/files/document/8120%20session%201.pdf) to document 8125 session 5.pdf] por diversos autores.)
- 9 UNFPA. 2000a. *UNFPA and Government Decentralization: A Study of Country Experiences*. Evaluation Report. No. 18. Nueva York: Oficina de Supervisión y Evaluación, UNFPA.
- 10 Loewenson, R. y A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. United Nations Development Programme Policy Paper. Nueva York: PNUD.
- 11 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, vol. 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párrafo 13.8. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 12 *Ibid.*, párrafo 13.11.
- 13 *Ibid.*, párrafo 13.22.
- 14 Klasen, S. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Proyecto de informe encomendado por Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) para el Equipo de Tareas "Crecimiento Económico y Equidad" de la Alianza Estratégica para África (SPA). Munich: Universidad de Munich.
- 15 Hewett, P. C. y M. R. Montgomery. 2001. "Poverty and Public Services in Developing Country Cities." Population Council Policy Research Division Working Paper. No. 154. Nueva York: The Population Council.
- 16 Naciones Unidas. 1999b. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1)*, párrafo 101. Nueva York: Naciones Unidas.
- 17 Véase: Naciones Unidas. 2002a. *World Urbanization Prospects 2001* (ESA/P/WP.173). Nueva York: Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 18 UNFPA. 2002b. *Salud reproductiva para comunidades en crisis: Respuesta de emergencia del UNFPA*. Nueva York: UNFPA.
- 19 Fuente: UNFPA. 2002c. "Meeting the Development and Participation Rights of Adolescent Girls: Organized by UNFPA, UNICEF and WHO, Dhaka, Bangladesh, 1-6 February 2002". Proyecto de informe sobre la reunión. Nueva York: UNFPA.
- 20 Druschel, K., J. Quigly y C. Sanchez. 2001. "State of the Microcredit Summit Campaign Report 2001." Informe inédito.
- 21 Pueden encontrarse algunos ejemplos interesantes en: UNFPA. 1997. *Population and Reproductive Health Programmes: Applying Rapid Anthropological Procedures*. Nueva York, UNFPA; UNFPA. 2002d. *The Trajectory of Life as Internally Displaced Persons in Angola*. Luanda, Angola: UNFPA; y UNFPA en colaboración con Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Population and Development Strategies. No. 2. Nueva York: UNFPA.
- 22 Véase, por ejemplo: Diamond, I., Z. Matthews y R. Stephenson. 2001. *Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-Poor Measurement Strategy*. Londres: Health Systems Resource Centre, Department for International Development (DFID), Gobierno del Reino Unido.
- 23 Los indicadores miden: nupcialidad; fecundidad; mortalidad derivada de la maternidad, de menores de un año y de niños en general; conocimientos de anticonceptivos y su utilización; inmunización; crecimiento del niño; e incidencia y tratamiento de las enfermedades diarreicas y de las vías respiratorias. Las Encuestas Demográficas y de Salud también han elaborado y puesto a prueba módulos especiales para abordar la igualdad de género, la participación masculina en comportamientos que promuevan la salud (inclusive la salud reproductiva), la violencia por motivos de género, la mutilación genital femenina, el acceso a los servicios y el costo de los servicios. Para los exámenes metodológicos de estos enfoques de medición de la salud mediante sustitutos en las encuestas de salud, véase: Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): págs. 85 a 120; Montgomery, M. R. y otros 2000. "Measuring Living Standards with Proxy Variables." *Demography* 37(2): págs. 155 a 147; Bollen, K. A., J. L. Glanville y G. Stecklov. 2001. "Economic Status Proxies in Studies of Fertility in Developing Countries: Does the Measure Matter?" MEASURE Evaluation Project. Working Paper. No. WP-01-38. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center. (Puede consultarse en: [www.cpc.unc.edu/measure](http://www.cpc.unc.edu/measure)).
- 24 Demobynes, G. y otros. 2002. "Producing an Improved Geographic Profile: Methodology and Evidence from Three Developing Countries." Documento de debate. No. 2002/39. Helsinki, Finlandia: World Institute for Development Economics Research (UNU/WIDER), Universidad de las Naciones Unidas.
- 25 En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD. (Véase: Naciones Unidas 1995).
- 26 En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, 1999, y en las conferencias y los exámenes al cabo de cinco años de la celebración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y otras conferencias.
- 27 En las estimaciones no se incorporaron los costos de monitorear el suministro de sangre, las pruebas clínicas y los sistemas de asesoramiento psicossocial o de difusión entre poblaciones especializadas de alto riesgo. Tampoco se incluyeron las acciones de prevención secundaria, como los tratamientos contra los retrovirus (para frenar la transmisión de la madre al hijo o reducir la densidad viral en las poblaciones infectadas).
- 28 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS. 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: OMS.
- 29 Naciones Unidas. 2002b. *World Population Monitoring 2000: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects* (ESA/P/WP.171). Documento presentado ante la Comisión sobre Población y Desarrollo, Naciones Unidas, Nueva York, 1º a 5 de abril de 2002.
- 30 Es difícil comparar directamente las estimaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud y las de la ICPD, incluso cuando se trata de servicios comparables. Las estimaciones del componente de planificación de la familia efectuadas por la CIPD abarcaron elementos del costo de la infraestructura de salud; el componente de salud reproductiva incorporó elementos que la Comisión no desagrega, sino que engloba en el costo total del fortalecimiento del sistema de salud; los costos calculados para la CIPD en lo concerniente al VIH/SIDA no incluyeron elementos de tratamiento y atención. El seguimiento de la Comisión puede incluir importantes datos sobre necesidades de planificación de la familia y población y, sobre la base de la experiencia en la práctica, puede tratar de estimar las sustanciales inversiones necesarias para el fomento de la capacidad en países donde la infraestructura es débil.
- 31 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS 2001.
- 32 Sinding, S. 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries." Ponencia presentada en la Reunión del Grupo de Expertos de la División de Población de las Naciones Unidas sobre el ciclo completo de transición de la fecundidad, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 11 a 14 de marzo de 2002.
- 33 Banco Mundial. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 34 Esta tarea se había iniciado con los importantes trabajos de: Nortman, D. L., J. Halvas y A. Rabago. 1986. "A Cost-benefit Analysis of the Mexican Social Security Administration's Family Planning Programme." *Studies in Family Planning* 17(1): págs. 1 a 6. Véanse también: Comité Nacional de Población y Planificación de la Familia (Hanoi, Viet Nam). 1997. *Costs and Benefits of Viet Nam's National Investment in Population and Family Planning from 1979 to 2010*. Informe final. Hanoi, Viet Nam: Comité Nacional de Población y Planificación de la Familia; Fiedler, J. L. y L. M. Day. 1997. "A Cost Analysis of Family Planning in Bangladesh." *International Journal of Health Planning and Management* 12(4): págs. 251 a 277; Trussell, J. y otros 1997. "Medical Care Cost Savings from Adolescent Contraceptive Use." *Family Planning Perspectives* 29(6): págs. 248 a 255 y 295; y Manzoor, Khaleda. 1994. "Cost-effectiveness of the Family Planning Programme in Pakistan." *Pakistan Development Review* 33(4): págs. 211 a 226.
- 35 O'Neill, B. C. y L. Wexler. 2000. "The Greenhouse Externality to Childbearing: A Sensitivity Analysis." *Climatic Change* 47: págs. 283 a 324.
- 36 Marseille, E., P. B. Hoffman y J. G. Kahn. 2002. "HIV prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." *The Lancet* 359(9320): págs. 1851 a 1856.
- 37 Esta cuestión fue analizada cabalmente por Peter Piot, Debework Zewdie y Tomris Türmen (2002. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." *The Lancet* 360(9326): pág. 86) en su respuesta a Marseille, Hoffman y Khan 2002.
- 38 Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS 2001.
- 39 La distorsión en la selección que redundaba en impartir más educación a las hijas de progenitores educados, particularmente de madres educadas, ha suscitado interrogantes acerca de la magnitud de los beneficios de la educación de la niña en comparación con los de la educación del niño varón (véase: Behrman, Jere. 2001. "Why Micro Matters." Capítulo 13 en: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001). Si bien algunos estudios tal vez sobrestiman los efectos estadísticos, es evidente que los efectos prácticos tienen importancia en sí mismos. Los objetivos correctos de los acuerdos internacionales son educar por igual tanto a los niños varones como a las niñas.

# Fuentes para los cuadros

## CAPÍTULO 1

- 1 Los datos ecoómicos proceden de: Banco Mundial. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Centro de Datos sobre el Desarrollo, del Banco Mundial.
- 2 Véase: el examen de una gran cantidad de investigaciones en el capítulo de Amy Ong Tsui, "Population Policies, Family Planning Programs, and Fertility: The Record." En: *Global Fertility Transition*, editado por Rodolfo A. Bulatao y John B. Casterline. 2001. Nueva York: The Population Council; Bongaarts, John. 1997. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions." págs. 422 a 444 en: *The Continuing Transition*, editado por G. W. Jones y otros. 1997. Oxford: Clarendon Press; Caldwell, J. C. (de próxima publicación.) "The Contemporary Population Challenge." Ponencia presentada en la reunión del Grupo de Expertos sobre el ciclo completo de transición de la fecundidad, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 11 a 14 de marzo de 2002; Angeles, G. y otros. 1998. "The Impact of Family Planning Programs on Fertility Preferences, Contraceptive Method Choice and Fertility: Estimation of Reduced Form Models". Chapel Hill, North Carolina: The EVALUATION Project, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; Sinding, S. 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries". Ponencia presentada en la Reunión del Grupo de Expertos de la División de Población sobre el ciclo completo de transición de la fecundidad, División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 11 a 14 de marzo de 2002.
- 3 Banco Mundial. 2001. *Engendering Development through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Behrman, J., S. Duryea y M. Szekely. 1999. "Intergenerational Schooling Mobility and Macro Conditions and Aggregate Schooling Policies in Latin America." En: *New Markets, New Opportunities: Economic and Social Mobility in a Changing World*, editado por N. Birdsall y C. Graham. 1999. Washington, D. C.: Brookings Institution and Carnegie Endowment for International Peace.
- 4 Banco Mundial. 2002. *From Many Lands*. Washington, D.C.: Voices of the Poor Project, Banco Mundial.

## CAPÍTULO 2

- 5 El UNFPA, en colaboración con: Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Population and Development Strategies. No. 2. Nueva York: UNFPA.

## CAPÍTULO 3

- 8 Algunas recientes contribuciones importantes al debate fundamental puede encontrarse en: National Research Council. 2000. *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*. Panel on Population Projections.

Washington D. C.: National Academy Press; Bulatao, R. A., y J. B. Casterline (editores) 2001. *The Global Fertility Transition*. Suplemento de *Population and Development Review* 27; Lutz, W., J. Vaupel y D. Ahlberg (editores) 1999. *Frontiers of Population Forecasting*. Suplemento monográfico especial de *Population and Development Review* 25. Pueden encontrarse evaluaciones alternativas idiosincrásicas en: Eberstadt, N. 2001. "The Population Implosion." *Foreign Policy* 123, debatido en: Barroso, C. y otros 2001. "Is There A Population Implosion?" *Environmental Change and Security Report*. No. 7, págs. 101 a 124. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center for International Scholars. Las implicaciones de esas decisiones se examinaron en la reunión del Grupo de Expertos sobre políticas de respuesta al envejecimiento y la declinación de la población, Nueva York, 16 a 18 de octubre de 2000; el Taller sobre perspectivas de disminución de la fecundidad en países con altas tasas de fecundidad, Nueva York, 9 a 11 de julio de 2001; y la Reunión del Grupo de Expertos sobre el ciclo completo de transición de la fecundidad, Nueva York, 11a 14 de marzo de 2002 (véase el sitio en la Web: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>).

## CAPÍTULO 4

- 13 Haddad, L. y otros 1996. "Food Security and Nutrition Implications of Intrahousehold Bias: A Review of Literature." Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper. No. 19. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria; y Marcoux, A. 2001. "The 'Feminization of Hunger': What Do the Surveys Tell Us?" Sustainable Development Dimensions Working Paper, No. 22. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- 14 Adato, M. y otros. 2000. "The Impact of PROGRESA on Women's Status and Intrahousehold Relations." Informe final. División de Consumo Alimentario y Nutrición. Washington, D.C.: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias; Gómez de León, J. y otros 1997. "The Evaluation of PROGRESA." Documento preparado para un seminario sobre evaluación del nuevo Programa de Lucha contra la Pobreza en México, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 10 de diciembre de 1997.
- 15 Hashemi, S., S. Schuler y Riley, A. 1996. "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." *World Development* 24 (4): págs. 635 a 653; Kaber, N. 1998. "Money Can't Buy Me Love: Re-Evaluating Gender, Credit, and Empowerment in Rural Bangladesh." IDS Discussion Paper. No. 363. Brighton, United Kingdom: University of Sussex; Khandker, S. R. y M. A. Latif. 1996. "The Role of Family Planning and Targeted Credit Programs in Demographic Change in Bangladesh." World Bank Discussion Paper No. 337. Washington, D.C.: Banco Mundial; Morduch, J. 1997. "The Microfinance Revolution." Ponencia. Cambridge, Massachusetts: Department of Economics, Harvard University; Pitt, M. y S. Khandker. 1998. "The Impact of Group-Based

Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter?" *Journal of Political Economy* 106(5): págs. 958 a 996; Rahman, M. y J. DaVanzo. 1997. "Influence of the Grameen Bank on Contraceptive Use in Bangladesh." Proyecto de ponencia presentado al Population Council, Nueva York, 15 de diciembre de 1997; y Schuler, S. R. y S. M. Hashemi. 1994. "Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 25(2): págs. 65 a 76.

## CAPÍTULO 5

- 18 Correa, S., S. Piola y M. Arihla. 1999. "Brazil Case Study", pág. 26. Págs. 25 y 26 en *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*, editado por L. Ashford y C. Makinson. 1999. Washington, DC: Population Reference Bureau; International Planned Parenthood Federation. 2001. Brazil country profile. [www.ippfwhr.org](http://www.ippfwhr.org); y Gogna, M. 2000. "Comparative Analysis of Case Studies." En: *Reproductive Health Programmes for Adolescents: The Cases of Buenos Aires, Mexico D.F., and São Paulo*, por CEDES, el Colegio de México, y NEPO/UNICAMP. Buenos Aires: CEDES.
- 19 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2000. *HIV and Health-care Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, págs. 75 y 76. Joint Naciones Unidas Programme on HIV/AIDS Case Study. UNAIDS Best Practices Collection. Ginebra: ONUSIDA.

## CAPÍTULO 7

- 21 Ahmed, R. 2000. "The Food for Education Programme in Bangladesh." En: *Out of the Shadow of Famine: Evolving Food Policy in Bangladesh*, editado por R. Ahmed, S. Haggblade, y P. Dorosh. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; y Arends-Kuenning, M., y S. Amin. 1998. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation." Working Paper No. 133. Nueva York: The Population Council.

## CAPÍTULO 8

- 23 Todas las citas proceden de: Comisión sobre Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: OMS.
- 25 Narayan, D. 2000. "What do the Poor Have to Say about Health, Nutrition and Population?" Informe de los Seminarios del Banco Mundial sobre pobreza, salud, nutrición y población, 1º de febrero 2000. Washington, D.C.: Banco Mundial. Basado en: Narayan, D. y otros 1999. "Global Synthesis: Consultations with the Poor." Proyecto de documento de debate preparado para: Global Synthesis Workshop: Consultations with the Poor, Washington, D.C., 22 y 23 de septiembre de 1999. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 26 Presentación de: C. Velasco (Pro Mujer, Bolivia), S. Daley-Harris (Director, Microcredit Summit Campaign; Research Education Fund), y E. Vor der Brugge (Vicepresident, Freedom from Hunger) en el

UNFPA, mayo de 2002; y Steele, F., S. Amin y R. T. Naved. 2001. "Savings/Credit Group Formation and Change in Contraception." *Demography* 38(2): págs. 267 a 282.

- 27 Véase: Banco Mundial. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Murray, C. J. L. y A. D. Lopez (editores). 1996. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Puede consultarse un análisis más completo en: Abouzahr, C. y J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill-Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): págs. 655 a 666.
- 28 Consejo de Desarrollo de la Unión Europea. 2002. Resolución sobre Salud y Pobreza del Consejo y los Gobiernos de los Estados Miembros, 2429ª reunión del Consejo, Bruselas (Bélgica), 30 de mayo de 2002. Sitio en la Web: <http://ue.eu.int>.
- 29 Dodd, N., J. Upadhyay y P. Friel. 2001. "Commodity Security." *IPPF Medical Bulletin* 35(6): págs. 3 y 4; y UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*. Nueva York: UNFPA.
- 30 Gobierno de Nicaragua. Julio de 2001. "Estrategia Fortalecida de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza". Managua: Gobierno de Nicaragua.

## Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1,000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Índice de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en último grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbra- mientos/ 1,000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los Métodos modernos		% preva- lencia VIH (15 a 24 años) M/F
<b>Total mundial</b>	55	63.9 / 68.1	400					50	61	54	0.82 / 1.39
<b>Regiones más desarrolladas (*)</b>	8	71.9 / 79.3	21					27	69	56	
<b>Regiones menos desarrolladas (+)</b>	59	62.5 / 65.7	440					54	59	54	
<b>Países menos adelantados (‡)</b>	92	50.6 / 52.2	1,000					127			
<b>ÁFRICA (1)</b>	<b>83</b>	<b>50.5 / 52.1</b>	<b>1,000</b>					<b>108</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	
<b>ÁFRICA ORIENTAL</b>	<b>94</b>	<b>44.8 / 46.0</b>	<b>1,300</b>					<b>112</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	
Burundi	111	39.8 / 41.4	1,900	56 / 46	45 / 41	8 / 6	42 / 56	60	9	1	4.96 / 11.05
Eritrea	82	51.1 / 53.7	1,100	58 / 48	43 / 28	28 / 19		112	5	4	2.78 / 4.30
Etiopía	106	42.8 / 43.8	1,800	79 / 48	31 / 18	21 / 13	51 / 66	78	8	6	4.40 / 7.82
Kenya	59	48.7 / 49.9	1,300	92 / 92	58 / 57	32 / 29	10 / 21	90	39	32	6.01 / 15.56
Madagascar	91	52.5 / 54.8	580	94 / 92	26 / 27	16 / 16		136	19	12	0.07 / 0.24
Malawi	130	39.6 / 39.0	580		61 / 40		24 / 51	152	31	26	6.35 / 14.89
Mauricio (2)	16	68.4 / 75.8	45	108 / 108		70 / 71	12 / 18	34	75	49	
Mozambique	128	37.3 / 38.6	980	83 / 60	43 / 29	11 / 7	38 / 69	129	6	5	6.13 / 14.67
Rwanda	119	40.2 / 41.7	2,300	115 / 114		10 / 9	25 / 37	60	13	4	4.92 / 11.20
Somalia	113	47.4 / 50.5	1,600					213			
Tanzanía, República Unida de	73	50.1 / 52.0	1,100	65 / 65	58 / 60		15 / 31	92	25	17	3.55 / 8.06
Uganda	94	45.3 / 46.8	1,100	162 / 146	74 / 49	20 / 13	21 / 41	211	23	18	1.99 / 4.63
Zambia	80	42.6 / 41.7	870	89 / 84		30 / 23	14 / 26	146	25	14	8.07 / 20.98
Zimbabwe	55	43.3 / 42.4	610		116 / 111		6 / 14	105	54	50	12.38 / 33.01
<b>África central (3)</b>	<b>87</b>	<b>48.8 / 51.1</b>	<b>1,000</b>					<b>204</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	
Angola	118	44.5 / 47.1	1,300	99 / 83		19 / 13		229	8	4	2.23 / 5.74
Camerún	79	49.3 / 50.6	720	99 / 82		23 / 18	16 / 28	127	19	7	5.44 / 12.67
Chad	116	45.1 / 47.5	1,500	85 / 49	26 / 10	17 / 4		195	8	2	2.38 / 4.28
Congo, República del	66	49.6 / 53.7	1,100	59 / 56	45 / 43		11 / 23	146			3.28 / 7.80
Congo, Rep. Democrática del (4)	77	51.0 / 53.3	940	48 / 44		24 / 13	6 / 19	230	8	2	2.93 / 5.91
Gabón	80	51.8 / 54.0	620	155 / 153	79 / 80	59 / 51		161	33	12	
República Centroafricana	93	42.7 / 46.0	1,200	69 / 46			38 / 62	141	15	3	5.83 / 13.54
<b>ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)</b>	<b>49</b>	<b>64.8 / 68.0</b>	<b>450</b>					<b>47</b>	<b>42</b>		
Argelia	43	68.7 / 71.8	150	114 / 104	93 / 88	66 / 67	22 / 40	20	64	50	
Egipto	40	66.7 / 69.9	170	104 / 96	104 / 92	84 / 78	32 / 54	34	56	54	
Jamahiriyá Árabe Libia	25	69.2 / 73.3	120	154 / 152		73 / 81	8 / 29	35	40	26	
Marruecos	42	66.8 / 70.5	390	107 / 87	63 / 47	44 / 35	37 / 62	28	50	42	
Sudán	78	55.6 / 58.4	1,500	60 / 51	38 / 33	30 / 28	29 / 51	57	8	7	1.08 / 3.14
Túnez	26	69.6 / 72.2	70	123 / 116	93 / 90	72 / 73	17 / 37	17	60	51	
<b>ÁFRICA MERIDIONAL</b>	<b>63</b>	<b>45.6 / 47.1</b>	<b>360</b>					<b>52</b>	<b>51</b>		
Botswana	67	36.5 / 35.6	480	106 / 105	96 / 107	73 / 80	24 / 18	63	40	39	16.08 / 37.49
Lesotho	111	40.9 / 39.6	530	97 / 106	55 / 83	26 / 37	26 / 6	67	30	30	17.40 / 38.08
Namibia	65	44.3 / 44.1	370	125 / 127	86 / 94	55 / 64	16 / 17	81	29	26	11.10 / 24.29
Sudáfrica	59	46.5 / 48.3	340	129 / 125	95 / 100	98 / 109	13 / 15	73	56	55	10.66 / 25.64
<b>ÁFRICA OCCIDENTAL (6)</b>	<b>87</b>	<b>50.7 / 51.8</b>	<b>1,100</b>					<b>123</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	
Benin	81	52.5 / 55.7	880	102 / 66	52 / 25	30 / 13	45 / 74	113	16	3	1.18 / 3.72
Burkina Faso	87	47.0 / 49.0	1,400	50 / 34	29 / 20	12 / 7	64 / 84	151	12	5	3.98 / 9.73
Côte d'Ivoire	81	47.7 / 48.1	1,200	89 / 66	50 / 31	30 / 16	43 / 58	121	15	7	2.92 / 8.31
Gambia	115	45.7 / 48.5	1,100	88 / 75	80 / 60	38 / 25	54 / 68	139	10	9	0.53 / 1.35
Ghana	62	56.0 / 58.5	590				18 / 34	78	22	13	1.36 / 2.97
Guinea	114	48.0 / 49.0	1,200	72 / 45	49 / 19	21 / 8		168	6	4	
Guinea-Bissau	121	44.0 / 46.9	910				43 / 74	195	8	4	1.06 / 2.98
Liberia	79	54.6 / 56.7	1,000	95 / 70		30 / 19	28 / 60	230	6	6	
Malí	120	51.1 / 53.0	630	63 / 44	33 / 14	19 / 10	48 / 62	195	8	6	1.37 / 2.08
Mauritania	97	50.9 / 54.1	870	86 / 81	52 / 39	21 / 15	49 / 69	147	8	5	
Níger	126	45.9 / 46.5	920	38 / 24	25 / 15	9 / 5	75 / 91	233	14	4	
Nigeria	79	52.0 / 52.2	1,100		75 / 59		25 / 41	104	15	9	2.99 / 5.83
Senegal	57	52.5 / 56.2	1,200	76 / 63	48 / 34	24 / 15	51 / 70	100	13	8	0.19 / 0.54
Sierra Leone	146	39.2 / 41.8	2,100					212	4	4	2.49 / 7.54
Togo	75	51.1 / 53.3	980	141 / 107	86 / 41	47 / 19	26 / 55	93	24	7	2.05 / 5.94
<b>ASIA</b>	<b>53</b>	<b>65.8 / 69.2</b>	<b>280</b> <sup>7</sup>					<b>64</b>	<b>59</b>		
<b>ASIA ORIENTAL (8)</b>	<b>34</b>	<b>69.9 / 74.9</b>	<b>55</b>					<b>82</b>	<b>81</b>		
Corea, República de	7	71.8 / 79.1	20		95 / 98		1 / 3	3	81	67	0.03 / 0.01
Corea, Rep. Popular Democrática de	39	62.5 / 68.0	35					2	62	53	
China	37	69.1 / 73.5	60	106 / 109	111 / 106	65 / 58	8 / 22	5	84	83	0.16 / 0.09
Hong Kong, R.A.E. de China (9)	4	77.3 / 82.8						7	86	80	

## Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos	Esperanza de vida al nacer M/F	Índice de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en último grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F	
Japón	3	77.8 / 85.0	12 <sup>10</sup>	102 / 102		101 / 103		4	59	53	0.02 / 0.04
Mongolia	58	61.9 / 65.9	65	92 / 96	77 / 88		1 / 1	53	60	46	
<b>ASIA MERIDIONAL</b>	<b>41</b>	<b>64.8 / 69.2</b>	<b>300</b>					<b>58</b>	<b>49</b>		
Camboya	73	53.6 / 58.6	590	128 / 110	68 / 51	29 / 15	20 / 40	97	24	19	0.97 / 2.49
Filipinas	29	68.0 / 72.0	240				4 / 4	33	47	28	0.02 / 0.02
Indonesia	40	65.3 / 69.3	470		90 / 92		7 / 17	53	57	55	0.07 / 0.06
Lao, Rep. Democrática Popular	88	53.3 / 55.8	650	120 / 102	70 / 59	39 / 27		91	32	29	0.05 / 0.03
Malasia	10	70.6 / 75.5	39	99 / 99	89 / 90	93 / 103	8 / 15	18	55	30	0.70 / 0.12
Myanmar	87	53.8 / 58.8	170	115 / 114		36 / 36	11 / 19	29	33	28	
Singapur	5	75.9 / 80.3	9			128 /	3 / 11	7	74	73	0.15 / 0.16
Tailandia	21	67.9 / 73.8	44	95 / 92		87 / 89	3 / 6	51	72	70	1.11 / 1.66
Viet Nam	34	66.9 / 71.6	95	113 / 107		64 / 58	4 / 8	20	75	56	0.32 / 0.17
<b>ASIA CENTROMERIDIONAL</b>	<b>69</b>	<b>62.7 / 64.1</b>	<b>410</b>					<b>48</b>	<b>41</b>		
Afganistán	161	43.0 / 43.5	820		15 / 0		46 / 75	111	5	4	
Bangladesh	67	60.6 / 60.8	600	125 / 120	68 / 72	45 / 50	47 / 69	125	54	43	0.01 / 0.01
Bhután	54	62.0 / 64.5	500	23 / 19		11 / 9		57	19	19	
India	65	63.6 / 64.9	440	107 / 93	88 / 63	59 / 39	32 / 59	44	48	43	0.34 / 0.71
Irán, Rep. Islámica del	36	68.8 / 70.8	130		95 / 89		15 / 28	28	73	56	0.05 / 0.01
Nepal	71	60.1 / 59.6	830	128 / 100	70 / 42	56 / 38	38 / 74	124	39	35	0.27 / 0.28
Pakistán	87	61.2 / 60.9	200	109 / 62		45 / 29	41 / 70	50	28	20	0.06 / 0.05
Sri Lanka	20	69.9 / 75.9	60	112 / 110	98 / 102	68 / 74	5 / 10	23	66	44	0.03 / 0.04
<b>ASIA OCCIDENTAL</b>	<b>39</b>	<b>68.0 / 72.1</b>	<b>230</b>					<b>47</b>	<b>28</b>		
Arabia Saudita	21	71.1 / 73.7	23	73 / 70	68 / 69	70 / 62	16 / 31	48	32	29	
Emiratos Árabes Unidos	11	74.1 / 78.4	30	96 / 92	76 / 86	75 / 80	24 / 19	64	28	24	
Iraq	64	63.5 / 66.5	370	96 / 80	59 / 51	25 / 14	44 / 76	41	14	10	
Israel	6	77.1 / 81.0	8	108 / 107		89 / 88	3 / 7	17	68	52	
Jordania	23	69.7 / 72.5	41	68 / 69		65 / 67	4 / 15	38	53	38	
Kuwait	11	74.9 / 79.0	25	79 / 77	69 / 71	63 / 64	15 / 19	28	50	41	
Líbano	17	71.9 / 75.1	130	113 / 108		85 / 94	7 / 18	25	61	37	
Omán	23	70.2 / 73.2	120	77 / 72	76 / 76	68 / 67	18 / 35	89	24	18	
República Árabe Siria	22	70.6 / 73.1	200	109 / 99	95 / 86	44 / 39	11 / 37	38	36	28	
Territorio Palestino Ocupado	21	70.8 / 74.0						94			
Turquía (11)	39	68.0 / 73.2	55		95 / 89	81 / 57	6 / 22	51	64	38	
Yemen	62	60.7 / 62.9	850	100 / 55		66 / 24	31 / 72	125	21	10	
<b>EUROPA</b>	<b>9</b>	<b>69.6 / 77.9</b>	<b>28</b>					<b>21</b>	<b>67</b>	<b>49</b>	
<b>EUROPA ORIENTAL</b>	<b>15</b>	<b>63.1 / 73.8</b>	<b>50</b>					<b>61</b>	<b>35</b>		
Bulgaria	15	67.1 / 74.8	23	102 / 99	92 / 92	88 / 86	1 / 2	41	42	25	
Eslovaquia	8	69.8 / 77.6	14	102 / 100	96 / 97	85 / 86		24	74	41	0.00 / 0.00
Hungría	9	67.8 / 76.1	23	103 / 102		97 / 99	0 / 1	21	77	68	0.10 / 0.02
Polonia	9	69.8 / 78.0	12				0 / 0	16	49	19	0.09 / 0.05
República Checa	5	72.1 / 78.7	14	104 / 103	110 / 107	81 / 84		17	72	63	0.00 / 0.00
Rumania	22	66.5 / 73.3	60	104 / 102		80 / 81	1 / 2	37	64	30	
<b>EUROPA SEPTENTRIONAL (12)</b>	<b>5</b>	<b>74.9 / 80.5</b>	<b>12</b>					<b>20</b>	<b>78</b>	<b>75</b>	
Dinamarca	5	74.2 / 79.1	15	103 / 103		123 / 130		7	78	72	0.14 / 0.07
Estonia	10	65.8 / 76.4	80	103 / 99	89 / 86	103 / 106		27	70	56	2.49 / 0.62
Finlandia	4	74.4 / 81.5	6	99 / 99		116 / 126		7	77	75	0.04 / 0.03
Irlanda	6	74.4 / 79.6	9	142 / 141		106 / 113		16			0.06 / 0.05
Letonia	14	65.7 / 76.2	70	106 / 99		87 / 86	0 / 0	21	48	39	0.94 / 0.24
Lituania	9	67.6 / 77.7	27	102 / 99	97 / 94	90 / 90	0 / 0	27	47	31	0.16 / 0.05
Noruega	5	76.0 / 81.9	9	102 / 102		119 / 122		10	74	69	0.08 / 0.04
Reino Unido	5	75.7 / 80.7	10	101 / 102		145 / 167		24	82	82	0.10 / 0.05
Suecia	3	77.6 / 82.6	8	109 / 112		142 / 181		5	78	72	0.07 / 0.05
<b>EUROPA MERIDIONAL (13)</b>	<b>7</b>	<b>74.4 / 80.8</b>	<b>12</b>					<b>11</b>	<b>68</b>	<b>48</b>	
Albania	25	70.9 / 76.7	31		84 / 95			16	58	15	
Bosnia y Herzegovina	14	71.3 / 76.7	15					23	48	16	
Croacia	8	70.3 / 78.1	18	98 / 97	80 / 79	85 / 87	1 / 2	19			0.00 / 0.00
Eslovenia	6	72.3 / 79.6	17	98 / 97	90 / 94	97 / 100	0 / 0	8	74	59	0.00 / 0.00
España	5	75.4 / 82.3	8	108 / 107		110 / 117	1 / 3	6	81	67	0.52 / 0.24
Grecia	6	75.9 / 81.2	2	97 / 97		95 / 96	1 / 4	10			0.14 / 0.07
Italia	5	75.5 / 81.9	11	103 / 102		96 / 95	1 / 2	6	60	39	0.29 / 0.26
Macedonia, ex República Yugoslava de	16	71.4 / 75.8	17	104 / 102	94 / 87	84 / 81		26			0.00 / 0.00
Portugal	6	72.6 / 79.6	12	126 / 121		108 / 117	5 / 9	17	66	33	0.41 / 0.19
Yugoslavia	13	70.9 / 75.6	15	69 / 70		61 / 64		25	58	33	

## Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1,000 nacidos	Esperanza de vida al nacer M/F	Índice de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en último grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1,000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F	
<b>EUROPA OCCIDENTAL (14)</b>	<b>5</b>	<b>75.2 / 81.7</b>	<b>14</b>					<b>9</b>	<b>74</b>	<b>71</b>	
Alemania	5	75.0 / 81.1	12	106 / 105		128 / 66		11	75	72	0.10 / 0.05
Austria	5	75.4 / 81.5	11	100 / 101		97 / 94		12	51	47	0.23 / 0.12
Bélgica	4	75.7 / 81.9	8					8	78	74	0.12 / 0.12
Francia	5	75.2 / 82.8	20	105 / 104		111 / 111		9	75	69	0.26 / 0.18
Países Bajos	5	75.6 / 81.0	10	109 / 107		128 / 122		4	79	76	0.20 / 0.09
Suiza	5	75.9 / 82.3	8	102 / 101		98 / 90		5	82	78	0.46 / 0.40
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>	<b>32</b>	<b>67.2 / 73.6</b>	<b>190</b>					<b>71</b>	<b>69</b>	<b>60</b>	
<b>CARIBE (15)</b>	<b>35</b>	<b>65.4 / 70.9</b>	<b>400</b>					<b>68</b>	<b>59</b>	<b>56</b>	
Cuba	7	74.8 / 78.7	24	100 / 99		77 / 82	3 / 3	65	70	67	0.09 / 0.05
Haití	61	50.2 / 56.5	1,100	150 / 153			46 / 50	64	27	21	4.06 / 4.96
Jamaica	20	73.7 / 77.8	120	97 / 98	85 / 93	88 / 92	16 / 9	46	66	63	0.82 / 0.86
Puerto Rico	10	71.2 / 80.1	30				6 / 6	63	78	68	
República Dominicana	36	64.4 / 70.1	110	136 / 130	78 / 86	61 / 72	16 / 16	93	64	59	2.10 / 2.76
Trinidad y Tabago	13	72.5 / 77.2	65	102 / 101	79 / 84	77 / 84		34	53	44	2.42 / 3.23
<b>CENTROAMÉRICA</b>	<b>30</b>	<b>69.1 / 74.7</b>	<b>110</b>					<b>63</b>	<b>55</b>		
Costa Rica	11	75.0 / 79.7	35		91 / 87		4 / 4	81	75	65	0.59 / 0.27
El Salvador	26	67.7 / 73.7	180	113 / 109	77 / 75	50 / 50	18 / 23	87	60	54	0.77 / 0.36
Guatemala	41	63.0 / 68.9	270	108 / 96	63 / 50	36 / 31	23 / 37	111	38	31	0.91 / 0.85
Honduras	33	63.2 / 69.1	220		64 / 71		24 / 24	103	50	41	1.20 / 1.50
México	28	70.4 / 76.4	65	114 / 113	87 / 86	70 / 72	6 / 10	64	67	58	0.37 / 0.10
Nicaragua	36	67.2 / 71.9	250		61 / 70		33 / 33	138	60	57	0.23 / 0.08
Panamá	19	72.6 / 77.3	100				7 / 8	75	58	54	1.88 / 1.25
<b>AMÉRICA DEL SUR (16)</b>	<b>33</b>	<b>66.7 / 73.6</b>	<b>200</b>					<b>70</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	
Argentina	20	70.6 / 77.7	85	120 / 120	97 / 98	86 / 93	3 / 3	61			0.86 / 0.34
Bolivia	56	61.9 / 65.3	550		80 / 75		7 / 19	75	53	27	0.11 / 0.06
Brasil	38	64.7 / 72.6	260	156 / 152		76 / 89	14 / 14	71	77	70	0.64 / 0.48
Chile	12	73.0 / 79.0	33	108 / 104	92 / 92	85 / 86	4 / 4	44			0.36 / 0.13
Colombia	26	69.2 / 75.3	120	112 / 112	84 / 87	50 / 56	8 / 8	80	77	64	0.85 / 0.19
Ecuador	41	68.3 / 73.5	210	113 / 113	96 / 96	56 / 57	6 / 9	66	66	50	0.31 / 0.15
Paraguay	37	68.6 / 73.1	170	117 / 114	85 / 87	49 / 52	5 / 7	75	57	48	
Perú	37	67.3 / 72.4	240	127 / 125	90 / 89	83 / 78	5 / 14	53	69	50	0.42 / 0.18
Uruguay	13	71.6 / 78.9	50	113 / 112	95 / 101	76 / 101	2 / 2	70			0.53 / 0.20
Venezuela	19	70.9 / 76.7	43		77 / 79		6 / 7	95	49	38	
<b>AMÉRICA DEL NORTE (17)</b>	<b>7</b>	<b>74.7 / 80.5</b>	<b>11</b>					<b>46</b>	<b>76</b>	<b>71</b>	
Canadá	5	76.2 / 81.8	6	97 / 97		106 / 104		19	75	73	0.28 / 0.18
Estados Unidos de América	7	74.6 / 80.4	12	101 / 104		112 / 81		49	76	71	0.48 / 0.23
<b>OCEANÍA</b>	<b>24</b>	<b>72.0 / 76.9</b>	<b>260</b> <sup>7</sup>					<b>39</b>	<b>62</b>	<b>58</b>	
<b>AUSTRALIA-NEUEVA ZELANDIA</b>	<b>5</b>	<b>76.2 / 81.8</b>	<b>8</b> <sup>10</sup>					<b>76</b>	<b>72</b>	<b>0.02 / 0.01</b>	
Australia (18)	5	76.4 / 82.0	6 <sup>10</sup>					18	76	72	0.12 / 0.02
Melanesia (19)	52	59.5 / 61.9	310								
Nueva Caledonia											
Nueva Zelanda	6	75.3 / 80.7	15 <sup>10</sup>					31	75	72	0.05 / 0.02
Papua Nueva Guinea	62	56.8 / 58.7	390	91 / 78	64 / 53	26 / 18		84	26	20	0.33 / 0.39
<b>PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍA EN TRANSICIÓN (20)</b>											
Armenia	15	70.3 / 76.2	29					32	61	22	0.23 / 0.06
Azerbaiyán	29	68.7 / 75.5	37	103 / 103	103 / 100	84 / 84		26	55	16	0.06 / 0.02
Belarús	12	62.8 / 74.4	33	113 / 108	95 / 92	85 / 88	0 / 1	29	50	42	0.59 / 0.20
Federación de Rusia	17	60.0 / 72.5	75	80 / 79	91 / 90	101 / 70	0 / 1	32			1.87 / 0.67
Georgia	18	69.5 / 77.6	22	95 / 95		79 / 78		33	41	20	0.08 / 0.02
Kazajistán	42	59.6 / 70.7	80	97 / 97	99 / 101	87 / 87		45	66	53	0.13 / 0.03
Kirguistán	37	64.8 / 72.3	80	105 / 103		85 / 88		29	60	49	0.00 / 0.00
Moldova, República de	20	62.8 / 70.3	65		82 / 81		0 / 1	43	62	43	0.46 / 0.14
Tayikistán	53	65.2 / 70.8	120				0 / 1	24	34	27	0.00 / 0.00
Turkmenistán	49	63.9 / 70.4	65					18	62	53	0.00 / 0.00
Ucrania	15	62.7 / 73.5	45	84 / 83	55 / 55	87 / 100		39	68	38	1.96 / 0.88
Uzbekistán	37	66.8 / 72.5	60					51	67	63	0.00 / 0.00

# Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (millones) (2002)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pop./ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPA\$ (2000)	Gastos/estudios prim. (% PIB per capita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	acceso agua potable
<b>Total mundial</b>	6,211.1	9,322.3	1.2	48	2.1		2.68	77				(1,655,138)	79 / 79		
<b>Regiones más desarrolladas (*)</b>	1,196.0	1,181.1	0.2	76	0.4		1.50	99					10 / 9		
<b>Regiones menos desarrolladas (+)</b>	5,015.1	8,141.1	1.5	41	2.8		2.92	58					86 / 86		
<b>Países menos adelantados (‡)</b>	692.2	1,829.5	2.5	26	4.6		5.24	34					154 / 147		
<b>ÁFRICA (1)</b>	<b>831.9</b>	<b>2,000.4</b>	<b>2.3</b>	<b>38</b>	<b>3.8</b>		<b>4.97</b>	<b>47</b>				<b>431,968</b> <sup>21</sup>	<b>143 / 134</b>		
<b>ÁFRICA ORIENTAL</b>	<b>263.0</b>	<b>691.1</b>	<b>2.4</b>	<b>25</b>	<b>4.7</b>		<b>5.83</b>	<b>34</b>					<b>168 / 155</b>		
Burundi	6.7	20.2	3.0	9	6.4	5.1	6.80	25	580		0.6	740	207 / 188		
Eritrea	4.0	10.0	4.2	19	6.3	5.5	5.28	21	960	11.1	2.9	3,518	149 / 134		46
Etiopía	66.0	186.5	2.4	16	4.6	4.7	6.75	10	660	26.5	1.3	24,731	190 / 175	290	24
Kenya	31.9	55.4	1.9	34	4.6	5.0	4.15	44	1,010	17.2	2.4	35,108	109 / 98	499	49
Madagascar	16.9	47.0	2.8	30	4.9	3.7	5.68	47	820		1.1	9,159	150 / 144		47
Malawi	11.8	31.1	2.2	15	4.6	4.3	6.34	56	600	8.2	2.8	16,516	224 / 223		57
Mauricio (2)	1.2	1.4	0.8	42	1.6	1.3	1.90		9,940	9.7	1.8	72	21 / 15		100
Mozambique	19.0	38.8	1.8	33	5.1	4.1	5.86	44	800		2.8	17,790	236 / 212	404	60
Rwanda	8.1	18.5	2.1	6	4.2	5.7	5.77	31	930		2.0	8,266	206 / 186		41
Somalia	9.6	40.9	4.2	28	5.8	5.7	7.25	34					193 / 178		
Tanzania, República Unida de	36.8	82.7	2.3	33	5.3	5.8	5.03	36	520		1.3	30,502	122 / 111	457	54
Uganda	24.8	101.5	3.2	15	5.7	2.6	7.10	38	1,210	7.7	1.9	37,394	167 / 151		50
Zambia	10.9	29.3	2.1	40	2.7	1.3	5.66	47	750	4.7	3.6	17,092	143 / 144	626	64
Zimbabwe	13.1	23.5	1.7	36	3.7	2.3	4.50	73	2,550	19.3	3.0	17,659	112 / 104	821	85
<b>ÁFRICA CENTRAL (3)</b>	<b>101.1</b>	<b>340.6</b>	<b>3.0</b>	<b>36</b>	<b>4.4</b>		<b>6.33</b>	<b>55</b>					<b>155 / 139</b>		
Angola	13.9	53.3	3.0	35	4.8	2.6	7.20	23	1,180			5,569	211 / 191	595	38
Camerún	15.5	32.3	2.1	50	3.6	1.1	4.70	56	1,590		1.0	1,759	138 / 127	419	62
Chad	8.4	27.7	3.1	24	4.7	1.6	6.65	16	870	6.3	2.3	2,984	207 / 190		27
Congo, República del	3.2	10.7	3.0	66	4.0	5.5	6.29		570	10.7	2.0	2,217	136 / 108	245	51
Congo, Rep. Democrática del (4)	54.3	203.5	3.3	31	4.9	4.0	6.70	70				1,837	136 / 120	293	45
Gabón	1.3	3.2	2.5	82	3.4	0.9	5.40	86	5,360		2.1	683	139 / 125	1,342	70
República Centroafricana	3.8	8.2	1.6	42	2.8	1.3	4.92	44	1,160		2.0	1,429	172 / 141		60
<b>ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)</b>	<b>180.7</b>	<b>303.6</b>	<b>1.8</b>	<b>49</b>	<b>2.7</b>		<b>3.13</b>	<b>70</b>				<b>49,323</b> <sup>22</sup>	<b>68 / 63</b>		
Argelia	31.4	51.2	1.8	58	2.7	0.9	2.79	92	5,040		2.6	2,644	50 / 44	944	94
Egipto	70.3	113.8	1.7	43	1.8	7.5	2.88	61	3,670		1.8	31,821	49 / 49	709	95
Jamahiriyá Árabe Libia	5.5	10.0	2.2	88	2.5	0.2	3.31	94					28 / 28	2,370	72
Marruecos	31.0	50.4	1.8	56	2.9	1.2	3.03	40	3,450		1.2	8,121	58 / 46	352	82
Sudán	32.6	63.5	2.3	37	4.7	1.1	4.47	86	1,520	45.6	0.7	4,255	126 / 118	503	75
Túnez	9.7	14.1	1.1	66	2.1	0.5	2.10	90	6,070		2.2	1,272	32 / 29	811	
<b>ÁFRICA MERIDIONAL</b>	<b>50.6</b>	<b>56.9</b>	<b>0.8</b>	<b>55</b>	<b>2.1</b>		<b>3.03</b>	<b>83</b>					<b>115 / 104</b>		
Botswana	1.6	2.1	0.5	49	1.4	2.0	3.94	99	7,170		2.5	1,075	146 / 137		
Lesotho	2.1	2.5	0.7	29	3.4	2.4	4.45	60	2,590	18.1		381	182 / 180		91
Namibia	1.8	3.7	1.7	31	3.3	1.0	4.87	76	6,410		3.3	2,583	123 / 118	645	77
Sudáfrica	44.2	47.3	0.8	58	2.1	0.4	2.85	84	9,160		3.3	19,449	107 / 95	2,597	86
<b>ÁFRICA OCCIDENTAL (6)</b>	<b>236.5</b>	<b>608.1</b>	<b>2.7</b>	<b>40</b>	<b>4.3</b>		<b>5.57</b>	<b>40</b>					<b>148 / 144</b>		
Benin	6.6	18.1	2.8	43	4.5	1.8	5.68	60	980	11.6	1.6	5,929	141 / 123	323	63
Burkina Faso	12.2	46.3	3.0	17	5.1	3.0	6.80	31	970	22.2	1.5	5,796	151 / 141		
Côte d'Ivoire	16.7	32.2	2.1	44	3.0	1.1	4.64	47	1,500		1.2	4,667	144 / 131	388	77
Gambia	1.4	2.6	2.4	31	4.4	5.0	4.79	51	1,620	13.5	2.3	1,321	205 / 185		62
Ghana	20.2	40.1	2.2	36	3.1	2.0	4.22	44	1,910		1.7	22,323	106 / 93	377	64
Guinea	8.4	20.7	1.5	28	3.1	4.5	5.83	35	1,930		2.3	9,574	188 / 191		48
Guinea-Bissau	1.3	3.3	2.4	32	4.8	2.8	5.99	35	710			157	219 / 196		49
Liberia	3.3	14.4	5.5	46	6.8	5.6	6.80					1,591	118 / 106		
Malí	12.0	41.7	2.9	31	5.1	1.9	7.00	24	780	13.3	2.1	16,851	240 / 232		65
Mauritania	2.8	8.5	3.0	59	5.1	2.7	6.00	40	1,630	10.1	1.4	862	163 / 150		37
Níger	11.6	51.9	3.6	21	6.0	1.8	8.00	16	740		1.2	4,291	207 / 213		59
Nigeria	120.0	278.8	2.6	45	4.4	1.2	5.42	42	800		0.8	16,693	130 / 130	705	57
Senegal	9.9	22.7	2.5	48	4.0	3.0	5.11	51	1,480		2.6	15,198	107 / 102	318	78
Sierra Leona	4.8	14.4	4.5	37	6.3	5.0	6.50	42	480		0.9	481	266 / 242		28
Togo	4.8	11.8	2.6	34	4.2	1.2	5.36	51	1,410	8.8	1.3	1,540	132 / 116	313	54
<b>ASIA</b>	<b>3,768.6</b>	<b>5,428.2</b>	<b>1.3</b>	<b>38</b>	<b>2.7</b>		<b>2.54</b>	<b>59</b>				<b>415,124</b>	<b>68 / 73</b>		
<b>ASIA ORIENTAL (8)</b>	<b>1,502.0</b>	<b>1,665.2</b>	<b>0.7</b>	<b>43</b>	<b>2.6</b>		<b>1.76</b>	<b>90</b>					<b>35 / 42</b>		
Corea, República de	47.4	51.6	0.7	83	1.3	2.3	1.51	100	17,300	17.4	2.4	0	10 / 9	3,871	92
Corea, Rep. Popular Democrática de	22.6	28.0	0.7	61	1.2	3.4	2.07					561	52 / 48	2,658	100
China	1,294.4	1,462.1	0.7	37	3.2	6.3	1.80	89	3,920	6.5	2.1	11,465	38 / 45	868	75
Hong Kong, R.A.E. de China (9)	7.0	9.6	1.2	100	1.2	5.3	1.17	100	25,590	7.8			5 / 5	2,661	
Japón	127.5	109.2	0.1	79	0.4	1.1	1.33	100	27,080	19.0	5.7	(111,691) <sup>23</sup>	5 / 4	4,070	
Mongolia	2.6	4.1	1.1	57	1.3	0.5	2.32	97	1,760			3,956	88 / 83		60

# Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (millones) (2002)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pop/ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPA\$ (2000)	Gastos/estudios prim. (% PIB per capita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	acceso agua potable
<b>ASIA MERIDIONAL</b>	<b>537.3</b>	<b>800.3</b>	<b>1.4</b>	<b>38</b>	<b>3.3</b>		<b>2.52</b>	<b>61</b>					<b>60 / 48</b>		
Cambodia	13.8	29.9	2.4	18	5.5	2.4	4.77	34	1,440		0.6	21,362	110 / 98		30
Filipinas	78.6	128.4	1.9	59	3.2	2.9	3.24	56	4,220	9.3	1.6	47,144	40 / 30	549	87
Indonesia	217.5	311.3	1.2	42	3.6	3.0	2.27	56	2,830		0.8	38,285	55 / 43	658	76
Lao, Rep. Democrática Popular	5.5	11.4	2.3	20	4.6	4.1	4.80	21	1,540	6.5	1.2	2,104	144 / 137		90
Malasia	23.0	37.8	1.7	58	2.9	0.5	2.90	96	8,330	10.7	1.4	670	15 / 11	1,878	
Myanmar	49.0	68.5	1.2	28	2.9	3.3	2.80			3.5	0.2	1,886	141 / 124	273	68
Singapur	4.2	4.6	1.7	100	1.7	7.0	1.45	100	24,910		1.1	0	6 / 6	5,742	100
Tailandia	64.3	82.5	1.1	20	2.1	1.7	2.00	85	6,320	11.9	1.9	11,039	32 / 19	1,169	80
Viet Nam	80.2	123.8	1.3	25	3.1	7.1	2.25	70	2,000	7.3	0.8	17,039	52 / 37	454	56
<b>ASIA CENTROMERIDIONAL</b>	<b>1,532.6</b>	<b>2,538.8</b>	<b>1.7</b>	<b>30</b>	<b>2.6</b>		<b>3.25</b>	<b>38</b>					<b>89 / 100</b>		
Afganistán	23.3	72.3	3.7	22	5.7	1.8	6.80					1,937	278 / 281		13
Bangladesh	143.4	265.4	2.1	26	4.3	9.0	3.56	12	1,590		1.7	89,494	88 / 97	139	97
Bhután	2.2	5.6	2.6	7	5.9	11.9	5.10	15			3.2	1,274	82 / 78		62
India	1,041.1	1,572.1	1.5	28	2.3	3.2	2.97	42	2,340	8.4	0.8	57,247	79 / 92	482	88
Irán, Rep. Islámica del	72.4	121.4	1.4	65	2.4	1.0	2.76		5,910	8.0	1.7	1,249	40 / 45	1,651	95
Nepal	24.2	52.4	2.3	12	5.1	7.1	4.48	12	1,370	9.3	1.3	25,073	91 / 106	358	81
Pakistán	148.7	344.2	2.5	33	3.5	3.2	5.08	20	1,860		0.7	28,144	121 / 135	444	88
Sri Lanka	19.3	23.1	0.9	23	2.4	4.6	2.09	94	3,460		1.7	2,804	30 / 16	406	83
<b>ASIA OCCIDENTAL</b>	<b>196.6</b>	<b>423.9</b>	<b>2.1</b>	<b>65</b>	<b>2.5</b>		<b>3.57</b>	<b>72</b>				<b>28,981</b>	<b>53 / 47</b>		
Arabia Saudita	21.7	59.7	3.1	87	3.6	0.5	5.54	91	11,390		6.4	0	26 / 23	4,204	95
Emiratos Árabes Unidos	2.7	3.7	1.7	87	2.2	1.0	2.86	99			0.8	0	16 / 14	9,977	
Iraq	24.2	53.6	2.7	67	2.7	0.4	4.77				3.8	313	79 / 76	1,263	85
Israel	6.3	10.1	2.0	92	2.2	0.4	2.70		19,330	20.3	6.0	22	9 / 9	3,029	
Jordania	5.2	11.7	2.8	79	3.0	1.4	4.31	97	3,950		3.6	9,856	29 / 27	1,028	96
Kuwait	2.0	4.0	2.6	96	2.6	3.0	2.66	98	18,690	23.6	2.9	12	13 / 13	8,984	
Líbano	3.6	5.0	1.6	90	1.9	0.4	2.18	88	4,550		2.2	2,278	22 / 17	1,280	100
Omán	2.7	8.8	3.3	77	4.0	11.7	5.46	91		8.9	2.9	10	29 / 25	3,607	39
República Árabe Siria	17.0	36.3	2.5	52	3.3	0.8	3.65	76	3,340		0.9	1,968	28 / 25	1,143	80
Territorio Palestino Ocupado	3.4	11.8	3.6	67	4.1		5.60					2,354	27 / 21		
Turquía (11)	68.6	98.8	1.3	66	1.9	0.8	2.30	81	7,030	13.3	3.3	6,480	56 / 42	1,093	83
Yemen	19.9	102.4	4.1	25	5.3	5.5	7.60	22	770		2.4	5,690	87 / 83	184	69
<b>EUROPA</b>	<b>725.1</b>	<b>603.3</b>	<b>-0.2</b>	<b>74</b>	<b>0.3</b>		<b>1.34</b>	<b>99</b>					<b>13 / 10</b>		
<b>EUROPA ORIENTAL</b>	<b>301.0</b>	<b>222.7</b>	<b>-0.5</b>	<b>68</b>	<b>-0.5</b>		<b>1.17</b>	<b>99</b>				<b>27,196</b> <sup>22,24</sup>	<b>21 / 16</b>		
Bulgaria	7.8	4.5	-1.0	70	-0.9	0.1	1.10		5,560	29.6	3.9	275	22 / 16	2,218	100
Eslovaquia	5.4	4.7	0.1	58	0.4	0.3	1.28		11,040	21.8	5.7	0	10 / 10	3,335	100
Hungría	9.9	7.5	-0.5	65	-0.1	0.2	1.20		11,990	17.9	5.2	0	12 / 10	2,512	99
Polonia	38.5	33.4	-0.1	63	0.3	0.5	1.26		9,000	16.7	4.7	205	11 / 10	2,416	
República Checa	10.3	8.4	-0.1	67	0.0	0.3	1.16		13,780	13.0	6.6	0	7 / 7	3,754	
Rumania	22.3	18.1	-0.3	55	0.1	0.3	1.32	98	6,360	19.9	3.8	1,952	29 / 25	1,622	58
<b>EUROPA SEPTENTRIONAL (12)</b>	<b>95.4</b>	<b>92.8</b>	<b>0.1</b>	<b>84</b>	<b>0.2</b>		<b>1.57</b>	<b>99</b>					<b>7 / 6</b>		
Dinamarca	5.3	5.1	0.2	85	0.2	0.1	1.65		27,250	24.1	6.9	(54,877)	7 / 6	3,773	100
Estonia	1.4	0.8	-1.1	69	-1.1	0.1	1.20		9,340		5.1	30	14 / 10	3,286	
Finlandia	5.2	4.7	0.1	59	0.1	0.1	1.55		24,570	21.9	5.2	(19,957)	5 / 4	6,461	100
Irlanda	3.9	5.4	1.0	59	1.4	0.4	2.02		25,520	11.6	5.2	(2,673)	8 / 8	3,726	
Letonia	2.4	1.7	-0.6	60	-0.6	0.2	1.10	100	7,070		4.0	31	19 / 15	1,586	
Lituania	3.7	3.0	-0.2	69	0.0	0.2	1.20		6,980		4.5	24	14 / 10	2,138	
Noruega	4.5	4.9	0.4	75	0.7	0.3	1.70		29,630	27.6	7.0	(61,671)	6 / 5	5,965	100
Reino Unido	59.7	58.9	0.2	90	0.3	0.2	1.61	99	23,550	17.2	5.8	(95,703)	7 / 6	3,871	100
Suecia	8.8	7.8	-0.1	83	-0.1	0.1	1.29		23,970	26.2	6.6	(61,602)	5 / 4	5,769	100
<b>EUROPA MERIDIONAL (13)</b>	<b>145.1</b>	<b>116.9</b>	<b>0.0</b>	<b>67</b>	<b>0.4</b>		<b>1.29</b>	<b>100</b>					<b>10 / 9</b>		
Albania	3.2	3.9	0.6	43	2.1	2.2	2.27	99	3,600	9.5	2.0	3,342	37 / 31	311	
Bosnia y Herzegovina	4.1	3.5	1.1	43	2.2	0.3	1.30	100			8.0	317	17 / 14	518	
Croacia	4.7	4.2	0.0	58	0.8	0.3	1.70		7,960		9.5	0	10 / 8	1,864	
Eslovenia	2.0	1.5	-0.1	49	-0.1	0.2	1.14		17,310	20.6	6.7	0	8 / 7	3,277	100
España	39.9	31.3	0.0	78	0.3	0.2	1.13		19,260	16.4	5.4	(9,466)	7 / 6	3,005	
Grecia	10.6	9.0	0.0	60	0.5	0.4	1.24		16,860		4.7		8 / 7	2,552	
Italia	57.4	43.0	-0.1	67	0.1	0.3	1.20		23,470	21.7	5.6	(13,508)	7 / 6	2,932	
Macedonia, ex Rep. Yugoslava de	2.1	1.9	0.3	59	0.4	0.4	1.48		5,020	19.1	5.3		19 / 18		
Portugal	10.0	9.0	0.1	66	1.9	0.5	1.45	100	16,990	18.7	5.1	(440)	9 / 8	2,365	
Yugoslavia	10.5	9.0	-0.1	52	0.2	0.6	1.55					800	17 / 14	1,258	

# Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (millones) (2002)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pop./ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPA\$ (2000)	Gastos/estudios prim. (% PIB per capita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	acceso agua potable
<b>EUROPA OCCIDENTAL (14)</b>	<b>183.7</b>	<b>170.9</b>	<b>0.1</b>	<b>83</b>	<b>0.3</b>		<b>1.50</b>	<b>100</b>					<b>6 / 6</b>		
Alemania	82.0	70.8	0.0	88	0.2	0.2	1.29		24,920		7.9	(119,764) <sup>26</sup>	6 / 6	4,108	
Austria	8.1	6.5	-0.1	67	0.2	0.3	1.24		26,330	21.4	5.9	(1,449)	6 / 5	3,513	100
Bélgica	10.3	9.6	0.1	97	0.2	0.2 <sup>25</sup>	1.48		27,470	8.5	6.3	(10,443)	6 / 6	5,735	
Francia	59.7	61.8	0.4	76	0.6	0.1	1.80		24,420	15.8	7.3	(7,977)	6 / 6	4,351	
Países Bajos	16.0	15.8	0.3	90	0.5	0.6	1.50	100	25,850	14.1	6.0	(115,781)	7 / 6	4,686	100
Suiza	7.2	5.6	-0.1	68		1.1	1.38		30,450	20.1	7.6	(17,796)	7 / 5	3,738	100
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>	<b>534.2</b>	<b>805.6</b>	<b>1.4</b>	<b>76</b>	<b>1.9</b>		<b>2.50</b>	<b>81</b>				<b>182,603</b>	<b>45 / 36</b>		
<b>CARIBE (15)</b>	<b>38.7</b>	<b>49.8</b>	<b>1.0</b>	<b>63</b>	<b>1.6</b>		<b>2.41</b>	<b>73</b>					<b>60 / 50</b>		
Cuba	11.3	10.8	0.3	76	0.5	0.4	1.55	100		16.3		540	12 / 8	1,117	95
Haití	8.4	14.0	1.6	36	3.3	5.5	3.98	24	1,470		1.4	20,222	111 / 96	265	46
Jamaica	2.6	3.8	0.9	57	1.8	2.0	2.37	95	3,440	11.8	3.0	4,209	28 / 21	1,597	71
Puerto Rico	4.0	4.8	0.9	76	1.3	1.5	1.90	100				0	14 / 11		
República Dominicana	8.6	12.0	1.5	66	2.4	1.0	2.71	96	5,710	2.8	1.9	8,163	57 / 47	904	79
Trinidad y Tabago	1.3	1.4	0.5	75	1.0	0.9	1.53	99	8,220	4.8	2.5	234	17 / 12	6,205	86
<b>CENTROAMÉRICA</b>	<b>139.8</b>	<b>220.2</b>	<b>1.6</b>	<b>69</b>	<b>2.0</b>		<b>2.76</b>	<b>76</b>					<b>41 / 34</b>		
Costa Rica	4.2	7.2	2.0	60	2.9	1.7	2.67	98	7,980	8.2	5.2	313	15 / 11	818	98
El Salvador	6.5	10.9	1.8	62	3.5	2.6	2.88	51	4,410	7.0	2.6	9,105	38 / 31	651	74
Guatemala	12.0	26.6	2.6	40	3.4	2.9	4.41	41	3,770	6.1	2.1	10,411	58 / 51	548	92
Honduras	6.7	12.8	2.3	54	4.0	1.2	3.72	54	2,400		3.9	8,864	55 / 44	522	90
México	101.8	146.7	1.4	75	1.7	0.9	2.49	86	8,790	6.4	2.6	14,924	37 / 31	1,543	86
Nicaragua	5.3	11.5	2.6	57	3.3	0.4	3.82	65	2,080	12.6	8.5	9,954	50 / 40	539	79
Panamá	2.9	4.3	1.4	57	2.0	1.0	2.42	90	5,680		4.9	244	26 / 22	835	87
<b>AMÉRICA DEL SUR (16)</b>	<b>355.7</b>	<b>535.5</b>	<b>1.4</b>	<b>80</b>	<b>1.9</b>		<b>2.41</b>	<b>85</b>					<b>45 / 35</b>		
Argentina	37.9	54.5	1.2	88	1.4	0.1	2.44	98	12,050	9.0	2.4	1,558	26 / 21	1,727	79
Bolivia	8.7	17.0	2.2	63	3.0	1.6	3.92	59	2,360	10.9	4.1	19,230	80 / 70	562	79
Brasil	174.7	247.2	1.2	82	1.9	0.4	2.15	88	7,300	11.0	2.9	12,595	50 / 38	1,068	87
Chile	15.6	22.2	1.2	86	1.5	1.1	2.35	100	9,100	10.5	2.7	415	15 / 12	1,688	94
Colombia	43.5	70.9	1.6	76	2.3	2.0	2.62	86	6,060		5.2	2,181	35 / 30	676	91
Ecuador	13.1	21.2	1.7	63	2.4	1.2	2.76	69	2,910		1.7	7,555	60 / 49	705	71
Paraguay	5.8	12.6	2.5	57	3.6	1.0	3.84	58	4,450	10.9	1.7	4,292	51 / 39	773	79
Perú	26.5	42.1	1.6	73	2.1	1.8	2.64	56	4,660	4.8	2.4	22,112	61 / 50	519	77
Uruguay	3.4	4.2	0.7	92	0.9	0.3	2.30	99	8,880		1.9	461	18 / 13	976	98
Venezuela	25.1	42.2	1.8	87	2.1	0.7	2.72	95	5,740	2.1	2.6	448	25 / 20	2,253	84
<b>AMÉRICA DEL NORTE (17)</b>	<b>319.9</b>	<b>437.6</b>	<b>0.9</b>	<b>78</b>	<b>1.2</b>		<b>1.90</b>	<b>99</b>					<b>8 / 8</b>		
Canadá	31.3	40.4	0.8	79	1.1	0.0	1.58	98	27,170		6.6	(37,212)	7 / 6	7,929	100
Estados Unidos de América	288.5	397.1	0.9	77	1.2	0.0	1.93	99	34,100	18.0	5.7	(603,003)	8 / 8	8,159	100
<b>OCEANÍA</b>	<b>31.3</b>	<b>47.2</b>	<b>1.2</b>	<b>74</b>	<b>1.5</b>		<b>2.39</b>	<b>86</b>					<b>32 / 33</b>		
<b>AUSTRALIA-NEUVA ZELANDIA</b>	<b>23.4</b>	<b>30.9</b>	<b>0.9</b>	<b>90</b>	<b>1.3</b>		<b>1.79</b>	<b>100</b>					<b>7 / 6</b>		
Australia (18)	19.5	26.5	1.0	91	1.4	0.0	1.75	100	24,970	14.0	6.0	(30,530)	7 / 6	5,690	100
Melanesia (19)	6.8	14.2	2.2	24	3.5		4.14	63					68 / 74		
Nueva Caledonia															
Nueva Zelanda	3.8	4.4	0.7	86	0.9	0.1	1.97	100	18,530	16.6	6.3	(2,316)	8 / 7	4,770	
Papua Nueva Guinea	5.0	11.0	2.2	18	3.7	5.4	4.32	53	2,180		2.5	7,288	81 / 88		42
<b>PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍA EN TRANSICIÓN (20)</b>															
Armenia	3.8	3.2	0.1	67	0.2	0.9	1.10	97	2,580		4.0	520	19 / 17	485	
Azerbaiyán	8.1	8.9	0.6	52	0.6	1.1	1.51	88	2,740	21.6	1.0	941	41 / 38	1,575	
Belarús	10.1	8.3	-0.4	70	-0.2	0.2	1.20		7,550	45.8	4.6	15	18 / 13	2,381	100
Federación de Rusia	143.8	104.3	-0.6	73	-0.6	0.1	1.14		8,010		4.6	10,025	24 / 18	4,121	99
Georgia	5.2	3.2	-0.5	57	-0.1	1.0	1.39	96	2,680		0.8	746	25 / 18	512	
Kazajistán	16.0	15.3	-0.4	56	-0.3	0.1	1.95	99	5,490		2.7	2,809	62 / 42	2,374	91
Kirguistán	5.0	7.5	1.2	34	1.2	0.9	2.34	98	2,540		2.2	1,402	50 / 42	504	77
Moldova, República de	4.3	3.6	-0.3	41	0.0	0.5	1.40	99	2,230		2.9	422	28 / 22	656	100
Tayikistán	6.2	9.8	0.7	28	0.7	2.4	2.87	77	1,090		5.2	892	82 / 70	543	
Turkmenistán	4.9	8.4	1.9	45	2.3	0.9	3.17	97	3,800		4.1	719	74 / 61	2,677	
Ucrania	48.7	30.0	-0.9	68	-0.8	0.2	1.10	99	3,700	42.4	2.9	3,702	22 / 16	2,973	
Uzbekistán	25.6	40.5	1.4	37	1.4	1.4	2.29	96	2,360		3.4	2,592	56 / 48	2,024	85

## Indicadores escogidos para países y territorios menos poblados

### Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación		Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes/1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 19 años) M/F
Antillas Neerlandesas	13	73.3 / 79.2	20	120 / 114	70 / 82	45			
Bahamas	17	65.2 / 73.9	10	95 / 92		61	62	60	2.64 / 3.03
Bahrein	14	72.1 / 76.3	38	104 / 104	89 / 98	18	62	31	
Barbados	11	74.5 / 79.5	33	88 / 87	102 / 108	43	55	53	
Belice	30	73.0 / 75.9	140	115 / 111	50 / 58	79	47	42	1.10 / 1.99
Brunei Darussalam	9	74.2 / 78.9	22	109 / 104	100 / 111	30			
Cabo Verde	50	67.0 / 72.8	190	146 / 143		72	53	46	
Chipre	8	76.0 / 80.5		83 / 83	81 / 85	10			
Comoras	67	59.4 / 62.2	570	82 / 70	27 / 22	77	21	11	
Djibouti	117	39.4 / 41.6	520	46 / 32	19 / 13	65			
Fiji	17	68.1 / 71.5	20	113 / 111		54	41	35	
Guadalupe	7	74.8 / 81.7	5			18	44	31	
Guam	10	72.4 / 77.0	12			109			
Guinea Ecuatorial	99	50.4 / 53.6	1,400	146 / 115		192			1.40 / 2.77
Guyana	52	58.0 / 66.9	150	103 / 101	78 / 79	64	31	28	3.28 / 4.01
Islandia	5	77.1 / 81.8	16	101 / 98	107 / 113	18			
Islas Salomón	21	67.9 / 70.7	60			87			
Luxemburgo	6	74.6 / 80.9		104 / 105	96 / 99	9			
Maldivas	37	68.3 / 67.0	390			53			
Malta	7	75.9 / 81.0		107 / 107	98 / 87	12			
Martinica	7	75.8 / 82.3	4			27	51	38	
Micronesia (27)	19	71.0 / 75.5				78			
Nueva Caledonia	7	72.5 / 77.7	10			31			
Polinesia (28)	17	69.2 / 74.8	33			53			
Polinesia Francesa	9	70.7 / 75.8	20			58			
Qatar	11	69.4 / 72.1	41	98 / 93	68 / 90	36	43	32	
Reunión	8	70.6 / 79.1	39			20	67	62	
Samoa	26	66.9 / 73.5	15	101 / 102	59 / 66	46			
Suriname	26	68.5 / 73.7	230			16			1.22 / 1.52
Swazilandia	92	38.1 / 38.1	370	121 / 114	56 / 55	81	20	17	15.23 / 39.49
Timor Oriental	121	49.2 / 50.9	850			27			
Vanuatu	29	67.5 / 70.5	32	116 / 111	21 / 25	54			

### Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Pobl. total (miles) 2002	Pobl. proyecciones (miles) 2050	% pobl. urbana (2001)	Tasa crec. pobl. urbana (2000-2005)	Pobl./ha. arable y cultivo permanente	Tasa fecundidad total (2000-2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPA\$ (2000)	Mortalidad menores de 5 años M/F
Antillas Neerlandesas	219	259	69.3	1.1	0.1	2.09			17 / 11
Bahamas	312	449	88.9	1.6	1.1	2.31	99	16,400	26 / 20
Bahrein	663	1,008	92.5	2.0	1.2	2.28	98		22 / 15
Barbados	269	263	50.5	1.4	0.7	1.50	91	15,020	13 / 11
Belice	236	392	48.1	2.2	0.8	2.89	77	5,240	39 / 38
Brunei Darussalam	341	565	72.8	2.5	0.4	2.53	99		10 / 10
Cabo Verde	446	807	63.5	3.9	2.4	3.24	53	4,760	60 / 53
Chipre	797	910	70.2	1.2	0.5	1.92		20,780	8 / 8
Comoras	749	1,900	33.8	4.6	4.3	4.96	62	1,590	96 / 87
Djibouti	652	1,068	84.2	1.3		5.77			210 / 194
Fiji	832	916	50.2	2.5	1.1	2.98	100	4,480	20 / 24
Guadalupe	435	479	99.6	0.8	0.6	2.02			11 / 8
Guam	162	307	39.5	3.0		3.95	100		13 / 10
Guinea Ecuatorial	483	1,378	49.3	4.9	1.4	5.89		5,600	167 / 153
Guyana	765	504	36.7	1.4	0.3	2.31	95	3,670	80 / 60
Islandia	283	333	92.7	0.8	3.4	1.90		28,710	7 / 5
Islas Salomón	479	1,458	20.2	6.0	5.3	5.26	85	1,710	31 / 30
Luxemburgo	448	715	91.9	1.6	0.2 <sup>25</sup>	1.76		45,470	7 / 7
Maldivas	309	868	28.0	4.6	26.3	5.37		4,240	38 / 56
Malta	393	400	91.2	0.7	0.8	1.77		16,530	9 / 8
Martinica	388	413	95.2	0.8	0.7	1.70			9 / 8
Micronesia (27)	540	1,080	28.6	3.6		4.11	93		24 / 23
Nueva Caledonia	224	397	78.1	3.2		2.47		21,820	9 / 10
Polinesia (28)	621	958	40.4	1.9		3.01	99		22 / 20
Polinesia Francesa	241	372	52.6	1.6		2.47	99	23,340	11 / 11
Qatar	584	831	92.9	1.7	0.4	3.34			16 / 11
Reunión	742	1,002	72.1	2.2	0.7	2.14			12 / 10
Samoa	159	223	22.3	1.4		4.24	100	5,050	34 / 29
Suriname	421	418	74.8	1.3	1.2	2.05	85	3,480	35 / 23
Swazilandia	948	1,391	26.7	2.2	1.7	4.44	55	4,600	178 / 163
Timor Oriental	779	1,410	7.5	4.7	7.7	3.85	71		182 / 174
Vanuatu	207	462	22.1	4.2		4.26	89	2,960	32 / 39

## Notas para los indicadores

Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan la expresión de opiniones por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con respecto a la situación legal en ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de sus fronteras o bordes.

Los datos para países o zonas de pequeña magnitud (en general, los que en 1990 tenían 200.000 o menos habitantes), no figuran por separado en este cuadro, sino que se han incluido en las cifras de población correspondientes a sus regiones.

- (\*) Las regiones más desarrolladas abarcan América del Norte, el Japón, Europa y Australia/Nueva Zelandia.
- (+) Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de África y el Caribe, América Latina, Asia (excluido el Japón) y Melanesia, Micronesia y Polinesia.
- (x) Los países menos adelantados son los así designados por las Naciones Unidas.
- (1) Incluso Territorio Británico del Océano Índico y Seychelles.
- (2) Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
- (3) Incluso Santo Tomé y Príncipe.
- (4) Anteriormente Zaire.
- (5) Incluso Sahara Occidental.
- (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha.
- (7) En los promedios y totales regionales se excluyen el Japón y Australia-Nueva Zelandia.
- (8) Incluso Macao.
- (9) El 1º de julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- (10) Este dato se incluye en la agregación de las regiones más desarrolladas, pero no en la estimación para la región geográfica.
- (11) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país se incluye en Europa.
- (12) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
- (13) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.
- (14) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (15) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- (16) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (17) Incluso Bermudas, Groenlandia y Saint Pierre y Miquelón.
- (18) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).

- (19) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (20) Los Estados de la ex URSS se agrupan en las regiones existentes. Belarús, la Federación de Rusia, la República de Moldova y Ucrania figuran en Europa oriental. Armenia, Azerbaiyán y Georgia pertenecen al Asia occidental. Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán pertenecen al Asia centro-meridional. El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (21) El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (22) Esas subregiones corresponden a la Región de los Estados Árabes y Europa, establecida por el UNFPA.
- (23) Estimaciones basadas en informes de años anteriores. En el futuro se espera contar con datos actualizados.
- (24) El total para Europa oriental incluye algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
- (25) En esta cifra se incluyen Bélgica y Luxemburgo.
- (26) Según los informes más recientes, esta cantidad podría ser mayor. En futuras publicaciones se reflejará una evaluación de dichos informes.
- (27) Comprende Estados Federados de Micronesia, Guam, Islas del Pacífico (Palau), Islas Marianas Septentrionales, Islas Marshall, Isla Wake, Kiribati y Nauru.
- (28) Comprende Isla Johnston, Islas Cook, Islas Midway, Islas Wallis y Futuna, Pitcairn, Samoa, Samoa Americana, Tokelau, Tonga y Tuvalu.

## Notas técnicas

En los cuadros estadísticos de esta edición del informe *El Estado de la Población Mundial* se sigue prestando especial atención a los indicadores que pueden contribuir a reflejar el adelanto hacia las metas cuantitativas y cualitativas establecidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación, acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia) y prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes. También se han introducido varios cambios en otros indicadores, como se explica *infra*. A medida que las acciones posteriores a la CIPD y a la Cumbre del Milenio vayan estimulando el establecimiento de mejores sistemas de vigilancia, en futuros informes se presentarán periódicamente distintas mediciones de los procesos, a medida que se disponga de ellas. La mejor vigilancia de las contribuciones financieras de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado también debería posibilitar en el futuro una mejor información acerca de los gastos y la movilización de recursos para la conquista de las metas de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A continuación se indican las fuentes de los indicadores, por categoría, y las razones por las cuales se los ha escogido.

## Vigilancia de las metas de la CIPD

### INDICADORES DE MORTALIDAD

**Mortalidad de menores de un año y esperanza de vida al nacer, hombres y mujeres:** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Datos en disquetes, “Demographic Indicators 1950-2050”). Nueva York: Naciones Unidas. Esos indicadores se refieren a los niveles de mortalidad, respectivamente, en el primer año de vida (en que hay mayor sensibilidad al grado de desarrollo del país) y a lo largo de todo el período de vida.

**Tasa de mortalidad derivada de la maternidad:** Fuente: Kenneth Hill, Carla AbouZahr y Tessa Wardlaw. “Estimates of Maternal Mortality for 1995”. *Bulletin of the World Health Organization*. 79 (3): págs. 182 a 193. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones fueron acordadas por consenso por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA. Este indicador refleja el número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, resultantes de trastornos relativos al embarazo, el parto y las complicaciones conexas. No obstante, es difícil conseguir algún grado de precisión, aun cuando las magnitudes relativas son elocuentes. Las estimaciones inferiores a 50 no se redondean; en el tramo de 50 a 100, se redondean hacia las cinco unidades más próximas; en el tramo de 100 a 1.000, hacia las diez unidades más próximas; y por encima de 1.000, hacia las 100 unidades más próximas. Varias de las estimaciones de mortalidad relacionadas con la maternidad difieren de las cifras oficiales presentadas por los gobiernos de los países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en cifras publicadas, utilizando fórmulas para mejorar la comparabilidad de los datos de diferentes fuentes. Los detalles sobre el origen de determinadas estimaciones por países se indican junto con la fuente. Tales estimaciones, así como las metodologías correspondientes, son objeto de constante revisión por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, otros organismos y varias instituciones académicas y serán modificadas cuando sea necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad derivada de la

maternidad. Debido a los cambios en la metodología, es posible que las estimaciones anteriores de cifras correspondientes a 1990 no sean estrictamente comparables a las presentes estimaciones.

## INDICADORES DE EDUCACIÓN

**Tasas brutas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas. Tasas brutas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas:** Fuente: planillas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 1999. (Los datos se publicarán en las series *UNESCO Statistical Yearbook y World Education Report 2000*). Montreal: Instituto de Estadística de la UNESCO (Sitio en la Web: [www.unesco.org/statistics](http://www.unesco.org/statistics)). Las tasas brutas de matriculación indican la proporción de estudiantes matriculados en un determinado nivel del sistema educacional por cada 100 personas que pertenecen al grupo de edades apropiado. No se introducen factores de corrección para personas que son mayores que la edad apropiada debido a que han comenzado más tarde, han interrumpido la asistencia a la escuela o han repetido grados.

**Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres:** Fuente: Planillas suministradas por la UNESCO (los datos serán publicados en la serie *Education for All: Status and Trends*. Montreal: UNESCO [Sitio en la Web: [www.unesco.org/statistics](http://www.unesco.org/statistics)]). Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la medida de lo posible, los datos se refieren a la proporción de personas que no pueden ni leer ni escribir una frase simple acerca de la vida cotidiana, ni comprender cabalmente de qué se trata. La tasa de analfabetismo de adultos (tasa de analfabetismo de personas mayores de 15 años de edad) refleja tanto los niveles actuales de matriculación en la escuela como la historia de los niveles educacionales alcanzados en el pasado. Los mencionados indicadores de educación se han actualizado utilizando estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas que figuran en *World Population Prospects: The 1998 Revision*. Los datos son estimaciones y proyecciones para 2002.

**Porcentaje de alumnos que llegan al último grado de la escuela primaria:** Fuentes: Banco Mundial. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Centro de Información sobre el Desarrollo, Banco Mundial, sobre la base de datos de la UNESCO (Montreal: Instituto de Estadística de la UNESCO). Los datos son los más recientes, dentro del período 1992-2000.

## INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

**Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad:** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas (Datos en disquetes “*Demographic Indicators 1950-2050*”); y División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *Age Patterns of Fertility: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Debido a que es un nivel anual agregado para todas las mujeres en la misma cohorte de edades, no refleja plenamente el nivel de fecundidad de las mujeres jóvenes. Dado que indica el número medio de alumbramientos por mujer y por año, podría multiplicarse por cinco para calcular aproximadamente el número de alumbramientos por cada 1.000 mujeres jóvenes antes de los veinte años. Esta medición no indica la magnitud cabal del embarazo en la adolescencia, dado que sólo se computan los alumbramientos de niños vivos. Las pérdidas debidas a mortinatalidad y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador.

**Prevalencia del uso de anticonceptivos:** Fuente: División de

Población de las Naciones Unidas. 2002. Base de datos sobre el uso de anticonceptivos (actualizada a junio de 2002). Nueva York: Naciones Unidas. Estos datos se han preparado sobre la base de encuestas por muestreo y reflejan en forma estimativa la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan o bien cualquier método anticonceptivo, o bien métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos abarcan la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a la variación en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. A diferencia de los criterios utilizados en años anteriores, todos los datos por países y regionales se refieren a mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Todos los datos se recogieron en 1972 o posteriormente. Se mencionan los datos de las más recientes encuestas disponibles; casi un 80% de los datos se refieren al período 1990-2000.

**Tasa de prevalencia del VIH, M/F, 15 a 24 años.** Fuente: ONUSIDA. 2000. Las planillas de datos sobre el VIH/SIDA por países figuran en el sitio del ONUSIDA (UNAIDS) en la Web. Los datos se basan en informes de los sistemas de vigilancia y en estimaciones realizadas aplicando modelos. Los datos presentados para varones y mujeres de 15 a 24 años de edad son, respectivamente, promedios de estimaciones altas y bajas para cada país. El año de referencia es 1999. Las diferencias entre varones y mujeres reflejan diferentes grados de vulnerabilidad fisiológica y social a la enfermedad y están afectadas por la diferencia de edades en la pareja sexual.

## INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

**Población total en 2002, Proyecciones de población para 2050, Tasa media anual de crecimiento demográfico en el lapso 2000-2005:**

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Datos en disquetes “*Demographic Indicators 1950-2050*”; y División de Población de las Naciones Unidas. 2001. *Annual Populations 1950-2050: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas). Estos indicadores reflejan la cantidad de población de cada país, las proyecciones de la futura cantidad y la actual tasa de crecimiento anual.

**Porcentaje de población urbana, tasas de crecimiento urbano:** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. (ESA/P/WP.173). Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la proporción de la población de los países que vive en zonas urbanas y la tasa de crecimiento en dichas zonas urbanas según las proyecciones para el período 2000-2005.

**Población agrícola por hectárea de tierra cultivable y de tierra cultivada permanentemente:** Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), (Datos del Servicio de Desarrollo Estadístico, FAO), utilizando datos de población agrícola basados en los datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador vincula la cantidad de población de agricultores con las tierras aptas para la producción agrícola. Refleja los cambios, tanto en la estructura de las economías nacionales (proporción de mano de obra que trabaja en la agricultura) como en las tecnologías de aprovechamiento de tierras. Los valores altos pueden atribuirse a la sobrecarga de la productividad de la tierra y la fragmentación de

las parcelas. Por otra parte, esta medición también refleja distintos niveles de desarrollo y diversas políticas de uso del suelo.

**Tasa de fecundidad total (período 2000-2005):** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. (Datos en disquetes “Demographic Indicators 1950-2050”). Nueva York: Naciones Unidas. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si tuviera hijos de conformidad con la tasa estimada para diferentes grupos de edades en el lapso especificado. Distintos países pueden llegar al nivel calculado en momentos diferentes dentro de dicho lapso.

**Partos atendidos por personal capacitado:** Fuente: Organización Mundial de la Salud; información actualizada proporcionada por la OMS para países y regiones menos adelantados (Estimaciones mundiales para 2001 de fecha febrero de 2002). No se dispone de datos para los países más desarrollados. Este indicador se basa en los informes nacionales sobre la proporción de partos atendidos por “personal de salud capacitado o personal auxiliar capacitado: médicos (especialistas o no especializados) y/o personas con conocimientos sobre atención del parto que pueden diagnosticar y tratar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales”. Los datos correspondientes a países más desarrollados reflejan sus más altos niveles de atención del parto por personal capacitado. Debido a la hipótesis de cobertura completa, tal vez no se reflejen cabalmente en las estadísticas oficiales los déficit en los datos (y en la cobertura) de las poblaciones marginadas, ni los efectos de las demoras que obedecen a factores aleatorios o a las condiciones del transporte. Los datos son las estimaciones más recientes de que se dispone.

**Ingreso Nacional Bruto per cápita:** Fuente: Las cifras correspondientes a 2000 fueron proporcionadas por: Banco Mundial. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C. Banco Mundial. (Los datos para países menos populosos fueron proporcionados por Ed Bos, Banco Mundial). Este indicador (anteriormente, Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita), mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población. En ese carácter, indica la productividad económica de un país y difiere del Producto Interno Bruto (PIB) dado que en este último se introducen ajustes por concepto de remesas recibidas del exterior por los residentes en concepto de remuneración del trabajo o renta del capital, por concepto de pagos similares a los no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la variación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo de las monedas, mediante ajustes de Paridades de Poder Adquisitivo (PPA) para obtener el “PNB real”. Algunas cifras de PPA se calcularon utilizando modelos de regresión; otras se extrapolaron de los más recientes datos básicos de referencia del Programa de Comparaciones Internacionales (PCI); los detalles figuran en la fuente originaria.

**Gastos del gobierno central en educación y salud:** Fuente: Banco Mundial, 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Estos indicadores reflejan la prioridad asignada por un país a los sectores de educación y salud, en función de la proporción de gastos gubernamentales dedicados a dichos sectores. No reflejan las diferencias en las asignaciones dentro de un mismo sector, por ejemplo, en educación primaria o servicios de salud, en relación con otros niveles, en que hay variaciones considerables. La posibilidad de efectuar comparaciones directas se complica debido a las diferentes responsabilidades administrativas y presupuestarias asignadas a los gobiernos centrales, en comparación con los gobiernos locales, y en

razón de los distintos papeles que desempeñan los sectores privado y público. Las estimaciones indicadas se presentan como partes proporcionales del PIB per cápita (para educación) o PIB total (para salud). Asimismo, se sugiere un alto grado de precaución al efectuar comparaciones entre países, debido a las variaciones en los costos de los insumos en diferentes lugares y distintos sectores. Los datos corresponden a las mejores estimaciones para el período 1997-1999.

**Asistencia externa para actividades de población:** Fuente: UNFPA. 2001. (Corrientes de recursos financieros destinados a actividades de población en 1999). Nueva York: UNFPA. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 1999. Los fondos externos se entregan por conducto de organismos multilaterales y bilaterales de asistencia, y de organizaciones no gubernamentales. Se indican los países donantes colocando sus contribuciones entre paréntesis. En futuras ediciones de este informe se incluirán otros indicadores, a fin de proporcionar una mejor base de comparación y evaluación de las corrientes de recursos en apoyo de los programas de población y salud reproductiva, procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (que no se indican de otro modo en el cuadro).

**Mortalidad de niños menores de cinco años:** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, tabulación especial basada en: Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad de menores de un año y niños de corta edad. Por consiguiente, refleja los efectos de las enfermedades y otras causas de defunción en menores de un año y niños de corta edad. Otras mediciones demográficas más estandarizadas son la tasa de mortalidad de menores de un año y la tasa de mortalidad entre uno y cuatro años de edad, que expresan distintas causas y frecuencias de mortalidad en esas edades. Por consiguiente, estas mediciones reflejan mejor que la tasa de mortalidad de menores de un año la carga de enfermedades en la infancia, incluidas las que pueden prevenirse con mejor nutrición y programas de inmunización. La mortalidad de menores de cinco años se expresa como cantidad de defunciones de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en un año dado. El cálculo se refiere al período 2000-2005.

**Consumo de energía per cápita:** Fuente: Banco Mundial. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Este indicador se refiere al consumo anual de energía comercial primaria (carbón, lignito, petróleo, gas natural, energía hidroeléctrica, energía nuclear y electricidad geotérmica), expresado en el equivalente de kilogramos de petróleo per cápita. Refleja el nivel de desarrollo industrial, la estructura de la economía y las pautas de consumo. La evolución a lo largo del tiempo puede reflejar cambios en el nivel y el equilibrio de diversas actividades económicas y variaciones en el grado de eficiencia del uso de energía (inclusive la disminución o el aumento del derroche en el consumo). Los datos corresponden a 1999.

**Acceso a agua potable:** Fuente: OMS/UNICEF, 2001. *Global Water Supply and Sanitation Sector Assessment 2000 Report* (disponible en el sitio del UNICEF en la Web). Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a un suministro suficiente de agua apta para el consumo, a una distancia razonable del domicilio del usuario. Los conceptos en bastardillas utilizan definiciones a escala de país. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos son estimaciones y corresponden al año 2000.

## Equipo editorial

*El Estado de la Población Mundial 2002*

**Jefe de Redacción:** Alex Marshall

**Investigador y Redactor:** Stan Bernstein

**Secretario de Redacción:** William A. Ryan

**Investigadores de contenido:** Ann K. Blanc, Jennifer Davis, Karen Hardee, Barbara Pircher y Agnes Quisumbing (Directora) y colaboradores del Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI)

**Asistente Editorial:** Phyllis Brachman

**Diseño**

Real Design/NY

**Producción**

Phoenix-Trykkeriet as, Dinamarca

## Fotos

**Tapa e Índice**

© **Ferdinando Scianna/Magnum**

*Côte d'Ivoire. En la mayoría de los países en desarrollo, las mujeres deben caminar todos los días durante varias horas para acarrear agua y leña.*

**Contratapa**

© **Francesco Zizola/Magnum**

*Una mujer y sus hijos se encaminan al Campamento para Personas Internamente Desplazadas en la Provincia de Takhar, Afganistán.*

**Portada**

© **Johnette Iris Stubbs**

*Niñas lavan un recipiente con la escasa agua corriente disponible en la pequeña aldea de Kallag, Pakistán. Esa zona ha padecido sequías durante cuatro años.*

**Capítulo 1**

© **Ferdinando Scianna/Magnum**

*Centro minero de Kami, en Bolivia, donde la duración media de la vida de los trabajadores es de 35 años.*

**Capítulo 2**

© **Johnette Iris Stubbs**

*El mayor de los siete hijos de una familia afgana en un campamento de refugiados, en las inmediaciones de Islamabad, Pakistán*

**Capítulo 3**

© **Adrian Arbib/Christian Aid/Still Pictures**

*Una imagen de la vida rural en la aldea de Meskel, Etiopía.*

**Capítulo 4**

© **Ferdinando Scianna/Magnum**

*Un aula en Zabid, República del Yemen.*

**Capítulo 5**

© **Cindy Reiman, cortesía del UNFPA**

*Una joven madre con su hijito en una pequeña aldea rural de los alrededores de Toluca, México*

**Capítulo 6**

© **Abbas/Magnum**

*Una clínica dirigida por monjas en la aldea de Kati, cerca de Bamako, Malí.*

**Capítulo 7**

© **Shehzad Noorani/Still Pictures**

*Centro de educación de mujeres adultas, Bangladesh*

**Capítulo 8**

© **Jean Gaumy/Magnum**

*Refugiados de Myanmar en Bangladesh*



**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

220 East 42nd Street, 23rd Fl.

New York, NY 10017

Estados Unidos de América

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)