

CUESTIONES DE POBLACIÓN EN EL SIGLO XXI

LA TAREA DEL BANCO MUNDIAL

Junio de 2007

Documento de trabajo de la Red sobre salud, nutrición y población (SNP) del Banco Mundial

Esta serie es el resultado de la labor del Grupo de salud, nutrición y población (SNP) de la Red sobre Desarrollo Humano del Banco Mundial y su objetivo es servir de medio para publicar resultados preliminares no refinados sobre temas relacionados con la salud, la nutrición y la población y así incentivar su análisis y debate. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones que se presentan en este documento son de entera responsabilidad de los autores y en ningún caso deben ser atribuidos al Banco Mundial, sus organizaciones afiliadas, los miembros de su Directorio Ejecutivo o los países a los cuales representan. Cualquier cita o uso del material que se presenta en la serie debe tener en cuenta su naturaleza provisoria. Para obtener una copia sin costo de los estudios de esta serie, sírvase contactar directamente a los autores del respectivo estudio.

Dirija sus contribuciones y consultas sobre la serie directamente a la editora ejecutiva, Nicole Klingen (Nklingen@worldbank.org). Toda presentación será revisada y aprobada con anterioridad por el departamento patrocinador, el cual asumirá los costos de su publicación. No se realizarán otras revisiones una vez hecha la presentación. El departamento patrocinador y el autor o autores asumen plena responsabilidad por la calidad del contenido técnico y la presentación del material incluido en esta serie.

En vista el material se publicará sin editar, se recomienda a los autores enviar una copia electrónica en un formato previamente definido (disponible en www.worldbank.org/hnppublications o en la página Guía para los Autores). Los borradores que no cumplan las normas mínimas de presentación podrán ser devueltos a sus autores para que éstos mejoren su presentación antes de aceptarlos para publicación.

Si desea más información sobre ésta y otras publicaciones del Banco Mundial, contáctese con *HNP Advisory Services* en healthpop@worldbank.org (correo electrónico); 202-473-2256 (teléfono) o 202-522-3234 (fax).

Traducción al español a cargo de LTS Mundo Traducciones

© 2007 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Todos los derechos reservados.

Documento de trabajo de la Red sobre salud, nutrición y población (SNP)

CUESTIONES DE POBLACIÓN EN EL SIGLO XXI: LA TAREA DEL BANCO MUNDIAL

Documento de antecedentes para la Estrategia del sector de salud, nutrición y población 2007

Resumen: El presente documento busca analizar algunos obstáculos y oportunidades que enfrentan los procesos demográficos, con el fin de establecer prioridades de inversión y trabajo analítico en esa materia a modo de fundamento para la elaboración de la Estrategia para el sector de salud, nutrición y población 2007. **En los asuntos de salud, nutrición y población, el área de población abarca dos temáticas: 1) asuntos relacionados con la salud sexual, materna y reproductiva y los servicios de salud que los abordan, y 2) tasas y tendencias en natalidad, mortalidad y migración que determinan el crecimiento demográfico y la composición de la población por edad. La Estrategia considera muchos de los aspectos involucrados en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Por este motivo, el estudio centra su atención en los factores que determinan el cambio demográfico y sus consecuencias y en las políticas e intervenciones relacionadas con la fecundidad y la planificación familiar.**

La fecundidad ha disminuido en la mayoría de los países de ingreso medio y bajo, donde la tasa de fecundidad total está convergiendo con los niveles de reemplazo. La excepción son 35 países, principalmente de África al sur del Sahara, donde no se ha registrado una disminución general de la fecundidad. Ahora que las prioridades de los donantes y los organismos de desarrollo se han desplazado hacia otras temáticas y los fondos e iniciativas mundiales en gran medida han dejado de lado el financiamiento para planificación familiar, se está prestando menos atención a las consecuencias de la fecundidad alta. Al mismo tiempo, la salud reproductiva no está incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la asistencia a los países para satisfacer sus demandas de servicios de planificación familiar y otros relacionados es insuficiente.

La necesidad de que el Banco Mundial aborde los temas de población está directamente relacionada con el crecimiento económico y la lucha contra la pobreza, así como con los efectos de la desigualdad generada por las altas tasas de fecundidad en la población pobre y otros grupos vulnerables. Se ha demostrado que el tamaño del grupo familiar reduce el gasto del hogar en cada hijo, lo que posiblemente tiene efectos adversos en las niñas, y que el número de partos y el intervalo entre nacimientos sucesivos influye en la salud de las madres y sus hijos. Los asuntos relacionados con la equidad son prioritarios para el Banco, debido a que la población pobre tiene menos probabilidades de acceder a servicios de planificación familiar y de salud reproductiva. Otros grupos vulnerables, como los adolescentes y la población rural, también tienen menos acceso a dichos servicios. Además, mejorar la educación de las niñas, ofrecer igualdad de oportunidades a las mujeres de una sociedad y reducir la proporción de hogares que viven por debajo de la línea de pobreza son elementos esenciales en una estrategia que busque lograr una reducción sostenible de la fecundidad. El Banco goza de ventajas comparativas en este campo, ya que puede abordar los temas involucrados desde el más alto nivel de un país donde se elaboran las políticas nacionales. Su participación en los diversos sectores de la economía puede dar lugar a sinergias que permitirán acelerar el avance hacia los objetivos, situación que no ocurriría de centrar los esfuerzos únicamente en los servicios de planificación familiar.

Palabras clave: población, salud reproductiva, planificación familiar, demografía, fecundidad.

Descarga de responsabilidad: Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones presentados en el estudio son de plena responsabilidad de los autores y no representan el punto de vista del Banco Mundial, sus Directores Ejecutivos o de países a los cuales éstos representan.

Envío de correspondencia: Rama Lakshminarayanan, Banco Mundial, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, Estados Unidos, fax: +1 (202)522-3234, correo electrónico: rlakshminaravana@worldbank.org.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Prefacio	vii
Siglas y abreviaturas	viii
Agradecimientos	ix
1. Descripción general	1
2. El entorno demográfico: análisis de los desafíos y nuevas problemáticas	5
Tendencias demográficas mundiales	5
Cuestiones de población en países de fecundidad alta, media y baja	8
Factores determinantes multisectoriales del cambio en los niveles de fecundidad	14
¿Cuál es la diferencia en África al sur del Sahara?.....	17
3. Fundamentos para la acción del banco	18
Población y crecimiento económico	18
Población y reducción de la pobreza	19
Población y equidad.....	20
Aborto en condiciones inseguras	27
Conclusiones	29
4. Contexto normativo mundial	30
Breve historia.....	30
Contexto actual	30
Tendencias en la asistencia para cuestiones de población	31
Respaldo del Banco Mundial para actividades de población y salud reproductiva.....	33
5. futura orientación de la labor del Banco en el área de población	37
Ventajas comparativas del Banco en la consecución de resultados en salud, nutrición y población.....	37
De la teoría a la práctica.....	39
Referencias bibliográficas	42
Anexo 1. actividades del Banco y de los países prestatarios para abordar cuestiones de población: análisis de las EAP y los DELP	46
Anexo 2a. Tasa de fecundidad total y población total en países de fecundidad alta	51
Anexo 2b. Tasa de fecundidad total según características básicas de algunos países de fecundidad alta	52
Anexo 2c. Indicadores de salud reproductiva de 35 países de fecundidad alta	53
Anexo 2d. Indicadores de salud reproductiva de 35 países de fecundidad alta	55
Anexo 2e. Razones que esgrimen las mujeres para no usar anticonceptivos	57
Anexo 3a. Indicadores de salud de la población	58
Anexo 3b. Indicadores de salud de la población	64
Anexo 4. Marco de resultados en salud, nutrición y población: componente de población y salud reproductiva	70
Anexo 5. Objetivos de Desarrollo del Milenio	71

Listado de figuras

Figura 2.1 Población mundial según región, 1960-2005	5
Figura 2.2 Tendencias en las tasas de fecundidad total, según región 1950 – 2005.....	6
Figura 2.3 Tendencias en la esperanza de vida según región, 1960 - 2005	7
Figura 2.4 Países de fecundidad alta: tendencias en la disminución de la fecundidad, 1950 - 2005	9
Figura 2.5 Cálculos y proyecciones de población total, con y sin disminución de la fecundidad, para Malí, Uganda y Níger, 1950 – 2050.....	10
Figura 2.6 Países de fecundidad media: tendencias en la disminución de la fecundidad, 1950 – 2005.....	11
Figura 2.7 Composición de la población de Honduras y Egipto por sexo y edad, 2005 y 2030 ..	12
Figura 2.8 Países de fecundidad baja, 1950-2005.....	12
Figura 2.9 Composición de la población de Tailandia y Ucrania por sexo y edad, 2005 y 2030.	13
Figura 2.10 Relación de dependencia por personas de la tercera edad: tendencias en algunos países de fecundidad baja.....	14
Figura 2.11 Relación entre tasa de fecundidad total y prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos).....	16
Figura 2.12 Tendencias de la tasas de fecundidad en Malawi y Kenya en los años con disponibilidad de datos	17
Figura 3.1 Tasa de fecundidad total según región y quintil de riqueza	21
Figura 3.2 Tasa de uso de anticonceptivos según región y quintil de riqueza.....	21
Figura 3.3 Uso de servicios de salud materno-infantiles básicos en 56 países de ingreso medio y bajo.....	22
Figura 3.4 Proporción de la demanda satisfecha por los servicios de planificación familiar, según región y quintil de riqueza (EDS, 1996-2004).....	23
Figura 3.5 Esposos se oponen al uso de anticonceptivos.....	24
Figura 3.6 Tasa de fecundidad total según región y distribución geográfica para algunos países	26
Figura 3.7 Tasa de uso de anticonceptivos según región y distribución geográfica.....	26
Figura 3.8 Tasa de uso de anticonceptivos en algunos países según distribución geográfica y año (EDS, 1988-2004).....	27
Figura 3.9 Número de abortos legales e ilegales en todo el mundo, 1995	28
Figura 4.1 Gastos para actividades de población como porcentaje de la Asistencia total para población, 1995-2004	32
Figura 4.2 Tendencias de financiamiento para población y salud reproductiva y VIH/SIDA, 1997-2006	33

Listado de cuadros

Cuadro 2.1 La brecha demográfica: Nigeria y Francia.....	8
Cuadro 2.2 Características de los países según su nivel de fecundidad.....	9
Cuadro 3.1 Actividad sexual entre los jóvenes*	25

Listado de recuadros

Recuadro 1. Intervenciones multisectoriales y su efecto sinérgico en la fecundidad en Etiopía..	15
Recuadro 2. El éxito de Bangladesh en la reducción de la fecundidad: experiencias aprendidas	16
Recuadro 3. Cobertura para cuestiones de población en las EAP: algunas ejemplos de prácticas recomendadas.....	35
Recuadro 4. DELP y cuestiones de población: Etiopía, país ejemplar	36

PREFACIO

El presente *Documento de trabajo* fue elaborado a modo de documento de antecedentes para la Estrategia del Banco Mundial para el sector de salud, nutrición y población (Estrategia para SNP) del año 2007. Cubre, con más detalle que la misma estrategia, los cambios más recientes en las tendencias demográficas, la relación entre salud reproductiva y pobreza y la asistencia de los donantes para programas de salud reproductiva en países de ingreso medio y bajo. También propone directrices para el trabajo futuro del Banco y respalda los argumentos a favor de expandir el apoyo a programas de planificación familiar y otros de salud reproductiva y de fortalecer el acceso a los servicios de salud reproductiva para la población pobre, los adolescentes y otros grupos vulnerables.

La salud reproductiva es fundamental para el desarrollo humano, el crecimiento económico sostenido y la lucha contra la pobreza. Descuidar áreas críticas como la planificación familiar, la salud sexual, la salud materna y la del recién nacido tendría consecuencias desastrosas para los países. Prueba de esto es el fuerte aumento de la epidemia del VIH/SIDA y el poco avance que se ha logrado en pro del cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

El Banco Mundial ratificó el Consenso de El Cairo de 1994 que se surgió de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Desde entonces, la atención mundial y los recursos destinados a asuntos demográficos han disminuido sostenidamente, de modo que urge una respuesta en esta materia, tanto del Banco como de los demás asociados en la tarea del desarrollo, a fin de reposicionar la planificación familiar en el programa de trabajo de la CIPD. En este contexto cambiante, el presente documento de trabajo da a conocer la forma en que el Banco podría volver a comprometerse con los países y otros asociados para lograrlo.

Mirando hacia el futuro, el Banco desea trabajar de manera prioritaria con los 35 países que tienen las tasas de fecundidad más altas y que muchas veces han mostrado poco avance en el tiempo. Se necesita con urgencia realizar trabajo analítico que determine las causas de esta alta fecundidad sostenida y abordar, entre otros, los factores socioeconómicos desfavorables que influyen en la conducta familiar, así como los servicios de salud reproductiva que no han podido satisfacer las necesidades de manera adecuada. Este trabajo analítico será la base del diálogo previo a la elaboración de políticas y se reflejará en algunos documentos estratégicos clave como Estrategias de Asistencia a los Países, Memorando económico sobre un país, Estudios sobre el gasto público y Documentos de estrategias de lucha contra la pobreza.

Este documento de trabajo tiene como objetivo estimular el debate sobre la forma de avanzar hacia un mejor acceso a servicios integrales de planificación familiar y salud reproductiva en países de ingreso medio y bajo. El debate será fuente de información importante para el futuro trabajo sectorial del Banco Mundial destinado a desarrollar un enfoque más estratégico en esta área.



Joy Phumaphi
Vicepresidente
Red sobre Desarrollo Humano



Cristian C. Baeza
Director interino
Salud, nutrición y población

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIF	Asociación Internacional de Fomento
AT	Asistencia técnica
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo
CESPAP	Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DELP	Documento de estrategias de lucha contra la pobreza
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido
DH	Desarrollo humano
EAP	Estrategia de asistencia a los países
EES	Estudios económicos y sectoriales
EDS	Encuesta demográfica y de salud
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
IEC	Información, educación y comunicación
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población
INB	Ingreso nacional bruto
IOM	Institute of Medicine [Instituto de Medicina]
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MEP	Memorando Económico sobre un país
NIDI	The Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute [Instituto Interdisciplinario de Estudios Demográficos de los Países Bajos]
NORAD	Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
NRC	Consejo Nacional de Investigación
OCDE	Organismo para Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSDI	Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional
PDS	Proporción de la demanda que logran satisfacer los servicios de planificación familiar
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para Combatir el SIDA
PER	Estudio sobre el gasto público
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PREM	Reducción de la Pobreza y Gestión Económica
PRSC	Crédito de apoyo a la lucha contra la pobreza
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNP	Salud, nutrición y población
TFT	Tasa de fecundidad total
TUA	Tasa de uso de anticonceptivos
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

AGRADECIMIENTOS

Este documento fue elaborado por el equipo compuesto por Rama Lakshminarayanan, John F. May, Eduard Bos, Rifat Hasan, Emi Suzuki y Nasim Haque. El equipo también recibió la valiosa guía de sus colegas especialistas Luc Christiaensen, Sameh El-Saharty y Elizabeth Lule, y los comentarios de Martha Ainsworth, Sadia Chowdhury, Jean-Jacques Frere, Monica Das Gupta, Reem Hafez, Keith Hansen, Nicole Kligen, Magnus Lindelow, Tom Merrick, Samuel Mills, Ok Pannenberg, Khama Rogo, George Schieber y Kanako Yamashita-Allen enriquecieron su trabajo. El equipo agradece a los editores del documento y a Miyuki Parris por su trabajo de formateo.

Este documento se elaboró bajo la guía de Cristian Baeza y Jacques Baudouy.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Como parte del trabajo de elaboración de la estrategia del Banco Mundial para el sector de salud, nutrición y población, este documento de trabajo identifica y analiza asuntos de población que no se abordaron a fondo en la *Nota sobre antecedentes (Banco Mundial, 2006c)* previa a la preparación de la estrategia. Estos temas surgieron durante el proceso de revisión de la estrategia como problemáticas serias que los asociados en la tarea del desarrollo deben abordar para lograr resultados sostenibles en el campo del desarrollo.

El presente documento busca analizar los obstáculos para incrementar los esfuerzos en materia de desarrollo que surgen de los procesos demográficos. Se espera que algunas de las conclusiones de este documento sean incorporadas a la estrategia global para el sector que el Banco Mundial estudiará durante el ejercicio económico de 2007. El objetivo principal de este documento de trabajo es identificar las ventajas comparativas en el sector de salud, nutrición y población del Banco Mundial con el fin de establecer áreas prioritarias de inversión y trabajo analítico y analizar dónde se espera que otros sectores del Banco y otras organizaciones de desarrollo desempeñen roles más destacados en su colaboración con los programas nacionales. El documento también estudiará cuáles áreas que usualmente se definen como parte integral del ámbito “demográfico” realmente forman parte de la ventaja comparativa en el sector mencionado y cuáles deben quedar en manos de otros sectores y organismos.

Este documento se divide en cinco secciones. La primera sección define la esfera de acción de la población según se utiliza en el sector de salud, nutrición y población y especifica las áreas que aborda el presente trabajo. A continuación, se describen las tendencias que han seguido recientemente los indicadores demográficos que conforman el escenario en el cual se abordan los asuntos de desarrollo. La tercera sección analiza la tarea que el Banco Mundial puede asumir en cuestiones de población y describe el lugar que esta área ocupa en el contexto del crecimiento económico, reducción de la pobreza y equidad. La cuarta sección aborda el escenario mundial de las políticas desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, que ha servido de guía en la fijación de prioridades de los países en desarrollo y los donantes en los últimos 13 años. La última sección trata de la colaboración entre el Banco Mundial y los organismos asociados en la tarea del desarrollo para abordar las diversas problemáticas en materia de población.

El término “población” abarca un abanico de temas. En el sector de salud, nutrición y población, “población” comúnmente se refiere a dos amplias áreas:

- Asuntos relativos a la salud reproductiva, materna y sexual y los servicios de salud que los abordan;
- Tasas de natalidad, mortalidad y migración, y sus tendencias, que determinan el crecimiento demográfico y la composición de la población por edad y que con frecuencia influyen en el crecimiento económico y otros sectores.

Estas áreas están muy relacionadas. Los servicios de salud reproductiva ayudan a conservar la salud de las personas y cumplen una función importante en asistir a las parejas al momento de planificar cuántos hijos quieren tener y en qué momento. En conjunto, las decisiones individuales sobre el número de nacimientos determinan la tasa general de natalidad y, a su vez, el nivel de fecundidad influye en la demanda por servicios reproductivos y otros de servicios de salud relacionados.

Mejorar las condiciones de la salud es un componente importante de las estrategias de desarrollo que buscan disminuir la pobreza. La estrategia para el sector de salud, nutrición y población que se encuentra en proceso de preparación centrará su atención en el fortalecimiento de los sistemas de

salud para lograr mejores resultados en esta área. Debido a que la prestación efectiva de servicios de salud reproductiva y sexual depende del fortalecimiento completo del sistema de salud (sus recursos humanos, el financiamiento, los reglamentos y la administración), la estrategia para el sector aborda cada uno de estos factores. Por consiguiente, este trabajo se aboca principalmente a los factores determinantes del cambio demográfico y sus consecuencias y, en particular, a las políticas e intervenciones que influyen en las tasas de fecundidad y en la planificación familiar. También se presentan otras tendencias que nacen de los procesos demográficos (como cambios en la composición de la población por edad) y se traducen en un gran número de jóvenes y en el rápido aumento de las cohortes de personas mayores.

El sector de salud, nutrición y población no es el único que influye en el crecimiento demográfico, el tamaño y la distribución espacial de la población. Los procesos demográficos también son determinantes para el sector de educación (tamaño de las cohortes en edad escolar), desarrollo urbano y rural (migración del campo a la ciudad), protección social (mercado laboral, pensiones), género (promoción de la autonomía de la mujer), medio ambiente y gestión económica. Además, estos sectores abordan algunos de los factores que influyen en el número deseado de hijos y el uso efectivo de métodos anticonceptivos modernos. En particular desde la CIPD de 1994, se ha dado puesto de relieve que factores tales como la igualdad entre hombres y mujeres, el nivel de instrucción, la participación de la mujer en la fuerza laboral, el desarrollo de infraestructura y la pobreza son factores importantes que inciden en la demanda de servicios de planificación familiar y fecundidad.

El documento anterior del Banco Mundial sobre estrategias para el sector de población fue elaborado a fines del decenio de 1990, después del lanzamiento de la Estrategia para el sector de salud, nutrición y población de 1997 (Banco Mundial, 2001). Desde esos años, mucho ha cambiado. Tal como muestra la segunda sección de este documento, la fecundidad ha disminuido sostenidamente en la mayoría de los países de ingreso medio y bajo y en muchos de ellos la tasa fecundidad total hoy evoluciona hacia la convergencia con el nivel de reemplazo de dos hijos por pareja y, en algunos casos, menos que eso. Sin embargo, 35 países, la mayoría ubicados en África al sur del Sahara, constituyen una importante excepción en esta tendencia, ya que no han experimentado una disminución generalizada de la fecundidad. Ahora que las prioridades de los donantes y organismos de desarrollo se han desplazado hacia otros temas y los fondos e iniciativas mundiales han dejado de lado el financiamiento para planificación familiar, se está prestando menos atención a las consecuencias de los altos niveles de fecundidad, incluso en países que están retrasados en lograr un crecimiento demográfico sostenible. La salud reproductiva no estaba incluida originalmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y fue eliminada de los Objetivos de Desarrollo Internacionales¹, pero hoy la meta de lograr acceso universal a salud reproductiva forma parte del quinto ODM de mejorar la salud materna (White, Merrick y Yazbeck, 2006). En la actualidad estos países reciben menos asistencia que en decenios anteriores para satisfacer la demanda de servicios de planificación familiar y otros relacionados, situación que apunta a la urgente necesidad de volver a centrar la atención de los donantes en completar lo que en un momento dado se denominó un “éxito del desarrollo” (Banco Mundial, 1994b).

Debido a los buenos resultados que se obtuvieron en el pasado con la ayuda prestada a parejas en países de ingreso medio y bajo para planificar el número de hijos que deseaban, los países deben estar preparados para enfrentar los nuevos patrones demográficos que están surgiendo. En muchos países donde la educación primaria es universal, la disminución de las cohortes de nacimientos han reducido la demanda por educación primaria, pero las cohortes más numerosas que nacieron hace unos 10 a 25 años constituyen hoy día un número récord de adolescentes y adultos jóvenes que han

¹ El sistema de la ONU está trabajando para vincular indicadores a la nueva meta de acceso universal a salud reproductiva en el marco del quinto ODM de mejorar la salud materna.

impulsado la demanda en la educación secundaria y terciaria. Estos grupos se integran en gran número a la fuerza laboral y los servicios de salud existentes con frecuencia no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades de salud reproductiva y sexual (Banco Mundial, 2006b, 2007b). En países donde la fecundidad comenzó a disminuir hace algún tiempo, las proyecciones indican que la proporción de personas de la tercera edad respecto de la población en edad de trabajar aumentará rápidamente y posiblemente ejercerá fuerte presión en los sistemas de salud y de seguridad social. En algunos países, la fecundidad ha caído a niveles que hacen prever que la población disminuirá, algo que intensificará los efectos del cambio en la composición de la población por edad. El documento analiza estos nuevos patrones demográficos y fundamenta la necesidad de que los diferentes sectores trabajen en conjunto con los países para abordar y enfrentar las nuevas problemáticas.

Este documento de trabajo analiza la relación entre población y desarrollo y entrega las principales razones de la participación del Banco Mundial en esta área, que conciernen el desarrollo económico y la lucha contra la pobreza, así como la desigualdad generada por los efectos de la elevada fecundidad en la población pobre y otros grupos vulnerables. Estudios recientes indican que el rápido aumento de la población en países con un deficiente entorno socioeconómico tiende a limitar su crecimiento económico. Por lo tanto, en la actualidad hay más consenso que nunca antes respecto de la existencia de vínculos entre las dinámicas demográficas y el crecimiento económico. Por otra parte, el “dividendo demográfico” que resulta del cambio en la composición de la población por edad y el aumento del número de jóvenes representa una oportunidad para acelerar el crecimiento económico. Si bien es difícil de establecer una relación causal entre alto nivel de fecundidad y reducción de la pobreza, se ha demostrado que las familias numerosas reducen el gasto en cada uno de sus hijos, situación que probablemente tiene un efecto negativo en las niñas. Es más, el número de partos y el intervalo entre nacimientos influyen, respectivamente, en la salud materna e infantil. También se sabe que las familias numerosas reducen su inversión en la educación de los hijos. Los aspectos de equidad son primordiales en el trabajo del Banco, ya que las personas pobres tienen menos acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva que las personas más acaudaladas, tanto por la falta de conocimiento como por barreras financieras y otras para acceder a esos servicios. Otros grupos vulnerables que también tienen poco acceso a servicios de salud reproductiva son los adolescentes, la población rural y otros grupos marginados. Tal como muestra la siguiente sección 2 de este documento, el aumento de la demanda por servicios de planificación familiar (gracias al mejor acceso a información y servicios con buena capacidad de respuesta) constituye un elemento fundamental de los programas sobre población y salud reproductiva y puede tener efectos medibles en la tasa de fecundidad. Sin embargo, mejores servicios de salud por sí solos no logran disminuir la fecundidad. Para una reducción sostenible en esta área es necesario contar con una estrategia que contemple mejorar los resultados educacionales de las niñas, ofrecer igualdad de oportunidades a las mujeres en la sociedad y reducir la proporción de hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

El Banco Mundial tiene una potencial ventaja comparativa para abordar estos asuntos al nivel más alto de la formulación de las políticas de un país, no sólo con las contrapartes de los ministerios de salud, sino también con las autoridades de finanzas y planificación. Esto cobra especial importancia dado el creciente reconocimiento de que la política económica es un factor clave en la ejecución de los programas sobre población y salud reproductiva, especialmente en países donde la tasa de fecundidad es alta. La participación del Banco en numerosos sectores de un país puede generar sinergias que facilitarán un avance más rápido hacia los objetivos, a diferencia de la actual visión limitada en materia de servicios de planificación familiar. El Banco necesitará que sus asociados (el Fondo sobre Población de Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismos bilaterales clave) aporten su experiencia técnica y conocimientos administrativos en áreas tales como adquisición de anticonceptivos, prestación de servicios y creación de demanda. El Banco también necesitará la colaboración de organizaciones no gubernamentales y organizaciones

comunitarias para poder garantizar que mujeres pobres y otras a quienes es difícil llegar tengan acceso a servicios de salud reproductiva y para apoyar el trabajo con las comunidades para mejorar la demanda de tales servicios. El Banco también tendrá que cambiar su perspectiva interna frente al tema y crear consensos que sirvan de base para que la fecundidad alta no sostenible forme nuevamente parte de la agenda de trabajo con los gobiernos.

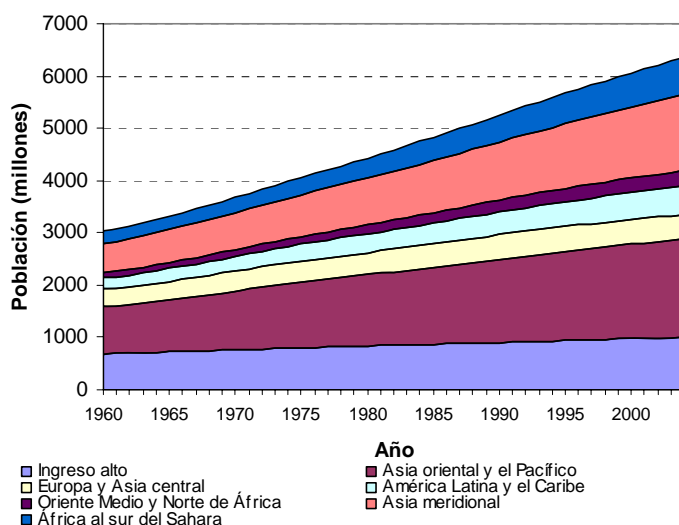
2. EL ENTORNO DEMOGRÁFICO: ANÁLISIS DE LOS DESAFÍOS Y NUEVAS PROBLEMÁTICAS

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS MUNDIALES

El mundo vive grandes cambios demográficos. En los últimos decenios, las tasas de fecundidad disminuyeron mucho más rápido de lo proyectado por los expertos, incluso en los países más pobres (Banco Mundial, 2001). En 1970, Bangladesh tenía algunos de los indicadores sociales e ingresos más bajos de todos los países del mundo y su tasa de fecundidad total (TFT) era de unos siete hijos por cada mujer. Hoy esta tasa es de aproximadamente tres en Bangladesh. Disminuciones similares en la fecundidad se observan en países de Asia oriental, América Latina y Oriente Medio y Norte de África. La disminución generalizada de la fecundidad en conjunto con la reducción de la mortalidad en la mayoría de los países ha modificado la composición de la población del mundo por edad y su tasa de crecimiento y ha afectado profundamente sectores como salud, educación, mercados laborales y protección social.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la población mundial se duplicó hasta sumar 6.000 millones de personas (Figura 2.1), un aumento impresionante de 3.000 millones de personas en sólo 40 años. A mediados de 2005, unos 6.500 millones de personas compartían este planeta y si bien la tasa de crecimiento se ha reducido a 1,2% al año, la población mundial aumentará en 75 millones de personas cada año durante este decenio. Se espera que la población llegue a 9.100 millones de aquí al año 2050, sin bien hoy se considera poco probable que la población mundial se vuelva a duplicar (ONU, 2004).

Figura 2.1 Población mundial según región, 1960-2005



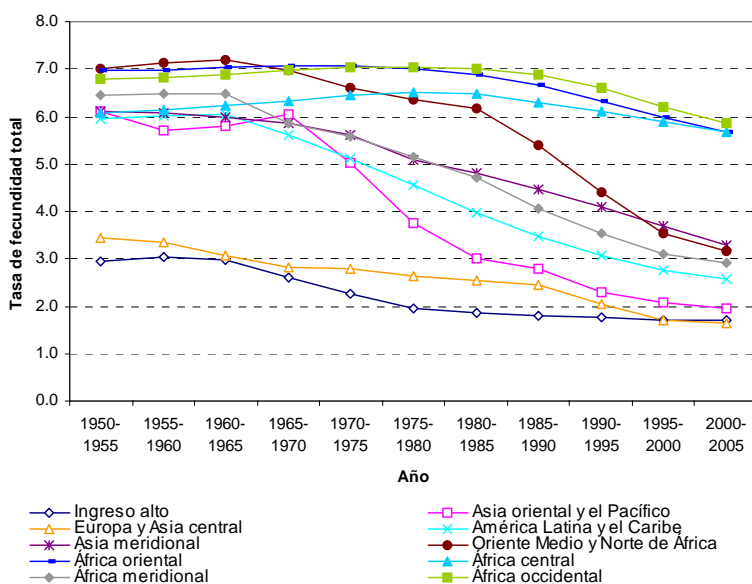
Fuente: Banco Mundial, 2006a.

Tal como se ha mencionado, la fecundidad ha disminuido en la mayoría de las regiones en desarrollo (Figura 2.2) y también continúa mermando en los países de ingreso alto. En la Unión Europea, la tasa de fecundidad total es inferior al nivel de reemplazo de dos hijos por mujer en todos los países miembros. La única región del mundo donde la fecundidad ha disminuido sólo marginalmente es en África al sur del Sahara, donde la tasa promedio permanece por sobre cinco hijos por mujer. De manera similar, desde 1960 la mortalidad ha disminuido en todas las regiones, pero a menor

velocidad en África al sur del Sahara. Las tendencias en la fecundidad y mortalidad desde mediados del siglo pasado muestran primero una divergencia en los patrones demográficos entre las regiones, seguidas luego de una convergencia gradual hacia niveles más bajos de fecundidad y aumento en la esperanza de vida (Figura 2.2 y Figura 2.3). Nuevamente, África al sur del Sahara es la excepción en esta convergencia de los patrones demográficos.

Como resultado de la rápida disminución de la fecundidad y la desaceleración del crecimiento demográfico, el debate respecto de los efectos de este crecimiento en el desarrollo casi ha desaparecido debido a la percepción de que, con los actuales índices demográficos, el tema es poco importante para los países de ingreso bajo y medio (Sinding, 2000). No obstante, se reconoce cada vez con mayor frecuencia que la fecundidad no ha disminuido en todos los países y que, por el contrario, muchos países mantienen tasas de crecimiento demográfico de más de 3% anual, o sea, su población se duplica en menos de 25 años. También hay acuerdo en torno a los nuevos desafíos que planean los cambios resultantes (como cohortes más numerosas de jóvenes que se integran a la fuerza laboral o el envejecimiento de la población) en los países donde la fecundidad ha disminuido.

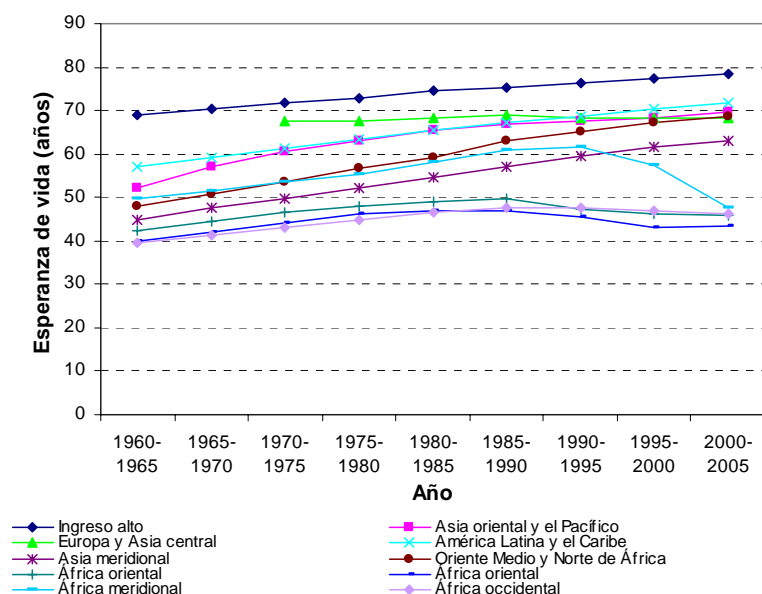
Figura 2.2 Tendencias en las tasas de fecundidad total, según región 1950 – 2005



Fuente: ONU, 2004.

Incluso existen diferencias considerables entre los países donde la fecundidad y la mortalidad han disminuido, ya que la fecundidad disminuye a un ritmo muy dispar: mientras algunos países ya están muy por debajo del nivel de reemplazo, otros se han estancado por sobre éste. También difiere la edad a la cual suelen procrear las mujeres y el riesgo de mortalidad que enfrentan las personas a distintas edades. Como resultado, las diferencias en la composición de la población por sexo y edad se mantendrán por muchos decenios.

Figura 2.3 Tendencias en la esperanza de vida según región, 1960 - 2005



Fuentes: ONU, 2004; Banco Mundial, 2006a.

A pesar de la disminución de la fecundidad, se espera que la población mundial continúe creciendo durante los próximos decenios, no particularmente debido a la fecundidad alta, sino debido a la inercia demográfica² provocada por la prevalencia de jóvenes en la población de los países donde la fecundidad ha disminuido recientemente. Las proyecciones indican que en los próximos decenios la población mundial aumentará en 2.600 millones y que este crecimiento ocurrirá principalmente en los países en desarrollo. A pesar de que África es la región que crecerá más rápidamente, la enorme población de Asia (en 2005, 60% de la población mundial vivía en ese continente) hará que la mayoría de las personas que nazcan entre 2005 y 2050 sean asiáticos.

Otro cambio significativo que ocurre en todo el mundo es el cambio en la composición de la población por edad. Casi la mitad de la población mundial hoy día tiene menos de 25 años y de ellos, nueve de cada 10 jóvenes viven en países en desarrollo. Al mismo tiempo, la baja fecundidad está acelerando el envejecimiento de la población, especialmente en países donde la fecundidad comenzó a disminuir tempranamente como en los países de ingreso alto, pero también en países de ingreso medio y bajo de Asia oriental, Europa y Asia central y América Latina y el Caribe.

Si bien los patrones demográficos convergen en muchas regiones, los países donde la fecundidad y la mortalidad no disminuyen a la misma velocidad se diferencian cada vez más del resto del mundo. Mientras más se demore un país en lograr un bajo patrón de fecundidad y mortalidad, más grande será su “brecha demográfica”. El Cuadro 2.1 muestra este efecto al comparar dos países (Nigeria y Francia) que tenían una población total similar en 1950, pero que en 2005 tienen una población total muy distinta. Estos dos países ejemplifican la amplia y creciente diferencia en los patrones demográficos de países que se ubican a ambos extremos de la brecha.

² La inercia demográfica es la tendencia de mantener el crecimiento demográfico por un cierto tiempo aún cuando la fecundidad ha alcanzado el nivel de reemplazo, debido a la concentración relativamente alta de población en edad de procrear. La causa de este fenómeno radica en las altas tasas de fecundidad en el pasado, que se traducen en una gran cantidad de personas jóvenes. Mientras estas cohortes pasan por la edad reproductiva, el número de nacimientos superará el número de fallecimientos, incluso si la fecundidad se mantiene en un nivel bajo.

Cuadro 2.1 La brecha demográfica: Nigeria y Francia

Datos demográficos	Nigeria		Francia	
	1950	2005	1950	2005
Población (millones)	32,8	131,5	41,8	60,5
Tasa de fecundidad total	6,9	5,9	2,7	1,9
Nacimientos por año (millones)	1,7	5,5	0,8	0,7
Fallecimientos por año (millones)	1,0	2,4	0,5	0,6
Esperanza de vida al nacer (años)	36	44	67	80
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacimientos)	184	100	45	4
Adultos que viven con VIH/SIDA (2003), (%)	.	5,4	.	0,4
INB per cápita en PPA ³ (US\$)	.	1.040	.	30.540

Fuentes: ONU, 2004; Banco Mundial, 2006a, 2007a.

Otro fenómeno que caracteriza a los últimos decenios es el rápido aumento de la migración internacional. Se calcula que en 1965 unos 75 millones de personas habían nacido en un país, pero residían en otro. Esta cifra había aumentado a 191 millones en 2005 (Bloom y Canning, 2006; NRC y IOM, 2005). Aunque representa menos de 3% de la población mundial, la migración no se distribuye de manera uniforme, ya que sólo 10 países acogen a más de la mitad del total de inmigrantes internacionales (ONU, 2005). Es difícil anticipar los futuros flujos de migración internacional, ya que dependen de las preferencias individuales y de las leyes de inmigración de los países que pueden facilitar u obstaculizar el movimiento de personas a través de las fronteras.

CUESTIONES DE POBLACIÓN EN PAÍSES DE FECUNDIDAD ALTA, MEDIA Y BAJA

En este documento se agruparon los países en tres categorías con el objetivo de identificar cuestiones de población que son similares en términos generales. La primera categoría es la de países con tasas de fecundidad altas (TFT superior a 5,0), que con frecuencia se caracterizan por tener poca fluctuación en la fecundidad en el tiempo. El segundo grupo lo conforman países con tasas de fecundidad intermedia, donde la TFT oscila entre 2,5 y 5,0. El tercer grupo está integrado por países cuya tasa de fecundidad es cercana al nivel de reemplazo (TFT alrededor de 2,1) y aquellos, en aumento, donde la fecundidad está por debajo de este nivel. Esta clasificación general ayuda a describir a grandes rasgos las cuestiones demográficas que enfrentan los países; sin embargo, para identificar cuestiones específicas y determinar cómo abordarlas, será necesario analizar las tendencias demográficas de cada país en particular. El Cuadro 2.2 resume las características de los países, según su nivel de fecundidad.

³ INB per cápita en PPA = ingreso nacional bruto en paridad del poder adquisitivo dividido por la población.

Cuadro 2.2 Características de los países según su nivel de fecundidad

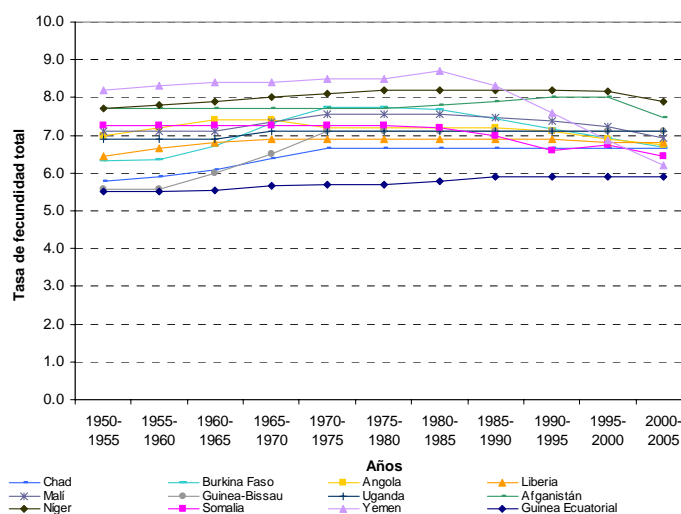
Indicador	Tasa de fecundidad total		
	Superior a 5 [límites]	Entre 5 y 2,5 [límites]	Inferior a 2,5 [límites]
Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (US\$)	344 [90-950]	1.110 [250-17.360]	10.502 [540-56.380]
Esperanza de vida al nacer (años)	46 [38-61]	63 [36-79]	74 [61-82]
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacimientos	175 [59-283]	75 [6-156]	25 [3-106]
Tasa de finalización de la educación primaria, total (% del grupo etáreo pertinente)	52 [25-89]	93 [29-107]	98 [75-114]
Población de 65 años y mayor (%)	3 [2-3]	4 [2-10]	11 [1-20]

Fuentes: ONU, 2004; Banco Mundial, 2004.

Países de fecundidad alta

Este grupo está compuesto por 35 países, 31 de los cuales están ubicados en el este, oeste y centro de África al sur del Sahara (según definición de la ONU) y cuatro en otras regiones (Timor Leste, Afganistán, Djibouti y Yemen) (Cuadro del Anexo 2a). En estos países, la fecundidad se mantiene en cinco hijos por mujer y en la mayoría de ellos se ha notado poco cambio en el último decenio (Figura 2.4). Casi todos los países de fecundidad alta son de ingreso bajo (las excepciones son Angola y Guinea Ecuatorial, que son de ingreso medio) y se caracterizan por tener una alta proporción de población menor de 15 años y una baja proporción de personas mayores. Los indicadores sociales son deficientes y muestran bajos niveles de instrucción, pero elevada mortalidad y pobreza (Cuadro 2.2.)

Figura 2.4 Países de fecundidad alta: tendencias en la disminución de la fecundidad, 1950 - 2005



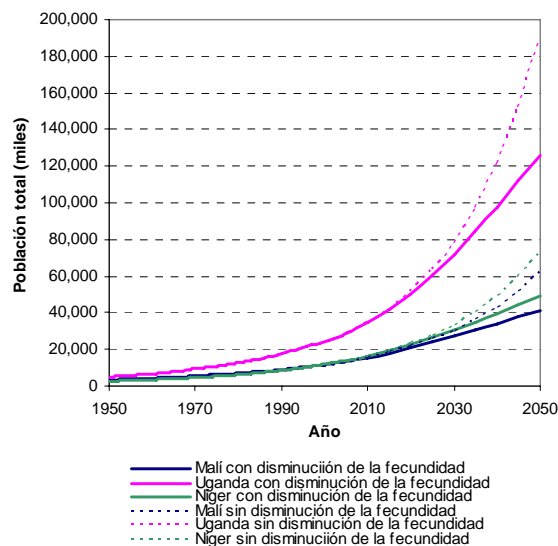
Fuente: ONU, 2004.

En países de fecundidad alta, las tasas de crecimiento demográfico usualmente son altas (a excepción de los países donde la prevalencia del VIH es muy elevada, la mortalidad ha aumentado en los últimos años y la tasa de crecimiento ha caído por debajo de 1% anual). En el futuro, los efectos de la

mortalidad causada por el SIDA en el crecimiento demográfico dependerán del impredecible curso de la epidemia y de la efectividad de las medidas para combatirla, aunque no se espera que se traduzca en una reducción de la población de África al sur del Sahara. Las proyecciones muestran que en unos pocos países del sur de África, donde la fecundidad ha disminuido y la mortalidad por causa del SIDA ha aumentado, el crecimiento demográfico podría caer a menos de 0%. No obstante, cálculos más recientes de los estimados del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) sobre prevalencia del VIH, así como el aumento del acceso a medicamentos contra el SIDA, concluyen que en la actualidad es menos probable que la tasa de crecimiento demográfico caiga a ese nivel que en el tiempo en que fueron publicadas las proyecciones de la ONU (ONU, 2005). La mayoría de los estudios prospectivos de los países de fecundidad alta apuntan a una duplicación y triplicación de la población incluso en presencia de una menor fecundidad. La Figura 2.5 muestra que la población estimada de Malí, Uganda y Níger se triplicaría antes de 2050 incluso con un escenario optimista de reducción de la fecundidad. Si ésta se mantuviera constante en los niveles actuales, las proyecciones indican que la población se quintuplicaría. En la actualidad es difícil de predecir si ocurrirá tal aumento en la población de estos países o si la mortalidad y la migración atenuarán dicho aumento.

La composición por edad de los países de rápido crecimiento que pertenecen a esta categoría tiene una estructura piramidal, es decir, una gran parte de la población es joven, y las proyecciones indican que esta estructura se mantendrá. No se espera que el envejecimiento llegue a ser un problema en estos países en el futuro inmediato.

Figura 2.5 Cálculos y proyecciones de población total, con y sin disminución de la fecundidad, para Malí, Uganda y Níger, 1950 – 2050



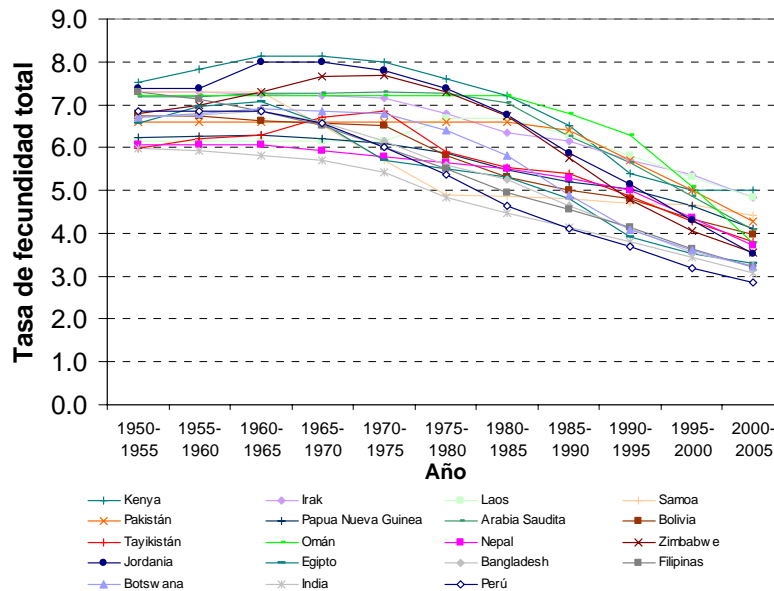
Fuente: Banco Mundial, 2007a.

Países de fecundidad media

La segunda categoría la componen países ubicados principalmente en Oriente Medio y Norte de África, Asia oriental y el Pacífico, África meridional, América Latina y el Caribe y algunas regiones de Asia meridional, donde la fecundidad ha disminuido rápidamente de niveles previamente muy altos hasta situarse en un promedio de aproximadamente tres hijos por mujer y, según las tendencias recientes, se puede esperar que continúe disminuyendo. Las naciones de este grupo muestran una amplia diversidad de indicadores socioeconómicos: algunos son de ingreso bajo y medio, mientras

que unos pocos tienen ingreso alto (Arabia Saudita, Israel y Qatar). En esta categoría, la tasa de fecundidad varía según el momento en que se inició el descenso y el ritmo de éste (Figura 2.6). En muchos de estos países, la disminución de la fecundidad refleja los efectos positivos de programas de planificación familiar que han ampliado el uso de anticonceptivos. No obstante, los promedios generales con frecuencia ocultan grandes diferencias: en muchos de estos países, las familias pobres todavía tienen altos niveles de fecundidad y sus necesidades de planificación familiar no han sido satisfechas.

Figura 2.6 Países de fecundidad media: tendencias en la disminución de la fecundidad, 1950 – 2005



Fuente: ONU, 2004.

La mayoría de estos países tienen grandes cohortes de adolescentes y adultos jóvenes como resultado de la elevada fecundidad que tuvieron en el pasado (Figura 2.7a, 2.7b), tendencias que crean el escenario demográfico en el cual la relación de dependencia por edades de jóvenes y adultos es baja y donde muchos jóvenes se incorporan cada año a la fuerza laboral. Este súbito y transitorio aumento de la población joven exige que los gobiernos elaboren políticas y emprendan acciones específicas con el fin de garantizar la existencia de oportunidades educacionales y laborales para estos jóvenes y así aprovechar el “dividendo demográfico” (Banco Mundial, 2006b).

La población de los países de este grupo continuará aumentando debido a la inercia demográfica que crean las grandes cohortes en edad reproductiva. En los próximos decenios, más países enfrentarán el envejecimiento rápido de la población cuando las grandes cohortes de más edad se retiren de la fuerza laboral.

Figura 2.7 Composición de la población de Honduras y Egipto por sexo y edad, 2005 y 2030

Figura 2.7a: Composición de la población de Honduras por sexo y edad, 2005 y 2030

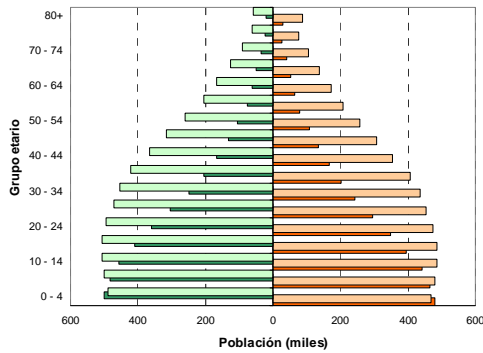
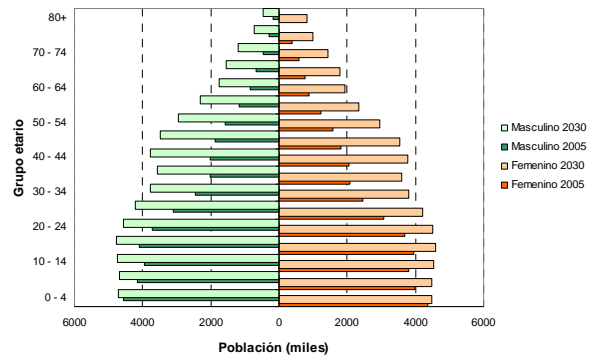


Figura 2.7b: Composición de la población de Egipto por sexo y edad, 2005 y 2030

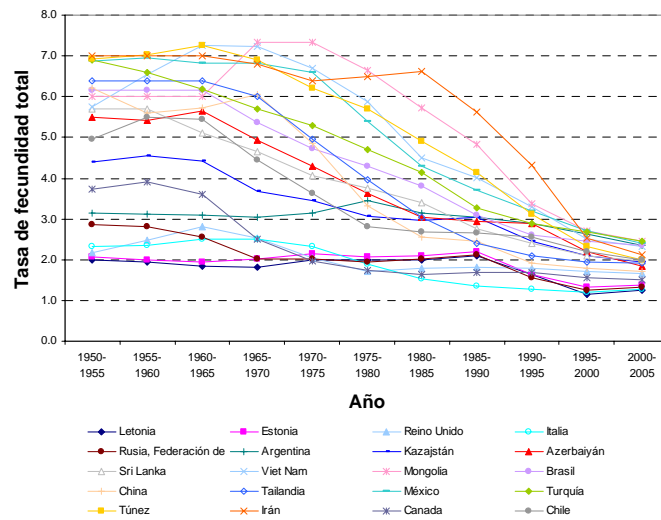


Fuente: ONU, 2004.

Países de fecundidad baja

La tercera categoría está integrada principalmente por países de ingreso alto, además de muchos países de la región de Europa y Asia central donde la fecundidad ha sido baja (menos de 2,5 hijos por cada mujer) por algún tiempo (Figura 2.8). Algunos países de ingreso medio y bajo ubicados en otras regiones (como Myanmar, Sri Lanka, Viet Nam, Brasil, Túnez) también han alcanzado niveles bajos de fecundidad.

Figura 2.8 Países de fecundidad baja, 1950-2005



Fuente: ONU, 2004.

Figura 2.9 Composición de la población de Tailandia y Ucrania por sexo y edad, 2005 y 2030

Figura 2.9a: Composición de la población de Tailandia por sexo y edad, 2005 y 2030

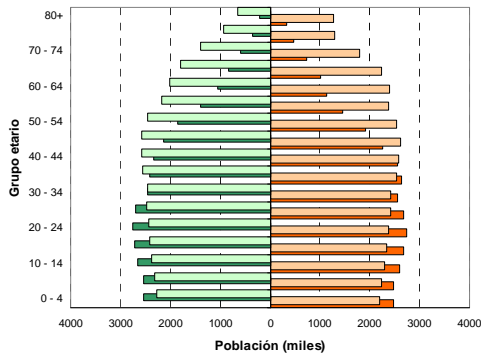
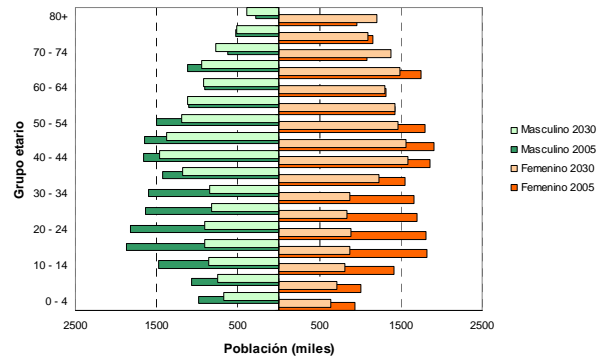


Figura 2.9b: Composición de la población de Ucrania por sexo y edad, 2005 y 2030

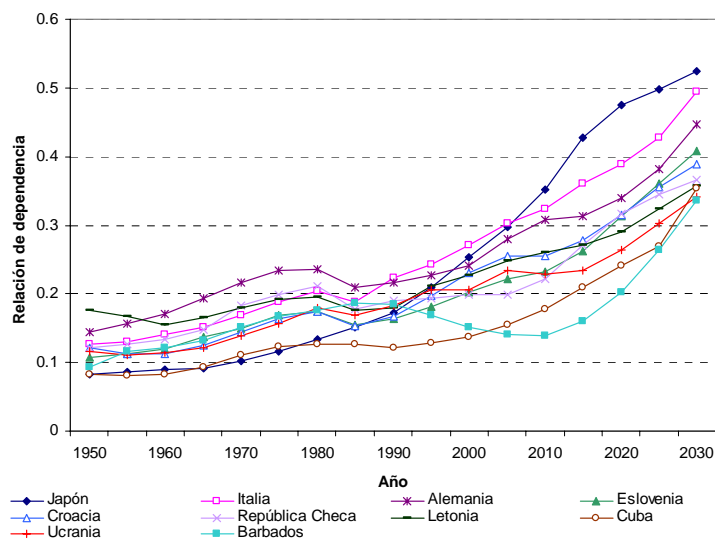


Fuente: ONU, 2004.

A excepción de los países que se acaban de incorporar a este grupo (Figura 2.9a), la mayoría de éstos tiene cohortes relativamente pequeñas de personas jóvenes, pero su población de personas de más edad aumenta rápidamente (Figura 2.9b, Figura 2.10). El grado en cual el envejecimiento de la población ya es un problema o lo será dentro de dos decenios o más depende por cuanto tiempo la fecundidad ha sido baja o a cuánto ha caído la tasa de fecundidad total. Algunos países de este grupo todavía disfrutaban del “dividendo demográfico” que obtienen al tener una baja relación de dependencia de personas jóvenes y ancianas y grandes cohortes de población en edad de trabajar. No obstante, la mayoría ya ha pasado de esa etapa.

En algunos países, especialmente en aquellos donde la fecundidad ha descendido a niveles muy bajos y se ha mantenido así por largo tiempo, el crecimiento demográfico es negativo (como en Rusia y Ucrania) y más países del grupo de fecundidad baja experimentarán un descenso de su población en los próximos decenios. Algunos ya han adoptado políticas a favor de la natalidad para aumentar la tasa de fecundidad y otros han permitido mayores niveles de migración neta para compensar la sostenida disminución del crecimiento natural de la población. Los países de la región de Europa y Asia central experimentaron caídas muy pronunciadas en el número de nacimientos durante el decenio de 1990 y en algunos se invirtió la pirámide de la composición de la población por edades (Figura 2.9b). Esta situación ha creado una inercia demográfica negativa, es decir, incluso si la fecundidad aumentara por sobre el nivel de reemplazo, el crecimiento demográfico no aumentaría de inmediato, ya que durante un tiempo el número de personas en edad reproductiva sería relativamente pequeño.

Figura 2.10 Relación de dependencia de personas de la tercera edad: tendencias en algunos países de fecundidad baja



Fuente: ONU, 2004.

FACTORES DETERMINANTES MULTISECTORIALES DEL CAMBIO EN LOS NIVELES DE FECUNDIDAD

Estudios sociales han analizado en extenso las razones detrás de la disminución (o no disminución) de los niveles fecundidad). Con bastante frecuencia se distinguen dos tipos de determinantes de la fecundidad: las variables sociales, culturales y económicas, que influyen en la decisión sobre el número de hijos que una mujer o una pareja desean procrear, y las variables biológicas y conductuales (denominadas “factores directos”) a través de las cuales operan las variables socioeconómicas (Bongaarts y Potter, 1983). Ambos conjuntos de factores son útiles para comprender el cambio en los niveles de fecundidad, ya que cambios en las variables socioeconómicas pueden tener consecuencias inesperadas para los factores directos. El aumento en la educación de las niñas, por ejemplo, con frecuencia va de la mano con el mayor uso de anticonceptivos, situación que a su vez incide en una menor fecundidad. No obstante, también está asociado con la disminución del período de amamantamiento, factor que a su vez aumenta la fecundidad cuando no se usan anticonceptivos⁴.

Algunos de los factores socioeconómicos más importantes cuya correlación con la tasa de fecundidad se desprende con bastante frecuencia de muchos análisis (Rutstein, 2002) son el nivel educacional de las mujeres (Ainsworth, Beegle y Nyamete, 1996; Cleland y Sindling, 2005; Cochrane, 1979; Tan y Haines, 1984), la situación de empleo (Barkat-e-khuda, Roy y Rahman, 2000; Stakes y Hsieh, 1983), la residencia urbana o rural, el nivel de pobreza del hogar (Gwatkin et al., 2004; Gwatkin, Wagstaff y Yazbeck, 2005), el costo de la crianza de los hijos, el costo de los anticonceptivos, la autonomía de la mujer (Hogan, Berhanu y Hailemariam, 1999; Hindin, 2000; CESPAP, 1987) y la actividad laboral del marido (Rutstein, 2002). Los factores culturales influyen en el tamaño de la familia que una

⁴ Los factores directos que identificaron Bongaarts y Potter son los siguientes: proporción de mujeres en uniones sexuales, frecuencia de las relaciones sexuales, duración del período de abstinencia sexual postparto y de la amenorrea postparto por motivos de lactancia, infertilidad postparto, uso de anticonceptivos, esterilidad y prevalencia de abortos inducidos.

pareja desea tener, al igual que la aceptación cultural de los métodos de control de la natalidad (como anticonceptivos y aborto). Las políticas gubernamentales regulan el acceso a anticonceptivos y pueden influir en su uso. Las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos influyen en el nivel de fecundidad a través de los programas de planificación familiar que entregan información y productos anticonceptivos. En los países de fecundidad baja, una política a favor de la natalidad puede obligar a dar licencia a los padres y ofrecer subvenciones con el fin de estimular la fecundidad de la población.

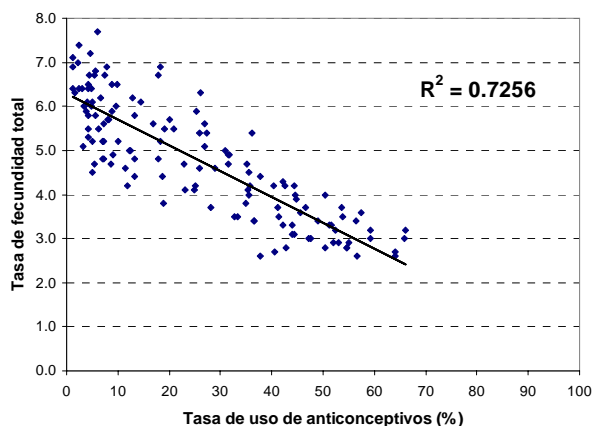
Recuadro 1. Intervenciones multisectoriales y su efecto sinérgico en la fecundidad en Etiopía

La evaluación del efecto de programas de planificación familiar en países en desarrollo muestra que la exposición de una mujer durante su edad fértil (15 a 49 años) a servicios de planificación familiar reduciría su fecundidad total en 0,5 a 1,5 hijos y la mayoría de los cálculos sugieren que este impacto se sitúa más bien en el extremo inferior de esta variación. Las conclusiones de un completo estudio reciente sobre el inicio de la reducción de la fecundidad en Etiopía, que analizaba el efecto de factores determinantes intermedios en la fecundidad y utilizó métodos microeconómicos, coinciden con dichos hallazgos (Banco Mundial, 2006). El estudio sobre fecundidad en Etiopía puso de relieve la importancia de la educación femenina y la promoción de la autonomía de la mujer, el ingreso familiar y la urbanización, *en conjunto con* el acceso a servicios de planificación familiar, en reducir la fecundidad. Además de su efecto en la fecundidad de la propia mujer, la que disminuye en gran medida porque retrasa la edad en que contrae matrimonio y, por ende, el primer nacimiento, la educación también tiene efectos externos positivos (en igualdad de circunstancias): las mujeres que residen en comunidades de mujeres más educadas tienden a tener menos hijos. A diferencia de lo que suele indicar la bibliografía, el nivel de instrucción de Etiopía comienza a influir en la fecundidad desde la escuela primaria, si bien el efecto de la educación secundaria en la fecundidad es más sólido (y coincide con los resultados encontrados en otros países). La promoción de la autonomía de la mujer también se asocia con un menor número de hijos. Mientras más dinero gana una mujer, mayor es su poder de decisión respecto del ingreso que genera y menor tiende a ser su tasa de fecundidad. La duplicación del ingreso familiar está asociada en promedio con la disminución de entre 1 y 1,5 hijos (las mujeres rurales tienen, en promedio, 0,4 hijos más que las mujeres de zonas urbanas).

Fuente: Banco Mundial, 2006b.

Los programas de planificación familiar han sido la principal intervención orientada explícitamente a modificar la fecundidad de los países en desarrollo mediante la promoción del uso de anticonceptivos modernos. Estos programas han tenido efectos positivos tanto en contextos de pocos recursos como en países donde otros factores determinantes, como la educación o la autonomía de la mujer, no favorecen la reducción de la fecundidad (Bangladesh, Indonesia). Los programas que han conseguido una alta prevalencia en el uso de anticonceptivos también lograron disminuir la fecundidad, como muestra la Figura 2.11.

Figura 2.11 Relación entre tasa de fecundidad total y prevalencia del uso de anticonceptivos (métodos modernos)



Fuentes: Encuestas demográficas y de salud.

Recuadro 2. El éxito de Bangladesh en la reducción de la fecundidad: experiencias aprendidas

En Bangladesh, la fecundidad cayó de casi siete hijos por mujer en 1975 a tres en 2004. El compromiso político con la planificación familiar, en combinación con un enfoque programático estratégico, influyó considerablemente en el comportamiento reproductivo, a pesar de los enormes obstáculos económicos, sociales y culturales que enfrentaba, como el bajo nivel de educación y la situación de la mujer. El factor de la oferta por sí solo (un programa de planificación familiar focalizado) contribuyó significativamente a la reducción de la fecundidad. Esta reducción inesperadamente veloz se debió en gran medida a los efectos de la campaña de información y comunicación efectiva sobre planificación familiar, que influyó en las preferencias de las parejas y mujeres pobres respecto del número de hijos, junto con la prestación de servicios de salud y planificación familiar por parte de los numerosos “asistentes de bienestar familiar” desplegados en las zonas rurales.

La experiencia más importante que se aprendió en Bangladesh es, en primer lugar, que los programas deben hacer más que sólo entregar anticonceptivos y, en segundo lugar, que cuando el diseño de los programas responde a las necesidades y sensibilidades reales de los clientes, el uso de anticonceptivos aumenta y la disminución de la fecundidad se acelera. El caso de Bangladesh también pone énfasis en el valor de la formación de capacidades internas y el desarrollo gradual de programas de planificación familiar.

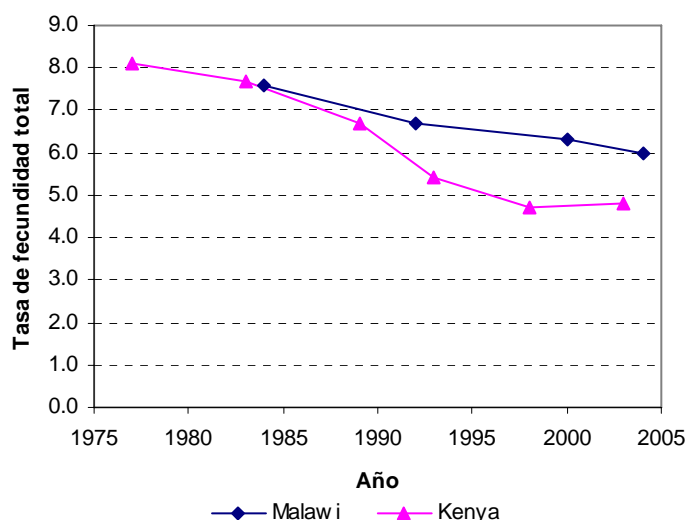
Fuentes: Merrick, 1993; Cleland et al., 1994; Ginneken y Razzaque, 2003; ORC Macro, 2006.

Los cambios socioeconómicos son factores determinantes en la disminución de la fecundidad, y a su vez, su reducción incide en otros sectores además de la población. En particular, se ha documentado la interacción entre niveles de fecundidad y educación, participación de la mujer en la fuerza laboral, mortalidad infantil e igualdad entre hombres y mujeres. Más recientemente, se estudió la relación entre las variables demográficas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se concluyó que la disminución de la fecundidad facilitará el cumplimiento de varias de las metas (ONU, 2004). Por ejemplo, un menor número de embarazos reduciría la exposición de las mujeres al riesgo vitalicio de mortalidad materna (quinto ODM) y los mayores intervalos entre nacimientos reducirían la mortalidad infantil (cuarto ODM). En ese mismo sentido, se ha asociado un grupo familiar más pequeño con el aumento de la matrícula escolar (segundo ODM), mayor participación de la mujer en la fuerza laboral (tercer ODM) y reducción de la pobreza familiar (ODM 1).

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA EN ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA?

De los 35 países de fecundidad alta (en este documento, tasa de fecundidad total de 5 o más), 31 están ubicados en África al sur del Sahara. En algunos países de fecundidad alta de esa región, ésta se ha mantenido constante en los últimos decenios, mientras que en otros ha disminuido lentamente aunque todavía está en niveles altos. En Malawi, por ejemplo, los cálculos de fecundidad total de la Encuesta demográfica y de salud muestran la disminución de la TFT de 7,6 en 1984 a 6 en 2004, una reducción bastante lenta si se compara con la de países situados en otras regiones. Otros países que han experimentado una similar disminución lenta de la fecundidad son Burkina Faso, Nigeria y Mozambique. En otros países de la región, como Tanzania y Kenya, la fecundidad también disminuyó, pero recientemente comenzó a aumentar nuevamente, en una inversión poco frecuente de la tendencia habitual hacia la disminución de la fecundidad (Figura 2.12).

Figura 2.12 Tendencias de la tasas de fecundidad en Malawi y Kenya en los años con disponibilidad de datos



Fuentes: Encuestas demográficas y de salud; Encuesta sobre formación familiar de Malawi [Malawi Family Formation Survey], 1984; Encuesta sobre fecundidad de Kenya [Kenya Fertility Survey], 1977-1978; Encuesta demográfica nacional de Kenya [Kenya National Demographic Survey], 1983.

La fecundidad ha disminuido en todo el mundo, incluso en países de escasos recursos (Viet Nam, Bangladesh), en aquellos donde el nivel de educación de las mujeres es bajo (Haití, Camboya), donde la participación de la mujer en la fuerza laboral es baja (Egipto, Turquía) y donde hay gran desigualdad entre hombres y mujeres (Irán, India). ¿Por qué, entonces, la fecundidad no ha disminuido de manera sostenida en la región de África al sur del Sahara?

Si bien varios de los factores socioeconómicos y culturales asociados con una fecundidad alta están presentes en África al sur del Sahara (Acsadi y G.Johnson-Acsadi, 1990), quizás lo más importante es que se mantiene una alta demanda por tener muchos hijos. Como resultado, el uso de métodos modernos de anticoncepción permanece bajo y las acciones emprendidas para incentivar su uso han tenido resultados bastante moderados. La principal razón para la no utilización de anticonceptivos en muchos países de fecundidad alta de la región es el deseo de tener más hijos y no la falta de información sobre control de natalidad o de acceso a anticonceptivos (Cuadro del Anexo 2e). Por lo tanto, las intervenciones que busquen reducir la fecundidad en los países de África al sur del Sahara deberán abordar la alta demanda de hijos habitual en la región.

3. FUNDAMENTOS PARA LA ACCIÓN DEL BANCO

El crecimiento económico, la lucha contra la pobreza y la equidad son las razones fundamentales para la participación del Banco en un sector o subsector específico. Esta sección examina la relación entre dichas tres áreas y las variables demográficas a fin de comprender mejor por qué las cuestiones demográficas son un eje central en la agenda del Banco Mundial.

POBLACIÓN Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

Se ha discutido bastante sobre la relación entre crecimiento demográfico y desarrollo. Las primeras impresiones sobre el tema, articuladas por Malthus, afirmaban que el crecimiento demográfico afecta de manera negativa el aumento del ingreso ya que sobrecarga, al menos en el corto plazo, los escasos recursos naturales disponibles y los recursos reproducibles que crean los individuos, tales como infraestructura y capital (Bloom y Canning, 2006). A mediados del decenio de 1950, los economistas del desarrollo comenzaron a prestar atención al trabajo de demógrafos economistas, como el análisis que hicieron Coale y Hoovers en 1958 sobre la situación de India (Robinson y Ross, en preparación). Durante los decenios de 1960 y 1970, los donantes bilaterales y los organismos multilaterales de desarrollo, también el Banco Mundial, comenzaron a invertir en programas de planificación familiar como medio para controlar el aumento de la población, fenómeno que era considerado un obstáculo para el desarrollo económico de los países pobres. Después de la publicación de *The Population Bomb* (Ehrlich, 1968), que describe el rápido crecimiento de la población mundial como “explosión demográfica”, el apoyo internacional para iniciativas de planificación familiar ganó mucha popularidad y la ayuda de los donantes para tales fines aumentó con rapidez.

A fines del decenio de 1980, como la fecundidad ya había comenzado a disminuir en varias partes del mundo en desarrollo, las opiniones sobre la relación entre población y desarrollo se moderaron. En 1986, un estudio muy influyente de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos puso énfasis en el “neutralismo demográfico”. Si bien apoya en términos generales los esfuerzos destinados a reducir las tasas de crecimiento demográfico muy elevadas de países en desarrollo, este estudio atribuyó menos importancia a la población como una de las causas del lento crecimiento económico per cápita que las publicaciones anteriores. El informe concluía que “la conexión entre crecimiento demográfico y desarrollo es compleja y difícil de medir en términos cuantitativos. Por medio de la adaptación y la sustitución, los mercados posiblemente reducen los efectos adversos”. Este estudio influyó profundamente en el pensamiento de los economistas del desarrollo de todo el mundo y, en general, muchos gobiernos, organismos donantes e instituciones de financiamiento comenzaron a ver las cuestiones de población desde otra perspectiva y le otorgaron menos prioridad a frenar el crecimiento de la población que al comienzo (Birdsall, Kelley y Sinding, 2001).

A pesar de estas controversias, hoy existe consenso en torno a la idea de que el aumento *rápido* de la población puede limitar el desarrollo socioeconómico en países y regiones donde éste es de por sí bajo (Birdsall, Kelley y Sinding, 2001; Kelley 1988). Según hallazgos empíricos, el Banco Mundial (Banco Mundial, 1994a) calculó que una tasa de crecimiento demográfico superior a 2% anual podría desacelerar el aumento del ingreso en los países pobres, ya que este acelerado crecimiento está asociado a una mayor demanda de servicios públicos y la necesidad de inversión en capital humano. En un contexto de crecimiento demográfico rápido, es necesario acelerar constantemente los esfuerzos para satisfacer esas demandas de inversión tan sólo para mantener el *status quo* (esto es, sin avanzar). El crecimiento demográfico rápido también puede poner en riesgo la estabilidad macroeconómica de un país, por cuanto éste implica movilizar grandes cantidades de recursos financieros para invertir en capital humano, situación que genera problemas de espacio fiscal.

Más recientemente, se ha prestado más atención a los efectos del cambio en la composición por edades y las relaciones de dependencia de la población en el desarrollo económico. De hecho, la relación de dependencia es el fenómeno al que se han dedicado más investigaciones económicas últimamente (Birdsall, Kelley y Sinding, 2001). La situación de los países de Asia oriental dio luces sobre los efectos de la brusca caída de la fecundidad en el desempeño económico antes de la crisis de 1997-1998. Al disminuir la proporción relativa de población joven, la disminución drástica de la fecundidad redujo la relación de dependencia entre generaciones e incrementó la proporción de la potencial fuerza laboral. A su vez, esto permitió que los gobiernos aumentaran la inversión en salud y educación y también su inversión económica. No obstante, sólo es posible aprovechar los cambios en la composición de la población por edades cuando estos cambios van de la mano con una inversión adecuada y políticas públicas sólidas (May, 2005). Además, este dividendo demográfico es una oportunidad que se debe aprovechar dentro de un plazo relativamente breve, antes de que se inicie el fenómeno de envejecimiento de la población (Bloom, D.Canning y J.Sevilla, 2003).

Por el contrario, las situaciones de disminución prolongada de la fecundidad, envejecimiento de la población y disminución demográfica puede tener efectos negativos en la economía. Cuando el número de trabajadores activos es menor al de la población jubilada, es difícil financiar los planes de jubilación (especialmente de los regímenes de pago con cargo a los ingresos corrientes). El gasto en salud también aumenta con mayor rapidez en países cuya población está envejeciendo. No obstante, es importante tener presente que la conducta específica por edad de la población no es necesariamente constante y no hay que ignorar los posibles efectos significativos de las reformas de las políticas. Por ejemplo, como respuesta al envejecimiento, las personas pueden ajustar su conducta y aumentar su participación en la fuerza laboral, puede generarse la inmigración de trabajadores provenientes de países en desarrollo y puede extenderse la vida laboral (Bloom y Canning, 2006).

Un “segundo dividendo demográfico” que podría mitigar el efecto del envejecimiento de la población es el que plantea un estudio económico reciente (Lee y Mason, 2006). Este estudio indica que una población que tiene una alta proporción de personas activas de mayor edad y que enfrentan un período de jubilación extendido tiene un gran incentivo para acumular bienes. Algunos investigadores sugieren que el posible efecto de este segundo dividendo es aún mayor que el del primer dividendo debido a la “gran cantidad de jóvenes”. Además, dada su naturaleza indefinida, el segundo dividendo puede influir de manera sostenida en el desarrollo. Tal como el primer dividendo, el segundo depende en gran manera de las políticas y el entorno institucional imperante. Por lo tanto, las autoridades encargadas de formular políticas, especialmente las de países en desarrollo, deberán concentrarse en crear sistemas financieros sólidos y accesibles que estimulen a la población a realizar tales inversiones.

POBLACIÓN Y REDUCCIÓN DE LA POBREZA

Ha sido difícil determinar el impacto de la disminución de la fecundidad en la lucha contra la pobreza. Mientras países donde más de 10% de la población vive con menos de un dólar al día tienen una tasa de fecundidad de 4,6 hijos por cada mujer, a diferencia de los 2,3 hijos que en promedio tienen las mujeres de países donde la pobreza es menor al 10%, no es posible tomar esta correlación entre variables demográficas y de pobreza como prueba de una relación de causa y efecto. En otras palabras, la disminución de la fecundidad total no necesariamente se traducirá en una reducción de la pobreza. Hay muchos otros factores en juego y la alta fecundidad puede ser, en parte, producto de la pobreza. No obstante, es importante tener presente que la puesta en marcha de programas más efectivos de salud reproductiva en países de fecundidad alta estará orientada hacia aquellos países donde la pobreza es más generalizada.

A pesar del consenso que existe en torno a que es necesario realizar más análisis microeconómicos, debido a que las interrelaciones varían según el contexto, investigaciones recientes indican que la tasa de fecundidad incide fuertemente en la pobreza. En particular, existen pruebas de que en familias numerosas los hijos deben competir por el gasto del hogar, situación que tiene un posible efecto negativo en las hijas (Greene y Merrick, 2005). El dividendo demográfico es otra forma en que la disminución de la fecundidad puede reducir la pobreza y un estudio reciente concluye que podría contribuir a reducir la pobreza en el mundo en desarrollo en aproximadamente 14% entre 2000 y 2015 (Mason y Lee, 2004). La disminución del número de hijos por adulto en cada hogar promueve la acumulación de ingresos y bienes, ya que la familia puede invertir más en educación y encontrar buenos empleos.

POBLACIÓN Y EQUIDAD

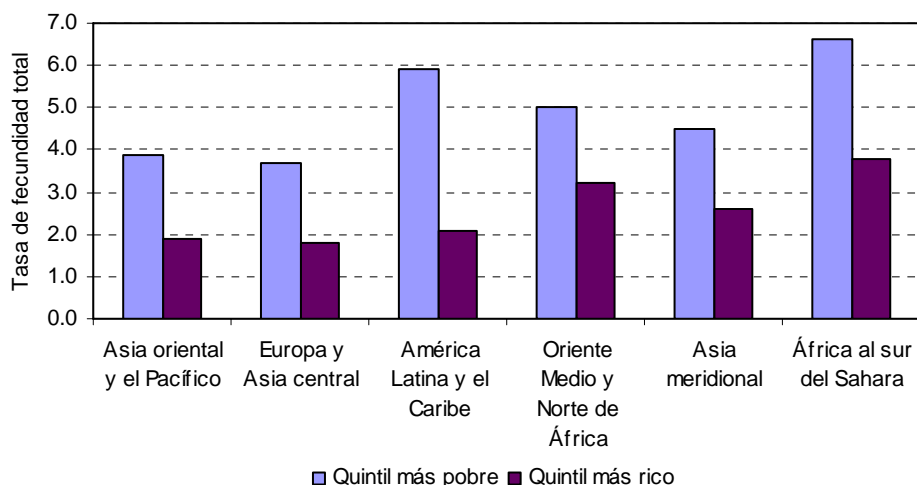
Uno de los objetivos centrales de la estrategia del Banco para el sector de salud, nutrición y población es mejorar los resultados pertinentes entre los pobres. La inequidad en el acceso a servicios de salud queda en evidencia en los siguientes patrones: gran disparidad en el estado de salud, acceso diferenciado a servicios de atención de salud y su uso y exposición desproporcionada a riesgos de salud (Jamison, 2006). Esta sección aborda las dimensiones clave de la vulnerabilidad, o sea, pobreza, género, juventud y residencia en zonas rurales o remotas. Estas dimensiones también interactúan entre sí y pueden agravar los resultados en materia de salud reproductiva (por ejemplo, las mujeres pobres tienen doble desventaja: pobreza y género).

Pobreza

Tal como se ha mencionado, con frecuencia existe una estrecha relación entre pobreza y fecundidad alta. Estudios muestran que las personas pobres usualmente no son los primeros beneficiarios de los avances en servicios de salud reproductiva, situación que se traduce en el fenómeno de “fracaso en medio del éxito”, es decir, se logra mejorar la salud, entre otras la salud reproductiva, sin lograr cambiar significativamente los resultados para la población pobre.

Datos por quintiles de las Encuestas demográficas y de salud indican que en todos los países y regiones, la tasa de fecundidad total es mayor entre los pobres que entre los ricos. Este patrón de alta fecundidad de la población pobre está presente en países de fecundidad alta y media (Figura 3.1). Incluso en países como Bangladesh, donde la TFT promedio nacional ha caído de siete en 1960 a tres en 2004, la fecundidad de las personas pobres es considerablemente más alta que la de personas ricas. Un patrón similar se observa en la utilización de los servicios de planificación familiar. En todas las regiones, y en particular en África al sur del Sahara, Asia meridional y América Latina y el Caribe, la tasa de uso de anticonceptivos es menor entre las personas pobres que entre las ricas (Figura 3.2).

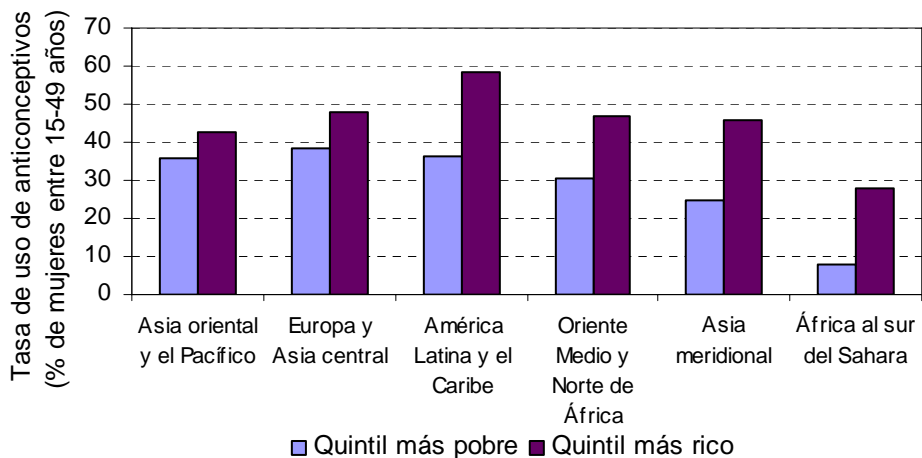
Figura 3.1 Tasa de fecundidad total según región y quintil de riqueza (EDS 1995-2005, datos nacionales más recientes)



Nota: Los promedios regionales de la tasa de fecundidad total son promedios no ponderados de algunos países seleccionados de cada región.

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud.

Figura 3.2 Tasa de uso de anticonceptivos según región y quintil de riqueza (EDS 1995-2005, datos nacionales más recientes)

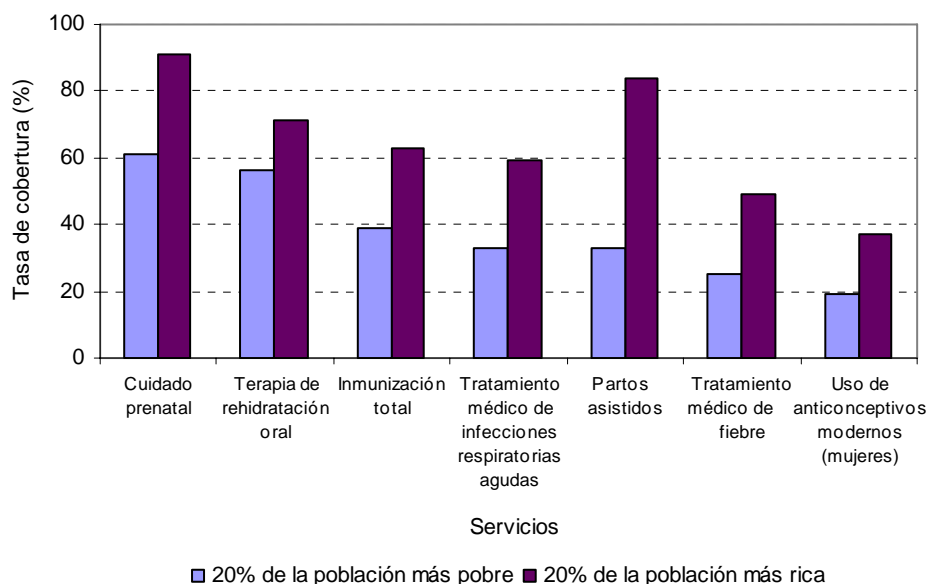


Nota: Los promedios regionales de la tasa de uso de anticonceptivos no están ponderados.

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud

La Figura 3.3 deja en evidencia la inequidad en la tasa de cobertura de servicios de salud básicos para madres e hijos entre los quintiles más ricos y más pobres de 56 países de ingreso medio y bajo (White, Merrick y Yazbeck, 2006). Tal como indica la figura, los diferenciales relativos más importantes ocurren en los servicios de salud reproductiva: una mujer del quintil más rico tiene el doble de probabilidades de recibir asistencia durante el parto (Gwatkin, 2002). Este patrón es aún más evidente en Asia meridional, América Central, América del Sur y África al sur del Sahara.

Figura 3.3 Uso de servicios de salud materno-infantiles básicos en 56 países de ingreso medio y bajo

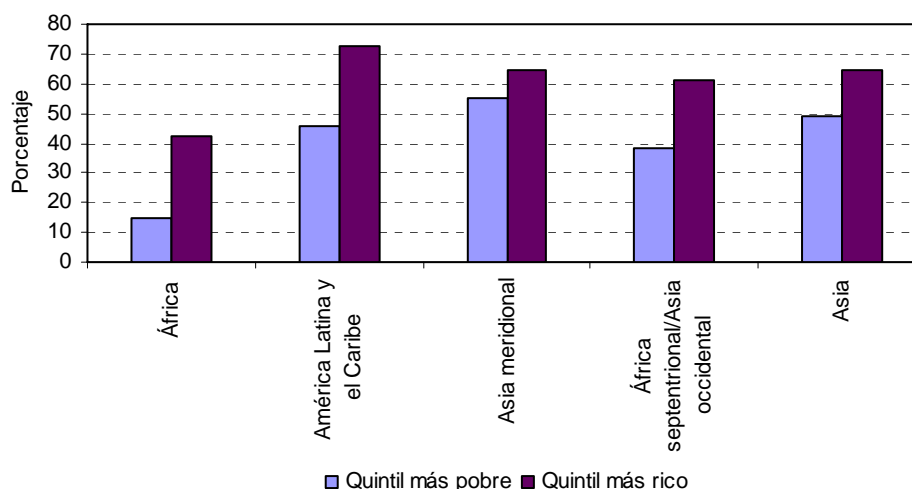


Fuente: White, Merrick y Yazbeck, 2006.

En ese sentido, un estudio de las encuestas demográficas y de salud realizado por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas concluye que existe un déficit en el porcentaje de la demanda que se logra satisfacer mediante el uso de servicios de planificación familiar (PDS, por sus siglas en inglés) (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006) y que las medidas de dicha proporción están muy correlacionadas con la pobreza⁵. Los resultados de este análisis confirman que las personas pobres son las que tienen menos poder para decidir sobre sus preferencias en materia de fecundidad (Figura 3.4).

⁵ En términos generales, la proporción de la demanda que logran satisfacer los servicios de planificación familiar (PDS) captura la capacidad de las mujeres para decidir sobre la formación de una familia, especialmente en la decisión de aumentar el intervalo entre nacimientos a más de dos años y de limitar su fecundidad. Específicamente, PDS es la proporción de los usuarios que usan métodos modernos de planificación familiar en relación con la suma de estos usuarios y de los individuos cuyas necesidades de planificación no están satisfechas. Este cálculo considera no sólo la proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan anticonceptivos, sino también el grado en el cual los individuos pueden llevar a la práctica sus preferencias en materia de fecundidad.

Figure 3.4 Proporción de la demanda satisfecha por los servicios de planificación familiar, según región y quintil de riqueza (EDS, 1996-2004)



Fuente: Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, 2006

Las personas pobres de muchos países en desarrollo suelen tener tasas de fecundidad más altas y de uso de anticonceptivos más bajas, de modo que garantizar que los grupos vulnerables tengan acceso físico y financiero a anticonceptivos debe ser un componente básico de cualquier plan integral para asegurar la disponibilidad de anticonceptivos. No obstante, estudios muestran que quienes pueden costear los servicios con frecuencia aprovechan los productos que el sector público entrega sin costo, mientras que quienes no pueden pagar por los servicios se quedan sin recibir atención básica de salud reproductiva (Waters, Hatt y Aselsson, 2002; Soucat y Rani, 2003; Peters et al., 2002). Patrones como éste han sido confirmados en estudios tales como el análisis de incidencia de los beneficios del gasto público total en salud en India, el que demostró que el 20% más pobre del país logra captar sólo 10% de las subvenciones del gobierno en salud, mientras que el quintil más rico capta más de 33% de dichas subvenciones. Sin embargo, es particularmente interesante constatar que las políticas e instituciones sí pueden marcar diferencias significativas. La población pobre de Kerala se beneficia 10 veces más que la de Bihar de las subvenciones de salud (Peters et al., 2002) y así demuestra la importancia de focalizar las intervenciones y las subvenciones específicamente en las poblaciones vulnerables.

Género

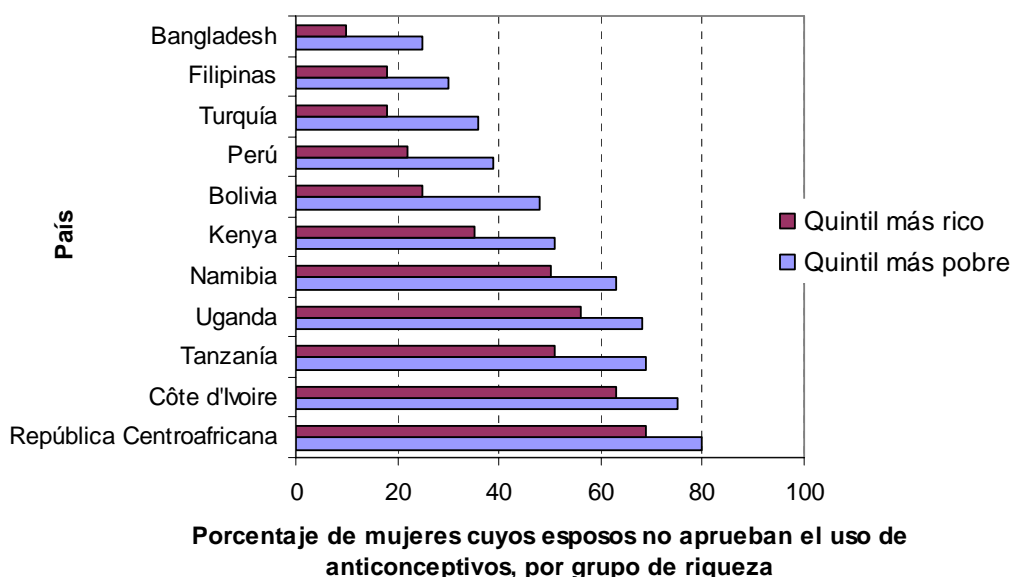
La falta de habilitación es un factor fundamental que restringe el acceso de las mujeres a servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva. Algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres (Hausmann-Muela, Ribera y Nyamongo, 2003) en esta materia son los siguientes:

- Las normas tradicionales de feminidad pueden limitar el acceso de la mujer a información, así como su capacidad para controlar cómo y cuándo tiene relaciones sexuales.
- Las normas tradicionales de masculinidad pueden limitar el uso de los servicios de planificación familiar de parte de un hombre o de su pareja.
- La desigualdad de poder en las relaciones entre hombres y mujeres, especialmente en relación con el control de la facultad de tomar decisiones, los recursos económicos, el tiempo y la movilidad, también afecta el acceso de la mujer a servicios de planificación familiar y su capacidad para utilizarlos.

- Muchas mujeres temen tratar con su pareja el tema de usar anticonceptivos por miedo a que éste reaccione de forma violenta.
- La decisión de la mujer en materia de planificación familiar también refleja las presiones que ejercen los miembros de la familia a favor de un método en particular o de no utilizar ningún método (USAID, 2005).

La Figura 3.5 muestra la negativa combinación de género y pobreza a la hora de tomar decisiones sobre anticoncepción, además del porcentaje de mujeres, según quintiles de riqueza o pobreza, que afirma que sus esposos no aprueban el uso de anticonceptivos.

Figura 3.5 Esposos se oponen al uso de anticonceptivos



Fuente: Banco Mundial, 2004.

Juventud

Si bien la mortalidad y morbilidad entre la población joven es baja, también lo es la conciencia sobre las consecuencias de sus decisiones en materia de salud y sobre cómo evitar enfermedades graves, especialmente entre las niñas. Además, sólo un pequeño porcentaje de quienes saben de conductas seguras las adoptan (Banco Mundial, 2007b). Sexo prematuro, relaciones sexuales sin protección y tener varias parejas puede resultar no sólo en el contagio del VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual, sino también en altas tasas de fecundidad adolescente y de embarazos adolescentes no deseados. En algunas encuestas, los adolescentes mencionan tener una demanda de anticonceptivos no satisfecha que es más que el doble de la demanda no satisfecha de la población general. Los altos niveles de embarazos no deseados y de abortos en condiciones riesgosas son prueba contundente de que la demanda de este grupo por servicios de planificación familiar dista mucho de estar satisfecha. Según cálculos del FNUAP, las mujeres de entre 15 y 19 años explican al menos una cuarta parte de los 20 millones de abortos en condiciones de riesgo que se efectúan cada año. En África al sur del Sahara, casi 60% de las mujeres que han tenido abortos en condiciones riesgosas tienen entre 15 y 24 años. En América Latina y el Caribe, las mujeres jóvenes constituyen 40% de las mujeres que han abortado en esas condiciones (Shah y Ahman, 2004a, 2004b).

Además, el embarazo adolescente conlleva un riesgo mayor de complicaciones obstétricas (como fístulas obstétricas) y muerte de la madre. En todo el mundo, las mujeres entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de entre 20 y 30 años y esta probabilidad aumenta a cinco veces entre las niñas menores de 14 años (Family Health Internacional, 1997).

Además de la importante proporción de jóvenes que vive en países en desarrollo, especialmente de niñas, que son sexualmente activos ya sea en el marco de un matrimonio o de uniones informales, muchos jóvenes *que no están casados* también son activos sexualmente (Cuadro 3.1) (Singh et al., 2005; Banco Mundial, 2007b). Los adolescentes que no están casados no pueden acceder a servicios de salud reproductiva en los países donde las relaciones sexuales premaritales están prohibidas por ley o por las costumbres locales. Incluso donde los jóvenes sí tienen protección legal, es posible que no tengan acceso a servicios de salud reproductiva. En Sudáfrica, por ejemplo, los jóvenes no pueden acceder fácilmente a algunos servicios de salud reproductiva y muchos sienten que los funcionarios de los centros de atención son hostiles y están prestos a juzgarlos negativamente (Dickison-Tetteh, Pettifor y Moleko, 2001).

Cuadro 3.1 Actividad sexual entre los jóvenes*

	Hombres		Mujeres	
	Casados %	No casados y sexualmente activos %	Casadas %	No casadas y sexualmente activas %
Benin	10,8	65,8	47,6	42,9
Bolivia	17,2	53,1	29,2	16,9
Burkina Faso	10,8	35,3	54,4	26,2
Camerún	13,8	55,7	49,7	35,8
Ghana	7,3	25,2	31,3	29,0
Haití	11,6	58,4	32,5	19,2
Kenya	8,8	59,3	36,1	21,6
Malawi	20,9	59,1	56,8	28,6
Malí	7,7	41,3	64,9	29,1
Mozambique	20,9	69,7	54,4	55,2
Rep. Dominicana	13,4	47,8	36,5	10,9
Uganda	22,6	26,0	52,6	27,5
Zambia	11,6	64,6	41,5	33,5
Zimbabwe	10,2	24,4	41,5	19,8

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud.

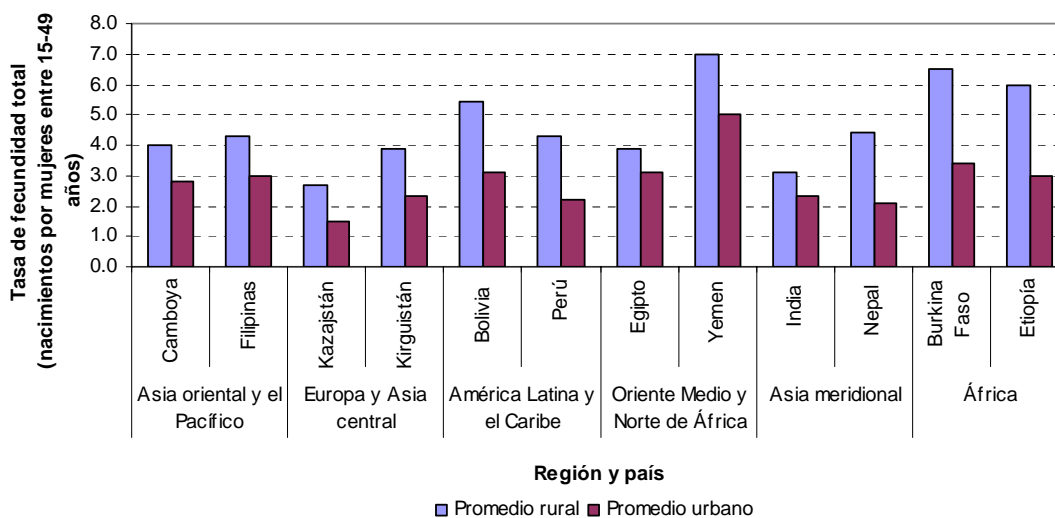
* Hombres y mujeres entre 15 y 24 años que afirman estar en una unión y aquellos que afirman haber tenido relaciones sexuales en los 12 meses previos a la entrevista.

A veces se presupone que los adolescentes casados son menos proclives a usar anticonceptivos porque podrían querer tener hijos, pero un análisis de las encuestas demográficas y de salud sobre el uso de preservativos indica que muchos adolescentes que no usaban anticonceptivos sí querían evitar un posible embarazo. Profundizando en la interacción entre las dimensiones de vulnerabilidad, se observa que el comportamiento sexual riesgoso es más común entre jóvenes pobres, debido a que están en una posición de desventaja a la hora de decidir sobre tener relaciones sexuales sin riesgo. Además, los jóvenes son más vulnerables a sostener relaciones sexuales forzadas o negociadas, situación que aumenta el riesgo de experimentar embarazos no deseados (NRC y IOM, 2005). Por ejemplo, más de 20% de las mujeres que asistían a centros de atención prenatal en Soweto, Sudáfrica, afirmó haber tenido relaciones sexuales con una pareja “secundaria” a cambio de dinero o productos (Dunkle, Jewkes y Brown 2004).

Población rural

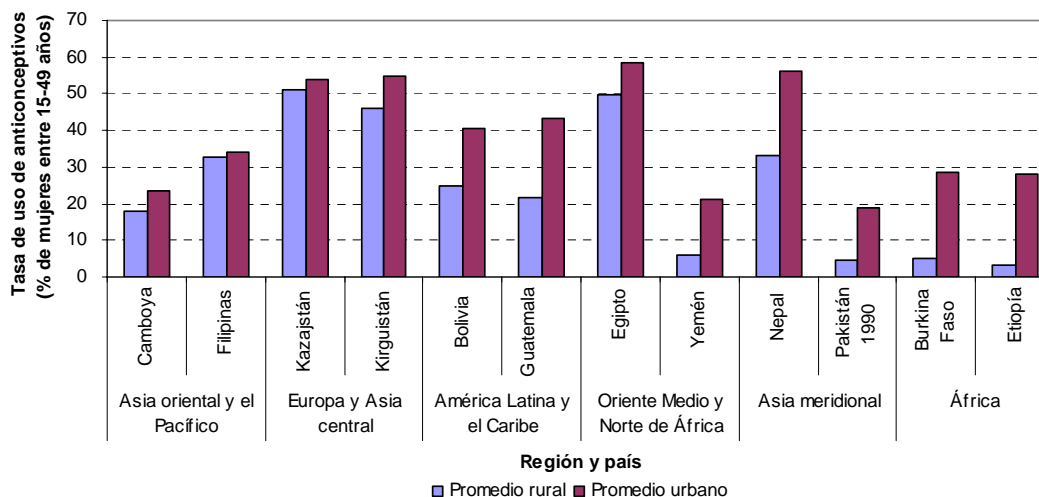
También existen diferencias significativas entre zonas urbanas y rurales en relación a la fecundidad y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, los cambios en la tasa de fecundidad y el uso de anticonceptivos en la mayoría de los países de África al sur del Sahara en el decenio de 1990 se concentra principalmente en los segmentos urbanos y más ricos de la población (Banco Mundial, 2004). El estudio de los datos de encuestas demográficas y de salud indica que en todos los países analizados, las tasas de fecundidad total son sistemáticamente más altas en las zonas rurales, mientras que la tasa de uso de anticonceptivos es sistemáticamente mayor en zonas urbanas. Las Figuras 3.6 y 3.7 muestran estos patrones.

Figura 3.6 Tasa de fecundidad total según región y distribución geográfica para algunos países (EDS, 1994-2004, datos nacionales más recientes)



Fuente: Gwatkin et al., 2007.

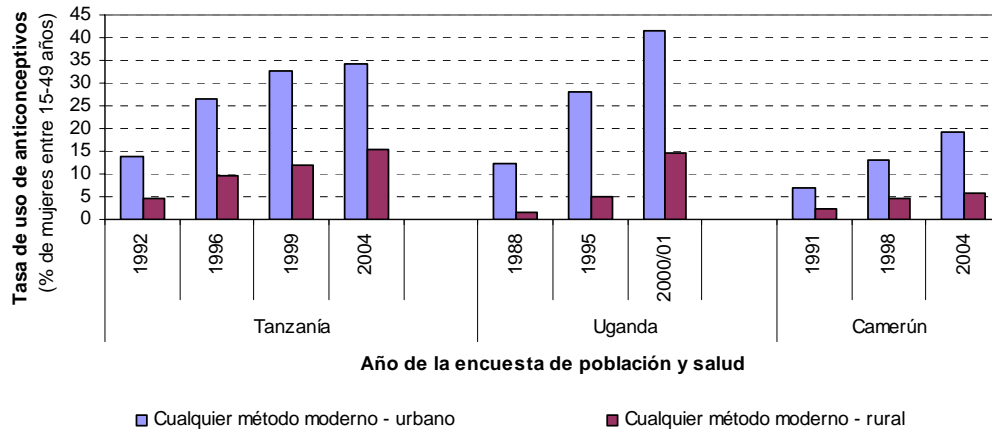
Figura 3.7 Tasa de uso de anticonceptivos según región y distribución geográfica (EDS, 1994-2004, datos nacionales más recientes)



Fuente: Gwatkin et al., 2007.

Si bien el análisis de los datos de encuestas demográficas y de salud muestra algunos resultados positivos respecto del aumento de la tasa de uso de anticonceptivos en los últimos años en África al sur del Sahara, en muchos países, como Tanzania, Uganda y Camerún, la mayoría de estos resultados positivos provienen de zonas urbanas (Figura 3.8).

Figura 3.8 Tasa de uso de anticonceptivos en algunos países según distribución geográfica y año (EDS, 1988-2004)



Fuentes: Encuestas demográficas y de salud, 1991-2004.

Una fecundidad alta contribuye a la desigualdad en otros sectores

Además de la contribución de la pobreza, el género, la juventud y la distribución geográfica a la desigualdad en los resultados en materia de fecundidad, también se producen efectos negativos en la dirección contraria, ya que la fecundidad es la fuerza motriz de algunas desigualdades en otros sectores, como educación y empleo. La antigua discusión sobre la cantidad de hijos versus la calidad de vida ilustra cómo la fecundidad puede generar desigualdades en los niveles de educación y de ingresos. Se ha demostrado que mientras más hijos tenga una mujer, menos puede invertir en cada hijo (Becker y Lewis, 1973). Esto significa que los hijos de una familia pobre y numerosa tendrán menos educación y en el futuro obtendrán menores ingresos que los hijos de una familia más pequeña. En otras palabras, el tamaño familiar más grande puede afectar adversamente la inversión en cada uno de los hijos en educación y así crear desigualdades en el nivel de educación y perpetuar la pobreza.

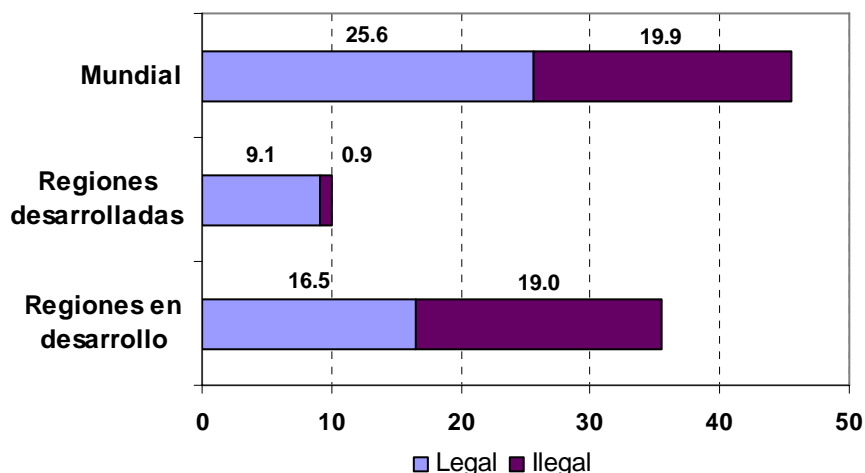
De manera similar, estudios muestran que la fecundidad influye en la participación de la mujer en la fuerza laboral y en su ingreso. Un estudio de múltiples países sugiere que el porcentaje de mujeres económicamente activas se relaciona directamente con la tasa de fecundidad total (McClamroch, 1996). En Bolivia, por ejemplo, el uso de anticonceptivos y el número de mujeres que trabajan a sueldo fuera del hogar están directamente correlacionados. También en Filipinas, el aumento del ingreso promedio de las mujeres que han tenido entre uno a tres embarazos duplica el de las mujeres que han tenido más de siete embarazos (FNUAP, 2005; Barnett y Stein, 1998). Por consiguiente, la cantidad de hijos que tiene una mujer afecta el empleo y el ingreso y, por ende, también puede generar desigualdades en este sector.

ABORTO EN CONDICIONES INSEGURAS

Cada año, se embarazan unas 210 millones mujeres en todo el mundo y alrededor de una de cada cinco decide abortar. De los 46 millones de abortos que se realizan cada año, unos 20 millones se realizan en condiciones inseguras (Ahman y Shah, 2002). Reducir el número de abortos que se realizan en condiciones de riesgo contribuirá directamente a la consecución del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio referido a la mortalidad materna. Se calcula que cada año mueren unas 68.000 mujeres a causa de abortos realizados en condiciones inseguras y que 5,3 millones quedan con discapacidad temporal o permanente (Antman et al., 1992). Este tipo de aborto también puede aumentar la incidencia de la esterilidad secundaria, que pone en riesgo la posibilidad de una mujer de tener el número de hijos que desea. Además de las consecuencias para la salud, los abortos que se realizan en condiciones precarias imponen un costo económico considerable tanto en la mujer como en la sociedad debido (a) al costo para la mujer y su familia en términos de pérdida de ingreso y de gastos incurridos al tener que tratar las complicaciones del aborto inseguro, y b) el uso de los escasos recursos de salud para tratar las complicaciones del aborto que podrían haberse prevenido, recursos que se podrían haber utilizado para satisfacer otras necesidades de salud.

La práctica de abortos en condiciones de riesgo afecta a todas las regiones del mundo. No obstante, una cantidad desproporcionada de éstos se realiza en países en desarrollo, como muestra la Figura 3.9. En un país como Uganda, donde los servicios de planificación familiar son insuficientes (tasa de fecundidad total = 6,9; tasa de uso de anticonceptivos = 18,2%; necesidad insatisfecha = 34,6%), cada año se produce aproximadamente 1 millón de nacimientos y se realizan unos 300.000 abortos inducidos (Singh et al., 2005). Además, quienes en gran medida llevan el costo de los abortos en condiciones de riesgo son las personas más vulnerables y las que tienen menos acceso a servicios seguros, incluso en aquellos lugares donde el aborto está legalizado. Por ejemplo, varios estudios coinciden en informar un alto número de abortos en condiciones precarias entre adolescentes de África (Mbonye, 2000; Arowojolu et al., 2002; Hollander, 2003).

Figura 3.9 Número de abortos legales e ilegales en todo el mundo, 1995



Fuente: Warriner y Shah, 2006.

Un embarazo no deseado es la principal razón para que una mujer busque abortar, situación que con frecuencia es el resultado de dificultades para acceder a un método adecuado de anticoncepción, el uso incorrecto o intermitente de estos métodos o su falla. Otras causas de embarazos no deseados son, entre otras, las relaciones sexuales forzadas o sin consentimiento y la falta de poder de decisión de una mujer en materia sexual y reproductiva. Las normas de la sociedad, la condición económica, los obstáculos legales y otros factores sistémicos influyen profundamente en la decisión de una mujer de recurrir a un aborto y, en particular, a un aborto en condiciones de riesgo. La pobreza, por ejemplo,

es un factor determinante en esta decisión cuando una mujer sopesa las consecuencias financieras del embarazo no deseado (Ahman y Shah, 2002). Las cifras de abortos en condiciones inseguras ilustran cómo las cuatro barreras (ingreso, género, edad y geografía) inciden en el acceso a los servicios de salud.

Pruebas provenientes de todo el mundo apuntan a tres formas efectivas para mitigar el flagelo del aborto inducido que se realiza en condiciones de riesgo: a) la expansión de servicios de planificación familiar de calidad a fin de satisfacer las necesidades no satisfechas; b) el diseño de programas sensibles a los asuntos relativos a la mujer y que promuevan la autonomía de ésta, especialmente de las jóvenes, y que faciliten su acceso a servicios de salud reproductiva, y c) la disponibilidad de campañas de información, educación y comunicación que pongan énfasis en los peligros del aborto en condiciones de riesgo, pero que también aborden la estigmatización que sufren las mujeres que recurren al aborto.

CONCLUSIONES

Las pruebas analizadas apuntan a la urgencia de que las autoridades encargadas de formular políticas y los organismos de desarrollo, como el Banco Mundial, aborden las desigualdades existentes en el área de la salud reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar. Por otra parte, los factores de vulnerabilidad interactúan y exacerban la situación. Por ejemplo, cuando se conjugan los dos factores de género y pobreza, se multiplica el riesgo de las mujeres pobres en el área de salud, nutrición y población. Es evidente que sin esfuerzos focalizados, tanto en los incentivos a la oferta como de actuación sobre la demanda, las desigualdades persistirán y debilitarán el avance general hacia mejores resultados en salud reproductiva. En este contexto, es necesario prestar más atención a las restricciones que actúan sobre la demanda al organizar los programas de población y salud reproductiva. Por ejemplo, un análisis adecuado para saber si el uso reducido de anticonceptivos es un problema de acceso o de motivación debería salir beneficiado de un debate sobre los factores determinantes multisectoriales de la demanda por métodos para espaciar los nacimientos o limitar su número.

Además de los problemas relativos al sector de salud que se identificaron anteriormente, los grupos vulnerables tienen menos acceso a educación, conocimientos y recursos, tienen mayores factores de riesgo que contribuyen a los resultados deficientes en salud en general, están fuertemente influenciados por factores culturales o de intransigentes creencias religiosas y son los grupos a los cuales es más difícil de llegar con estrategias de comunicación para el cambio del comportamiento (White, Merrick y Yazbeck, 2006). Por consiguiente, según nuestro análisis específico de cada país, será necesario respaldar intervenciones que tengan como eje estos problemas multisectoriales y que estimulen la demanda por los servicios de salud reproductiva.

4. CONTEXTO NORMATIVO MUNDIAL

BREVE HISTORIA

Desde algún se admite la fuerte influencia del crecimiento demográfico, la composición étnica y la distribución espacial en el desarrollo. Las controversias y consensos en torno al crecimiento económico, la población y el desarrollo se analizaron en la sección anterior.

Durante del decenio de 1990, muchas conferencias (y particularmente la CIPD de 1994) llamaron a ampliar el alcance de los objetivos del desarrollo mediante la habilitación de la mujer y la satisfacción de sus necesidades de educación y salud, en especial de la salud reproductiva. Esta nueva visión sustituyó las intervenciones demográficas verticales que prestaban poca atención a la planificación familiar y al control de la fecundidad y más bien debilitaban los derechos individuales y la igualdad entre hombres y mujeres⁶ (May, 2005). La CIPD tuvo cierto éxito al obtener el compromiso de las naciones del mundo para aplicar un enfoque más integral que contemplara servicios de salud reproductiva de calidad, incluida planificación familiar, y sólidos esfuerzos para mejorar los niveles educacionales, reducir la mortalidad materna y infantil y abordar las desigualdades entre hombres y mujeres. No obstante, esta conferencia no abordó en detalle los fundamentos macroeconómicos subyacentes a la inquietud general respecto del crecimiento demográfico y la relación entre fecundidad elevada y pobreza familiar y sus importantes consecuencias en las políticas y el desarrollo. Este hecho puede haber contribuido de manera involuntaria a diluir el rol de la planificación familiar en la disminución de la fecundidad, especialmente en países de fecundidad alta.

En el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio surgieron como un nuevo acuerdo mundial entre los países desarrollados y en desarrollo para reducir la pobreza extrema y sus factores asociados. Si bien los ODM no contemplan de manera explícita un objetivo en salud reproductiva, es cada vez más evidente que no será posible cumplir muchos de los objetivos de desarrollo si no se asigna suficiente atención y recursos a la salud reproductiva (Bernstein y Hansen, 2006).

CONTEXTO ACTUAL

A pesar de la importancia de la salud reproductiva y de la planificación familiar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, han surgido muchos desafíos que reducen las probabilidades de cumplir el programa de la CIPD.

- La devastación causada por el virus del VIH/SIDA, que no era del todo prevista en 1994, ha afectado a todos los sectores de la sociedad de muchos países en desarrollo. El impacto de la enfermedad no sólo revierte los avances económicos de los países, sino que además consume enormes cantidades de recursos para enfrentar la pandemia. También aumenta la inquietud de que el SIDA esté eclipsando otros asuntos relacionados con la salud reproductiva y que muchos donantes y países estén dando demasiada importancia al VIH/SIDA dentro de los recursos que entregan (República de Rwanda, 2006).
- El resurgimiento de otras enfermedades contagiosas, como el paludismo y la tuberculosis, y la creación de nuevas iniciativas verticales de financiamiento para abordarlas compiten por los recursos con muchos otros problemas de salud, incluso con la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar.

⁶ Si bien la CIPD no creó ningún derecho humano nuevo, ratificó la aplicación de los derechos humanos universales a todos los aspectos de los programas de población (Programa de acción de la CIPD)

- El Programa de acción general de la CIPD plantea por sí mismo un dilema en dos dimensiones para los defensores de la salud reproductiva:
 - Los fundamentos macroeconómicos, que fueron la base del sólido respaldo político y presupuestario para la cooperación internacional en materia demográfica, hoy están ausentes del debate sobre población.
 - Aunque podría considerarse como contrario a la naturaleza inclusiva del programa de trabajo de la CIPD, es posible que los programas deban adoptar un enfoque de ejecución gradual que concuerde con las restricciones financieras y de capacidad de los países a fin de asegurar los recursos.
- En varios países, la reforma de la salud, las estrategias de lucha contra la pobreza y los nuevos mecanismos de apoyo de los donantes que ponen énfasis en las iniciativas sectoriales, si bien intrínsecamente no dejan de apoyar la salud reproductiva, no prestan la atención necesaria a dichos temas debido a las múltiples prioridades que compiten por sus recursos.

TENDENCIAS EN LA ASISTENCIA PARA CUESTIONES DE POBLACIÓN

Según cálculos del Programa de Acción de la CIPD, la ejecución de programas de población y salud reproductiva, definidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) como planificación familiar, salud materna y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros el VIH/SIDA, así como programas para la recopilación, análisis y difusión de datos relativos a población, costaría en el año 2005 unos US\$18.500 millones. Se esperaba que los países desarrollados cubrieran aproximadamente dos tercios de los costos proyectados y que la comunidad internacional de donantes aportara otro tercio (aproximadamente US\$6.100 millones).

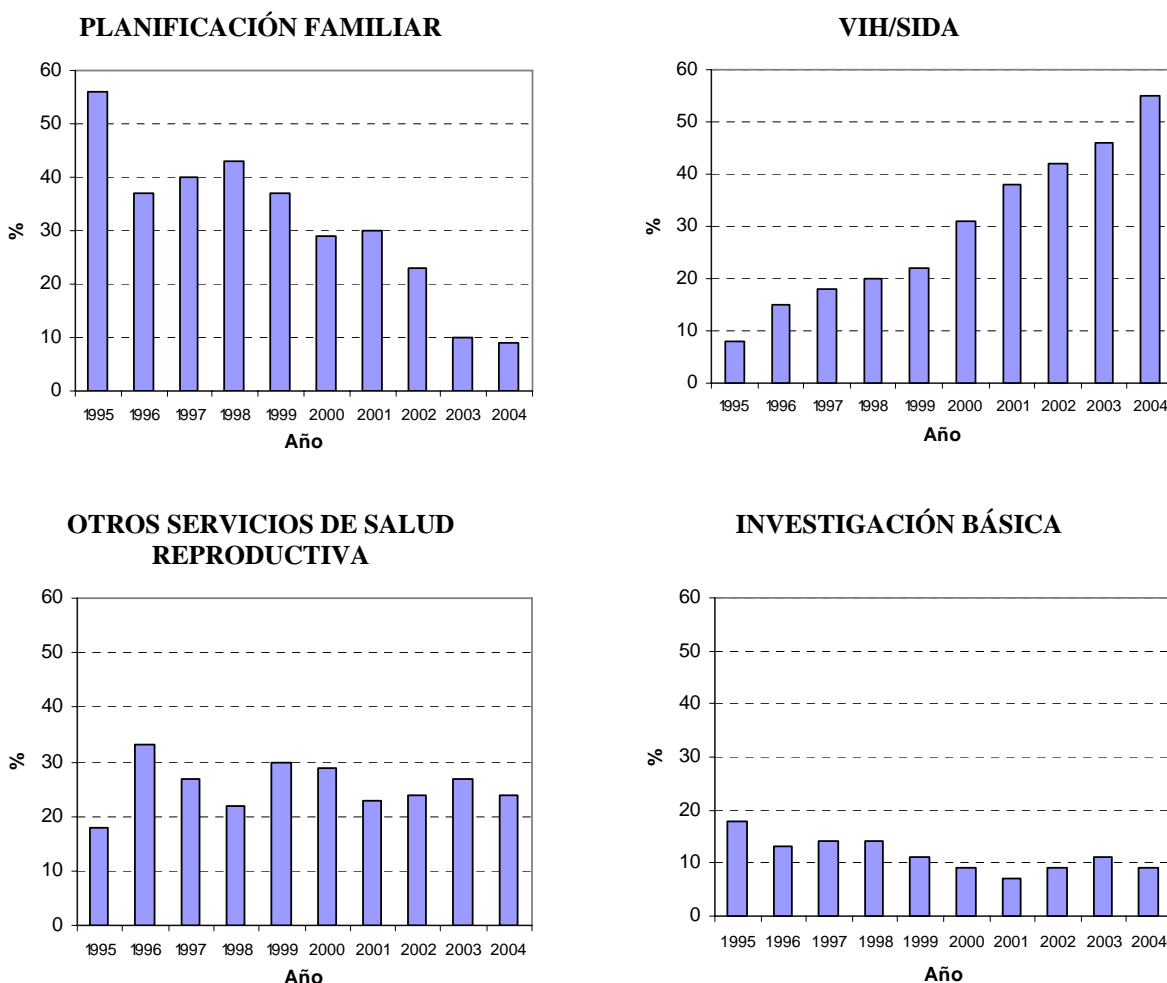
A primera vista, las tendencias generales en el financiamiento parecen ser apropiadas. Sin contar los préstamos emitidos por bancos de desarrollo, la asistencia internacional para cuestiones de población en dólares constantes de Estados Unidos de 1993 (año en que la CIPD hizo los cálculos) y reajustados según la inflación aumentó 13% cada año hasta 2003 (último año para el cual hay datos disponibles) (FNUAP, 2003). La asistencia bilateral cubre la parte mayor de la ayuda para cuestiones de población. La asistencia multilateral, en tanto, entregada a través del sistema de las Naciones Unidas, de hecho ha disminuido desde 1994, mientras que la ayuda privada ha aumentado considerablemente desde ese mismo año (FNUAP, 2003). Los préstamos aportados por los bancos de desarrollo fluctúan cada año en función de los ciclos de aprobación de proyectos (ver la asistencia entregada por el Banco Mundial en la sección 4.2 más abajo). No obstante, a pesar de que la brecha entre los recursos requeridos y los que están disponibles se está estrechando, hay dos áreas que son motivo de preocupación:

Los recursos que se asignan a asistencia para cuestiones de población no son suficientes. Tanto los donantes como los organismos nacionales se encuentran rezagados respecto de sus promesas de apoyo. En términos reales, los cálculos para el año 2005 indicaban que el nivel de financiamiento aportado por los donantes cubriría aproximadamente 70% de la meta de la CIPD. Por su parte, el mundo en desarrollo (gobiernos, ONG y consumidores) alcanzaría sólo 44% de la meta de financiamiento de la CIPD (Dalen y Reuser, 2005a). Además, el cumplimiento de las metas depende en gran medida del comportamiento de los “grandes actores”: Estados Unidos (como donante) y China (como país en desarrollo). Estados Unidos aporta mucho más de 50% del financiamiento total entregado por los donantes. Gran parte de su contribución está comprometida a través del Plan de Emergencia del Presidente (de Estados Unidos) para Alivio del SIDA (PEPFAR, programa para la lucha contra el VIH/SIDA). Por el lado de los países en desarrollo, China explica un tercio de todo el

gasto fiscal de los países en desarrollo del mundo. Por consiguiente, muchos países desarrollados y en desarrollo no están cerca de cumplir las metas que fijó la CIPD. Una inquietud adicional es que muchos países, especialmente de África al sur del Sahara, no generan recursos propios para financiar sus programas de población y dependen casi enteramente de la asistencia de los donantes.

Se ha producido un fuerte desplazamiento en el gasto entre las diversas categorías del llamado “paquete presupuestado para fines de población” hacia un mayor desembolso en ETS/VIH/SIDA. En la actualidad, casi 50% de los recursos destinados a población es asignado a servicios relacionados con la lucha contra el SIDA (FNUAP, 2003). Se estima que este cambio de preferencia en la asistencia de los donantes hacia gastos en ETS/VIH/SIDA probablemente se mantendrá en 2005, ya que más de dos tercios de la asistencia de los donantes se estaría asignando al financiamiento de tales programas (Dalen y Reuser, 2005b). Debido a esta situación, no sorprende que el financiamiento de otros elementos del conjunto de medidas de la CIPD (planificación familiar e investigación básica; análisis de políticas en materia de población y desarrollo) haya disminuido fuertemente, como se muestra en la Figura 4.1 a continuación.

Figura 4.1 Gastos para actividades de población como porcentaje de la asistencia total para población, 1995-2004



Fuente: FNUAP, 2006.

RESPALDO DEL BANCO MUNDIAL PARA ACTIVIDADES DE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Financiamiento

El Banco Mundial está financiando actividades de población y salud reproductiva desde principios del decenio de 1970. El financiamiento para proyectos en estas materias mostró una tendencia ascendente en el decenio pasado y una leve disminución en los ejercicios económicos de 2005 y 2006. No obstante, en países de fecundidad alta (TFT > 5), el financiamiento para población y salud reproductiva se ha mantenido relativamente constante en los últimos diez años. Es un asunto que claramente amerita un análisis más profundo a niveles de país para determinar si el Banco puede aumentar su apoyo a los programas de salud reproductiva en esos países.

Cabe destacar que estas cifras de financiamiento posiblemente no reflejen la situación real, ya que es difícil aislar el componente de población de otras actividades en el tipo de proyectos integrales que hoy son cada día más frecuentes. Esto se debe a que los préstamos que otorga el Banco van, en su mayoría, destinados a programas más amplios para los sectores sociales y de salud que tienen incorporados componentes de la CIPD, pero éstos pueden pasar desapercibidos, ya que no están clasificados según las cuatro categorías que establece la CIPD. Es importante que el Banco realice un estudio sistemático que documente tanto los resultados positivos como los fracasos de su labor en las áreas de población y salud reproductiva, a fin de aprender de las experiencias y aplicar ese conocimiento en futuras operaciones del Banco.

Figura 4.2 Tendencias en otro financiamiento para población, salud reproductiva y VIH/SIDA, 1997-2006

Figura 4.2a Otro financiamiento para población, salud reproductiva y VIH/SIDA: promedios móviles de tres años (ejercicios económicos de 1998 a 2006)

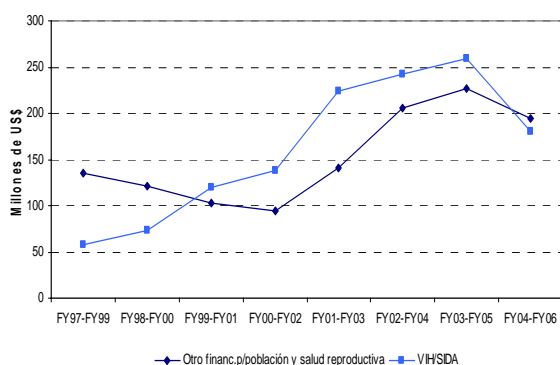
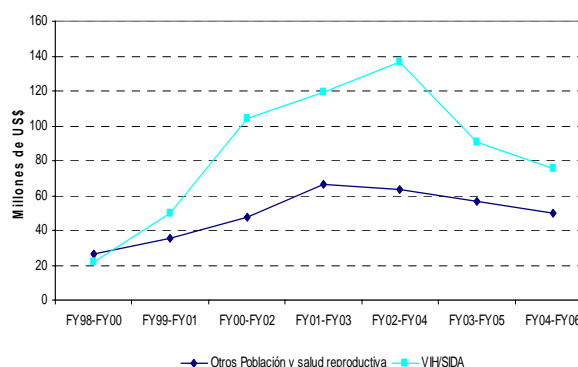


Figura 4.2b Otro financiamiento para población, salud reproductiva y VIH/SIDA en países con TFT >5: promedios móviles de tres años (ejercicios económicos de 1998 a 2006)



Fuente: Base de datos Business Warehouse del Banco Mundial

Asistencia no financiera

El estudio de las actividades de asistencia no financiera en países de fecundidad alta muestra que durante el período que media entre el ejercicio económico 2001 al 2006, aproximadamente 50% de dichos países se beneficiaron de actividades analíticas y de asesoría (AAA) (53 EES⁷ y 7 AT⁸). La

⁷ Estudios económicos y sectoriales

mayoría de los estudios sectoriales y económicos y las asistencias técnicas que incluyen algún componente de población y salud reproductiva tienen como tema central el desempeño de los sistemas de salud y menos de 10% de los EES y 30% de las AT se centran en temas de población y de salud reproductiva. Por este motivo, es necesario analizar específicamente por país si se requiere trabajo analítico adicional para orientar mejor el respaldo del Banco Mundial a las cuestiones de población en estas naciones.

Estudio de las Estrategias de asistencia a los países (EAP)

La revisión de las estrategias de asistencia más recientes para 35 países de fecundidad alta, 11 países de fecundidad media y con inercia demográfica alta y dos países de fecundidad baja arrojó los siguientes resultados:

- De los 35 países de fecundidad alta, 29 tenían EAP disponibles para su estudio, de las cuales 21% abordaba la fecundidad alta o excesiva, 59%, cuestiones de población y planificación familiar y 41%, la salud reproductiva en general.
- De los 11 países de fecundidad media, 10 tenían EAP disponibles para su estudio y arrojaron que si bien 44% reconoce que la población es una cuestión preocupante, sólo 11% abordaba la fecundidad de manera específica. Por otra parte, 22% contemplaba la planificación familiar y 11%, la salud reproductiva.
- El análisis de las EAP correspondientes a los dos países de fecundidad baja revela que uno de ellos, la Federación Rusa, abordaba la disminución de la fecundidad como una problemática emergente (Anexo 1)

Estos datos indican claramente que se requiere un trabajo más intensivo para integrar las cuestiones de población y salud reproductiva a la agenda del desarrollo de los países donde todavía no se abordan los temas de fecundidad. Níger, Yemen, Burundi y Timor Leste son ejemplos de EAP que prestan considerable atención a las cuestiones de población y fecundidad, mientras que algunas EAP no se refieren en absoluto a asuntos de población. Las EAP de los demás países de fecundidad alta mencionan, al menos de manera contextual, cuestiones de población y algunas tienen una cierta cobertura importante de estos asuntos (por ejemplo, una actividad de financiamiento o de otro tipo o un indicador de EAP).

⁸ Asistencias técnicas

Recuadro 3. Cobertura para cuestiones de población en las EAP: algunas ejemplos de prácticas recomendadas

Níger: No sólo se considera la fecundidad alta y el rápido crecimiento demográfico como problemas importantes, sino además se utiliza la fecundidad como uno de los parámetros de referencia para medir el desempeño de la EAP. Asimismo, se estipula la elaboración de un estudio económico y sectorial de la población, el que posteriormente fue entregado. Este estudio ha sido clave para estimular el diálogo nacional sobre cuestiones de población y ha contribuido a una operación independiente de la Asociación Internacional de Fomento (AIF), actualmente en preparación, que es la primera operación de la región de África del Banco Mundial que en muchos años aborda cuestiones específicas de población. La elaboración de una Estrategia nacional sobre población y salud reproductiva era un parámetro de la EAP y un activador del financiamiento, mientras que la salud reproductiva fue incluida en uno de los pilares de la EAP. Otros asociados del Banco Mundial, como la UE, también se han integrado a esta tarea. Finalmente, las cuestiones de población han recibido prioridad en el nuevo Crédito para la reforma de políticas sociales y rurales (financiamiento de políticas de desarrollo).

Yemen: La EAP de 2006 reconoce que la Nota sobre políticas de población de 2002 sirvió de base para la actual EAP sobre cuestiones de fecundidad y ha determinado que la fecundidad alta será una de las cinco áreas clave de la Estrategia de Asistencia para este período. La tasa de crecimiento demográfico está incluida en la lista de indicadores y se relaciona con el crecimiento económico y el abastecimiento de agua. Se reconoce la existencia de una población numerosa de jóvenes y se documentan tasas de fecundidad alta, poniéndose en marcha una Estrategia nacional sobre población para abordar estas temáticas. En materia de financiamiento, se ha propuesto la reestructuración del Proyecto de reforma del sector de la salud (que incluye planificación familiar) y se espera que se traduzca en un segundo proyecto sobre población que trate específicamente cuestiones de fecundidad alta y planificación familiar. El segundo y tercer pilar de la EAP encaran cuestiones de población y de salud reproductiva. Se ha abordado de manera efectiva el tema de la anticoncepción y se incluye la tasa de uso de anticonceptivos como indicador de desempeño de la EAP. Además, a principios de 2006, el Banco Mundial realizó un estudio sobre la “Promoción de la demanda de planificación familiar en Yemen”.

Fuentes: EAP del Banco Mundial

Estudio de Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP)

Panorama general:

- Se analizó el contenido sobre población y planificación familiar de los DELP más recientes de países de fecundidad alta (TFT ≥ 5). Este rápido estudio documental fue realizado para determinar si los DELP han abordado de manera significativa las cuestiones de población y planificación familiar. El Anexo 1 explica la metodología utilizada. De los 35 países de fecundidad alta, 27 tenían DELP disponibles para análisis.
- La mayoría de los DELP reconoce que el crecimiento demográfico es un asunto que incide en la lucha contra la pobreza y fija objetivos o estrategias para abordarlo. No obstante, muchos de los DELP no han podido traducir estos objetivos o estrategias en políticas o indicadores específicos que sirvan para medir el avance en el tiempo.
- De los 27 DELP, 13 (48%) tenían al menos un indicador relacionado con población y planificación familiar, cinco (19%) tenían al menos una política, otros cinco (19%), una política y un indicador y 13 no consideraba ni políticas ni indicadores en esta materia. La

mayoría de los DELP incluían un indicador sobre uso de preservativos, pero en relación con las ETS y el VIH/SIDA, no respecto de la planificación familiar. Ninguno de los DELP menciona la inercia demográfica.

Recuadro 4. DELP y cuestiones de población: Etiopía, país ejemplar

El DELP de **Etiopía**, país de fecundidad alta, considera de forma manifiesta las cuestiones de población. Reconoce que la fecundidad alta y el rápido crecimiento demográfico no sólo son importantes obstáculos para el crecimiento económico y la lucha contra la pobreza, sino además los incluyen como objetivos específicos y fueron llevados a la acción. La Política nacional de Etiopía sobre población tiene la meta de reducir la tasa de fecundidad total a 4 y aumentar la tasa de uso de anticonceptivos a 44% antes de 2015. Algunas de las actividades específicas para lograr estos objetivos son el mejoramiento de la calidad y el alcance de la prestación de servicios de salud reproductiva; la investigación, recopilación de datos y difusión en materia de demografía; la expansión y fortalecimiento de la capacidad nacional para realizar actividades de capacitación en asuntos demográficos; las políticas de educación de la mujer, y la expansión de las actividades de información, educación y comunicación y de la movilización social.

Fuente: DELP del Banco Mundial

5. FUTURA ORIENTACIÓN DE LA LABOR DEL BANCO EN EL ÁREA DE POBLACIÓN

Esta sección analiza primero las ventajas comparativas del Banco en la consecución de resultados en salud, nutrición y población, concentrándose más detalladamente en el subsector de población. La segunda parte aborda las medidas prácticas que tomará el Banco para fortalecer el programa de trabajo en cuestiones de población a nivel de países.

VENTAJAS COMPARATIVAS DEL BANCO EN LA CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD, NUTRICIÓN Y POBLACIÓN

Las siguientes ventajas comparativas reales y potenciales en materia de resultados en salud, nutrición y población identificados en la Nota informativa de la estrategia para el sector de la salud son particularmente importantes para la consecución de los objetivos incluidos en el temario relacionado con la población:

- Enfoque multisectorial para la asistencia a los países
- Enfoque en sistemas de salud en el marco de la asistencia a los países
- Capacidad para ejecutar programas a gran escala
- Capacidad analítica económica y fiscal básica en todos los sectores
- Significativa presencia y focalización en los países
- Participación de actores privados del sector de salud

A continuación se describe cómo sacar el máximo provecho a estas ventajas comparativas a fin de obtener resultados positivos en el fortalecimiento de los programas y políticas sobre población.

Enfoque multisectorial. Tal como se ha indicado, las tendencias de muchos sectores influyen en la fecundidad. En particular, como efecto de la educación de las niñas, la autonomía de la mujer, la participación de la mujer en la fuerza laboral y el aumento del ingreso es posible que aumente la demanda por los servicios de planificación familiar y se reduzca la fecundidad. No obstante, tradicionalmente las cuestiones de población y de salud reproductiva han pertenecido al ámbito del sector de salud, nutrición y población, a pesar de que reciben la influencia, ya sea positiva o negativa, de muchos otros sectores (como educación, género, protección social y reducción de la pobreza y gestión económica (PREM)). Aplicar una visión más sistemática a la institucionalización de las cuestiones de población en el programa básico de la Red de desarrollo humano y la Red sobre reducción de la pobreza y gestión económica brindaría un fuerte estímulo a la adopción de un real enfoque multisectorial respecto de estas cuestiones. En este contexto, en el Banco Mundial trabajan muchos expertos en población, pero se desempeñan en otros sectores o redes y en la actualidad no utilizan al máximo su capacidad en trabajos relacionados con asuntos de población.

Enfoque en sistemas de salud en el marco de la asistencia a los países. La planificación familiar forma parte integral de los servicios de salud reproductiva. Hoy se reconoce cada vez más que la prestación de servicios integrales de salud reproductiva actúa como un indicador sustituto del funcionamiento de un sistema de salud. Además, un sistema de salud eficaz también reduce la mortalidad infantil, indicador que a su vez se ha asociado con la disminución del nivel de fecundidad. Es mucho más fácil ofrecer “protección doble” (protección contra ETS y VIH/SIDA y embarazos no deseados) y a la vez es más factible ofrecer servicios de planificación familiar y consejería sobre VIH de manera sincronizada en el marco de un sistema de salud que funciona bien.

Las ventajas comparativas del Banco para fortalecer los sistemas de salud radican principalmente en las áreas de financiamiento, buena gestión, responsabilidad por la prestación de servicios de salud e

intervenciones que actúan en la demanda, todos muy importantes para promover el programa de acción sobre asuntos de población.

Los servicios de planificación familiar han sido especialmente susceptibles a recibir menos financiamiento del que necesitan. Tal como se mencionaba, tanto gobiernos como donantes han faltado a sus compromisos financieros para respaldar estas actividades y, como resultado, aumenta el problema del déficit de anticonceptivos. El Banco, con su capacidad de análisis sectorial y fiscal y su participación en el diálogo sobre políticas con las principales partes interesadas, puede ayudar a abordar este asunto fundamental mediante la coordinación de los donantes y la ayuda y de la incorporación de las necesidades de financiamiento para planificación familiar al programa nacional de salud de un determinado país.

Otro factor que limita el suministro de anticonceptivos es la capacidad logística inadecuada que afecta a muchos países en desarrollo. En cada país, contar con un sistema logístico confiable permite distribuir de manera ágil los productos para anticoncepción y otros, de modo que cada centro de prestación de servicios tenga suficientes existencias para satisfacer las necesidades de sus clientes.

También se ha aceptado que influir en el comportamiento de un hogar es crucial para el nivel de uso de los servicios de planificación familiar. Factores socioculturales, como el rechazo de la familia y de la comunidad, inhiben a algunos potenciales clientes, mientras que en algunos países los prestadores e incluso los programas pueden rehusarse a prestar servicios a grupos vulnerables como adolescentes que no están casados. La condición inferior de la mujer con frecuencia levanta barreras: si bien más de dos tercios de los usuarios de servicios de planificación familiar de todo el mundo son mujeres, en muchas sociedades la mujer carece de poder para decidir de manera autónoma si usar anticonceptivos o solicitar asistencia. Educar a las niñas, mejorar las perspectivas económicas de la mujer y darle voz y voto en el diseño, gestión y supervisión de los programas de salud reproductiva son algunos medios para estimular el acceso a servicios de salud. Además, una efectiva comunicación y cambio de comportamiento es fundamental para los servicios de planificación familiar y puede contribuir a aumentar las tasas de adopción de métodos anticonceptivos y su uso efectivo y constante.

Capacidad para ejecutar programas a gran escala. Es importante destacar que el respaldo del Banco ha girado a favor de estrategias amplias en el sector de salud en lugar de financiar programas individuales. Este apoyo va dirigido hacia la creación de capacidades en el sector de salud de un país, que comprende fortalecer el sistema logístico y la gestión financiera, brindar una secuencia continua de atención desde el nivel comunitario hasta el nivel de establecimientos; fortalecer la gestión de los recursos humanos y supervisar los resultados. Todos estos elementos son cruciales para obtener buenos resultados en los programas de planificación familiar. Al respaldar la ejecución a gran escala de un plan integrado para el sector de la salud que incluya servicios de planificación familiar, el Banco puede ocupar un lugar importante en mantener la prioridad de la planificación familiar en países de fecundidad alta e inercia demográfica elevada. Si bien históricamente algunos programas de planificación familiar que han tenido buenos resultados se basaban en un enfoque vertical, hoy se considera que este enfoque es menos atractivo, tanto desde la perspectiva de su sostenibilidad como desde la visión integral de la salud reproductiva.

Capacidad analítica económica, fiscal y multisectorial básica en todos los sectores. La posición del Banco le permite incluir de manera sistemática las dimensiones de población y salud reproductiva en documentos estratégicos clave, como EAP, Memoranda económica de un país y Estudios de gastos públicos. El Banco goza de una situación privilegiada para ofrecer trabajo analítico fiscal y económico y así velar por la adecuada asignación de recursos para cuestiones de población en el programa general de financiamiento para el desarrollo de un país. Asimismo, los documentos que elaboran los prestatarios del Banco Mundial o el Banco en conjunto con ellos, como los DELP y el

Crédito de apoyo a la lucha contra la pobreza (PRSC), deben considerar las dimensiones de población. También es necesario destacar la importancia de ciertos vínculos clave, como las sinergias entre programas de salud reproductiva y de lucha contra el VIH/SIDA, y entre fecundidad y niveles de instrucción. Cabe mencionar además que, una vez realizados, los análisis de las cuestiones relativas a población y salud reproductiva estarán disponibles para ser utilizados en la preparación de documentos estratégicos clave por parte del Banco o los países prestatarios.

Significativa presencia y focalización en los países. La mayor parte del trabajo en materia de población y salud reproductiva se realiza a nivel de país. La descentralización de los programas y del personal del Banco hacia el trabajo en terreno ha fortalecido aún más el diálogo sobre políticas en los países. Considerar los cambios institucionales necesarios en un país para integrar los asuntos de población en todos los sectores exige el compromiso sostenido del país en cuestión. En este contexto, es crucial contar con una estrategia clara y un sólido compromiso político. Es más fácil lograr este objetivo mediante una estrategia coordinada ejecutada por una unidad visible, sólida y de alto nivel que tenga la misión de diseñar, supervisar y evaluar la efectividad del programa. El Banco puede contribuir al fortalecimiento de tales mecanismos institucionales y promover la colaboración con asociados externos nacionales o internacionales.

Participación de actores privados del sector de salud. Es importante conseguir la participación de actores del sector privado (comercio, ONG e instituciones de ventas subvencionadas) para asegurar la disponibilidad de anticonceptivos. Los países deben considerar la información sobre el mercado de los productos y servicios de planificación familiar para definir y promover la complementariedad de las funciones del sector público y del sector privado, así como para identificar mejor los segmentos de la población que debe atender uno u otro sector. El sector público puede crear las condiciones que respalden y promuevan una mayor participación del sector privado en satisfacer las crecientes necesidades de los usuarios de servicios de planificación familiar. Tomar las medidas necesarias para expandir y dar participación activa al sector privado en el mercado es una estrategia crucial para lograr la distribución más equitativa de los recursos disponibles, cubrir las necesidades no satisfechas y asegurar la disponibilidad de productos y servicios de planificación familiar. El Banco Mundial puede jugar un papel clave en influir en el diálogo sobre políticas públicas a fin de promover la participación de los diversos actores del sector privado.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

La sección anterior identifica varios aspectos desde los cuales el Banco puede abordar las cuestiones de población tanto desde dentro como fuera del sector de salud. En la práctica, el Banco Mundial asiste a los países prestatarios mediante trabajo analítico, diálogo sobre políticas, asistencia técnica o programas de préstamos o donaciones. La economía política desempeña una función de vital importancia en la ejecución de programas y políticas de salud reproductiva. El Banco, al ofrecer la base analítica necesaria para el debate, puede contribuir de manera positiva instando a las autoridades a emprender acciones *ahora* para que la composición y tamaño de la población cambie en el futuro. Debido a la diversidad de contextos demográficos, será necesario adaptar la participación del Banco en los países a las necesidades específicas de cada uno de ellos.

En los *países de fecundidad alta*, el Banco, junto con sus contrapartes nacionales, primero realiza el trabajo analítico necesario para identificar las barreras más relevantes que se deberán superar a fin de reducir la fecundidad. Como se ha mencionado, este trabajo se refleja de manera sistemática en los documentos estratégicos clave que sirven de base para el diálogo sobre políticas, como estrategias de asistencia a los países, memorando económico sobre un país, estudios de gastos públicos y documentos de estrategias de lucha contra la pobreza. Este trabajo analítico constituye asimismo la base para la generación de productos de promoción orientados a las autoridades superiores y otros

actores que influyen en el diálogo sobre políticas en materia de población. Es importante destacar que en varios de estos países, el VIH/SIDA también representa un problema grave de salud pública y para el desarrollo, de manera que será necesario realizar el trabajo analítico y elaborar los materiales de capacitación teniendo en cuenta este contexto. El trabajo analítico debería comenzar de inmediato como parte del programa de trabajo del ejercicio económico de 2008 y debe abarcar varios países cada año, aunque dando prioridad a los países que tienen EAP o DELP en preparación. La base analítica dará paso a financiamiento específico para población y salud reproductiva (como en el caso de Níger en 2005) o a un mayor énfasis en cuestiones de población y salud reproductiva en el marco de otras operaciones. En este contexto, es necesario elaborar materiales de capacitación en conjunto con el Instituto del Banco Mundial a fin de ayudar al personal del Banco a dirigir sus esfuerzos hacia las autoridades responsables y los ejecutores en escenarios de fecundidad alta.

Un cambio radical que refleja nuestro modelo de trabajo en estos países de fecundidad alta y que cabe destacar es la incorporación del trabajo en materia de población a los planes de trabajo de la Red sobre reducción de la pobreza y gestión económica y la Red de Desarrollo Humano. A menos que se aborde las cuestiones de población desde sus diversos ángulos, es poco probable que en estos países se acelere la transición demográfica. Aquí, el objetivo de las operaciones del Banco en materia de población y salud reproductiva debe asimismo poner énfasis en la generación de demanda por servicios de salud reproductiva y para este fin fortalecer la educación de las mujeres y mejorar sus perspectivas económicas, reducir la desigualdad entre hombres y mujeres y fortalecer los servicios de anticoncepción y otros relacionados con salud reproductiva.

En los *países de fecundidad media*, donde ésta ha comenzado a disminuir, es necesario aplicar una metodología más focalizada. En muchos de estos países, las mujeres de hogares pobres y zonas rurales todavía tienen altas tasas de fecundidad, de modo que debe darse prioridad al fortalecimiento de la prestación de servicios para llegar a estos grupos. Según el período en el cual la fecundidad comenzó a disminuir, estos países pueden tener una población joven muy numerosa y el Banco debe estar presto a respaldar trabajos analíticos que indiquen cómo responder a estas grandes cohortes de adolescentes que necesitan educación, servicios de salud y conocimientos para incorporarse al mercado laboral. Las necesidades específicas de cada país en materia de financiamiento del Banco para abordar cuestiones de población y salud reproductiva varían según el contexto de cada país perteneciente a este grupo.

En los países prestatarios de *fecundidad baja*, el Banco debe profundizar el trabajo analítico existente (Banco Mundial, 2005; Chawla et al., en preparación) y prestar el apoyo que sea necesario en materias relacionadas con el envejecimiento de la población, como reformar los servicios de salud y los sistemas de seguridad social e influir en los efectos de la fecundidad baja a largo plazo en la fuerza laboral y el crecimiento económico.

Un aspecto fundamental del trabajo del Banco en el sector de salud, nutrición y población es el de ayudar a los países a medir los avances en pro de los resultados prioritarios en estas materias. El marco general de resultados de salud, nutrición y población contiene indicadores para medir los resultados en asuntos de población (ver el Anexo 5) y se debe trabajar con miras a integrar dichos indicadores al sistema de evaluación y supervisión del respectivo país.

En asuntos de población y salud reproductiva, el Banco Mundial trabaja en colaboración con un amplio espectro de alianzas mundiales y asociados en la tarea del desarrollo, como la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño y la Coalición para el Suministro de Salud Reproductiva. Tal como se señaló en la sección sobre el contexto mundial de políticas, el Banco no puede trabajar en cuestiones de salud reproductiva sin contar con el respaldo y colaboración de la comunidad internacional más amplia. El FNUAP es el organismo técnico principal en cuestiones de

población y tiene una extensa red de oficinas en muchos países. El Banco recurre al conocimiento práctico del FNUAP en adquisición de anticonceptivos y ha intensificado su colaboración en otras áreas (como capacitación y gestión de programas nacionales). La OMS, como organismo normativo, es socio fundamental tanto a nivel nacional como internacional. Debido al vínculo de las cuestiones de población con la salud reproductiva, el VIH/SIDA y la supervivencia infantil, el Banco también trabaja en conjunto con la OMS, el ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), respectivamente. Los donantes bilaterales (DFID, NORAD, SIDA y KfW de Países Bajos) también cumplen una función crucial tanto en fijar prioridades de inversión como en elaborar marcos de financiamiento para tales inversiones. El Banco ha aumentado el número de alianzas con ONG que trabajan activamente en población y salud reproductiva para poder llegar a grupos vulnerables y estimular la demanda por servicios de salud reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acsadi, G.T.F., y G.Johnson-Acsadi. 1990. Population Growth and Reproduction in Sub-Saharan Africa: Technical Analyses of Fertility and Its Consequences. En *Demand for children and for childspacing*, editado por G.T.F. Acsadi, G. Johnson-Acsadi y R.Bulatao. Washington, D.C: Banco Mundial.
- Ahman, E., y I. Shah. 2002. Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. *Reproductive Health Matters* 10 (19):13-17.
- Ainsworth, Martha, Kathleen Beegle y Andrew Nyamete. 1996. The Impact of Women's Schooling on Fertility and Contraceptive Use: A Study of Fourteen Sub-Saharan African Countries. *The World Bank Economic Review* 10 (1):85-122.
- Antman, E. M., J. Lau, B. Kupelnick, F. Mosteller y T. C. Chalmers. 1992. A Comparison of Results of Meta-Analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatments for Myocardial Infarction. *JAMA* 268 (2):240-8.
- Arowojolu, A.O., A.O. Ilesanmi, O.A. Roberts y M.A. Okunola. 2002. Sexuality, Contraceptive Choice and AIDS Awareness among Nígerian Undergraduates. *African Journal of Reproductive Health* 6 (2):60-70.
- Banco Mundial. 1994a. *Population and Development. Implication for the World Bank*. Editado por T. Merrick, J. Nassim y C. T. Worzala. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 1994b. *Family Planning: A Development Success Story*. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2001. *Population and the World Bank - Adapting to Change*. A. S. Preker, A. E. Elmendorf y M. Claeson, editores. Edición revisada, *Red sobre Desarrollo Humano. Serie sobre Salud, Nutrición y Población*. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2004. Informe sobre el desarrollo mundial 2004. *Servicios para los pobres*. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2005. *Dying Too Young - Adressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Federación Rusa*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2006a. Indicadores del desarrollo mundial. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2006b. Informe sobre el desarrollo mundial 2006. *Equidad y desarrollo*. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2006c. Estrategia del Banco Mundial para el sector de salud, nutrición y población. Documento de antecedentes a fin de proveer información al Comité para la efectividad del desarrollo en la elaboración de la nueva estrategia del Banco para dicho sector. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2007a. Indicadores del desarrollo mundial. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2007b. Informe sobre el desarrollo mundial. *Desarrollo y la próxima generación*. Washington DC: Banco Mundial
- Barkat-e-khuda, N.C Roy y D.M. Rahman. 2000. Family Planning and Fertility in Bangladesh. *Asia Pacific Population Journal* 15 (1):41-54.
- Bernstein, Stan, y Charlette Juul Hansen. 2006. Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Birdsall, Nancy, Allen C. Kelley y Steve Sinding. 2001. *Population Matters : Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Nueva York: Oxford University Press.

- Bloom, D.E., D. Canning y J. Sevilla. 2003. The Demographic Dividend. A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. Santa Monica, CA: RAND.
- Bloom, David E., y David Canning. 2006. Booms, Busts, and Echoes: How the Biggest Demographic Upheaval in History is Affecting Global Development. *Finance and Development. Publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional* 43 (3):8-13.
- Bongaarts, John, y Robert G. Potter. 1983. *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*. Nueva York: Academic Press.
- Chawla, Mukesh, Gordon Betcherman, Arup Banerji, Anne Bakilana, Csaba Feher, Michael Mertaugh, Maria Laura Sanchez Puerta, Anita M. Schwarz, Lars Sondergaard y Andrew Burns. En preparación. *The Third Transition: Exploring the Impact of Changing Demographic Structures in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington DC: Banco Mundial.
- CESPOP (Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico). 1987. Female Autonomy and Fertility: An Overview of the Situation in South Asia. *Asia Pacific Population Journal* 2 (4):43-52.
- Cleland, J., y S. Sindling. 2005. What Would Malthus Say about AIDS in Africa? *The Lancet* 366 (9500):1899-1901.
- Cleland, John, James F. Phillips, Sajeda Amin y G.M. Kamal. 1994. *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*. Washington DC: Banco Mundial.
- Cochrane, S.H. 1979. *Fertility and Education. What Do We Really Know?* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Dalen, Hendrik P. van, y Mieke Reuser. 2005a. Assessing Size and Structure of Worldwide Funds for Population and AIDS Activities. FNUAP/ONUSIDA/NIDI - Resource Flows Project, N. I. D. Institute, Países Bajos.
- Dalen, Hendrik P. van, y Mieke Reuser. 2005b. What Drives Donor Funding in Population Assistance Programs? Serie de documentos de trabajo del Tinbergen Institute. Amsterdam, Países Bajos: Tinbergen Institute.
- Dickison-Tetteh, Kim, Audrey Pettifor y Winnie Moleko. 2001. Working with Public Sector to Provide Adolescent Friendly Services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 9 (17):160-169.
- Dunkle, Kristin L., Rachel K. Jewkes y Heather C. Brown. 2004. Transactional Sex Among Women in Soweto, South Africa: Prevalence, Risk Factors, and Association with HIV Infection. *Social Science and Medicine* 59 (8):1581-92.
- Family Health International. *Introduction: Adolescent Reproductive Health* [internet]. Family Health International 1997 [citado el 26 de septiembre de 2006. Disponible en http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v17_3/nt1732.htm].
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2003. Estado de la Población Mundial 2003. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- FNUAP. 2006. *UNFPA Global Population Policy Update. Issue 64*. FNUAP 2006 [citado el 24 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/parliamentarians/news/newsletters/issue64.htm>.
- Ginneken, Jeroen Van, y Abdur Razzaque. 2003. Supply and Demand Factors in the Fertility Decline in Matlab, Bangladesh in 1977-1999. *European Journal of Population* 19 (1):29-45.
- Greene, Margaret E., y Thomas Merrick. 2005. Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter? *Serie de documentos de trabajo sobre salud, nutrición y población*. Washington DC: Banco Mundial.
- Gwatkin, Davidson R. 2002. Overcoming the Inverse Care Law. Estudio leído ante el Leverhulme Lecture, en la London School of Tropical Medicine and Hygiene.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Abdulla Suliman y Adam Wagstaff. 2004. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*. Segunda edición. Tomo III: Indicator Summaries. Washington DC: Banco Mundial.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*. Washington DC: Banco Mundial.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*. Editado por D. R. Gwatkin, A. Wagstaff y A. S. Yazbeck. Washington DC: Banco Mundial.
- Hausmann-Muela, Susanna, Joan Muela Ribera e Isaac Nyamongo. 2003. Health-Seeking Behaviour and the Health System Response. *Disease Control Priorities Project Working Paper #14*. Disease Control Priorities Project (DCPP).
- Hindin, Michelle J. 2000. Women's Autonomy, Women's Status and Fertility-Related Behavior in Zimbabwe. *Population Research and Policy Review* 19:255-82.
- Hogan, Dennis P., Betemariam Berhanu y Assefa Hailemariam. 1999. Household Organization, Women's Autonomy, and Contraceptive Behavior in Southern Etiopía. *Estudios sobre planificación familiar* (4):302.
- Hollander, D. 2003. Although Abortion is Highly Restricted in Cameroon, it is not Uncommon among Young Urban Women. *International Family Planning Perspectives* 29 (1):49-50.
- Jamison, Dean T., ed. 2006. *Investing in Health*. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, editores. Segunda edición, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kelley, Allen C. 1988. Economic Consequences of Population Change. *The Third World Journal of Economic Literature* 26 (4) (Diciembre):1685-1728.
- Lee, Ronald, y Andrew Mason. 2006. What is Demographic Dividend? *Finanzas y desarrollo. Publicación trimestral del FONDO Monetario Internacional* 43 (3):16-17.
- Mason, Andrew, y Sang-Hyop Lee. 2004. The Demographic Dividend and Poverty Reduction: University of Hawaii at Manoa and the East-West Center.
- May, John F. 2005. Population Policy. En *The Handbook of Population*, editado por D. L. Poston y M. Micklin. Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Publisher Springer Science & Business Media, Inc.
- Mbonye, A.K. 2000. Abortion in Uganda: Magnitude and Implications. *African Journal of Reproductive Health* 4 (2):104-108.
- Merrick, Thomas W. 1993. *Social Policy and Fertility Transitions*. Serie de documentos de trabajo de la Oficina de recursos humanos. Washington, DC: Banco Mundial.
- NRC (Consejo Nacional de Investigación) e IOM (Instituto de Medicina). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington DC: The National Academics Press.
- ONU (Naciones Unidas). 2004. World Population Prospects: The 2004 Revision. Tomo III Informe Analítico. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- ONU (Naciones Unidas). 2005. Population Challenges and Development Goals. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- ORC Macro. 2006. *MEASURE DHS STATcompiler* 2006 [citado el 6 de diciembre de 2006]. Disponible en <http://www.measuredhs.com>.
- Peters, David, Abdo S. Yazbeck, Rashmi R. Sharma, G.N.V. Ramana, Lant H. Pritchett y Adam Wagstaff. 2002. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options*. Washington DC: Banco Mundial.

- República de Rwanda, Ministerio de Finanzas y Planificación Económica, Ministerio de Salud. 2006. *Scaling up to Achieve the Health MDGs in Rwanda*. Estudio de antecedentes para el Foro de alto nivel realizado en Túnez los días 12 y 13 de junio de 2006.
- Rutstein, Shea Oscar. 2002. *Fertility Levels, Trends, and Differentials 1995 -1999*. Informe comparativo N° 3 sobre encuesta de población y salud. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Shah, Iqbal, y Elizabeth Ahman. 2004a. Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters (Abortion Law, Policy and Practice Supplement)* 12 (24):9-17.
- Shah, Iqbal, y Elizabeth Ahman. 2004b. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. Cuarta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sinding, S.W. 2000. The Great Population Debates: How Relevant are They for the 21st Century? *American Journal of Public Health* 90 (12):1841-45.
- Singh, S.E., F. Prada, Mirembe y C. Kiggundu. 2005. The Incidence of Induced Abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives* 31 (4):183-91.
- Soucat, Agnes, y Manju Rani. 2003. *Who Do the Poor Really Get Their Services from: Myths and Reality of the Public-Private Mix*. Documento de antecedentes para el Informe sobre Desarrollo Mundial, 2004. Washington DC: Banco Mundial.
- Stakes, C.Shannan, y Yeu-Sheng Hsieh. 1983. Female Employment and Reproductive Behavior in Taiwan, 1980. *Demography* 20 (20):313.
- Tan, J.P., y M. Haines. 1984. *Schooling and Demand for Children; perspectivas históricas*. Washington DC: Banco Mundial.
- USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2005. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries - An Advocacy Toolkit*. Washington DC: USAID.
- Warriner, I. K., y I. H. Shah, eds. 2006. *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Reserach and Action*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Waters, Hugh, Laurel Hatt y Henrik Axelsson. 2002. *Working with the Private Sector for Child Health*. Serie de documentos de trabajo sobre salud, nutrición y población. Washington DC: Banco Mundial y el Proyecto SARA de USAID.
- White, Arlette Campbell, Thomas W. Merrick y Abdo S. Yazbeck. 2006. *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal: Poverty, Health, and Development in a Changing World*. Washington DC: Banco Mundial.

ANEXO 1. ACTIVIDADES DEL BANCO Y DE LOS PAÍSES PRESTATARIOS PARA ABORDAR CUESTIONES DE POBLACIÓN: ANÁLISIS DE LAS EAP Y LOS DELP

Se analizaron las últimas EAP y DELP de países con tasas de fecundidad altas ($TFT \geq 5$), fecundidad media ($2,5 < TFT < 5$) e inercia demográfica alta, y fecundidad baja ($TFT < 2,5$) a fin de determinar el grado al cual el Banco Mundial y sus países prestatarios abordan las cuestiones de población a nivel nacional. Para los 35 países de fecundidad alta, se disponía de 29 EAP y 27 DELP para estudio, como indica el Cuadro A1. En los países de fecundidad media, se analizaron 10 EAP (Cuadro A2). Finalmente, se estudiaron dos EAP correspondientes a países de fecundidad baja. Estos documentos fueron bajados del banco de imágenes (Image Bank) del Banco del Mundial. Se realizó un examen documental mediante la búsqueda de algunos términos sobre población, a fin de revisar si el contenido del documento incluía cuestiones de población.

Cuadro A1. Países de fecundidad alta: $TFT > 5$

EAP	DELP
Benin	Afganistán
Burkina Faso	Burkina Faso
Burundi	Burundi
Chad	Chad
Congo, Rep. del	Congo, Rep. Dem. del
Côte d'Ivoire	Congo
Djibouti	Côte d'Ivoire
Guinea Ecuatorial	Djibouti
Eritrea	Etiopía
Etiopía	Guinea
Guinea	Guinea-Bissau
Guinea-Bissau	Kenya
Kenya	Madagascar
Madagascar	Malawi
Malawi	Malí
Malí	Mauritania
Mauritania	Mozambique
Mozambique	Níger
Níger	Nigeria
Nigeria	Rwanda
Rwanda	Senegal
Senegal	Sierra Leona
Sierra Leona	Tanzanía
Tanzanía	Timor-Leste
Timor-Leste	Uganda
Togo	Yemen
Uganda	Zambia
Yemen	
Zambia	

Cuadro A2. Países con $2,5 < \text{TFT} < 5$ e inercia demográfica alta

País	Inercia demográfica	TFT
Bangladesh	1,5	3,2
Bolivia	1,6	4
Ghana	1,6	4,4
Guatemala	1,7	4,6
India	1,4	3,1
Jordania	1,7	3,5
Marruecos	1,5	2,8
Pakistán	1,7	4,3
Filipinas	1,5	3,2
Uzbekistán	1,6	2,7

Cuadro A3. Países con $\text{TFT} < 2,5$

País	TFT
Federación Rusa	1,3
Ucrania	1,1

Metodología del análisis de las EAP

Se realizó una búsqueda de los siguientes términos:

- Fecundidad (por ejemplo, “fecundidad alta” o “fecundidad excesiva”)
- Población (no sólo documentación sobre qué es población, sino en el contexto de cuestiones de población)
- Planificación familiar
- Anticonceptivos
- Anticoncepción
- Salud reproductiva

Luego se estudiaron los documentos para identificar la presencia de los términos mencionados como material de fondo, especialmente en los proyectos teóricos. No se consideraron términos que aparecían sólo con fines estadísticos. No obstante, si los términos aparecían con fines más sustantivos, como indicadores, activadores de financiamiento, financiamiento propuesto o actividades distintas de financiamiento, eran incluidos en la hoja de datos del análisis. Por lo tanto, el contexto revestía importancia particular para el análisis.

Metodología del análisis de los DELP

Se realizó una búsqueda de los siguientes términos:

- Inercia demográfica
- Fecundidad
- Población o tasa de crecimiento demográfico
- Planificación familiar
- Anticonceptivos o anticoncepción
- Uso de preservativos
- Salud reproductiva (planificación familiar como parte de los servicios de salud reproductiva)

Una vez que se identificaron los términos, se leyó el párrafo y la oración donde estaba inserto cada término a fin de comprobar si éste abordaba de manera significativa alguna de las cuestiones de población. Se consideraron los términos como significativos cuando aparecían en declaraciones sobre políticas o en un indicador y se contabilizó cada uno de los términos que abordaba cuestiones de población. No obstante, no fueron considerados cuando aparecían sólo a modo de definición informativa o para fines estadísticos, o cuando aparecían en metas, objetivos o estrategias que después no se traducían en políticas o indicadores. Se registraron las ocurrencias y el contexto de los términos en una hoja de cálculo.

Se consideraron los siguientes factores durante la búsqueda de los términos y la lectura de su contexto para los términos definidos:

A. Inercia demográfica

- ¿Se reconoce como un problema?
- ¿Existen objetivos o indicadores que abordan explícitamente los asuntos relativos a la inercia demográfica?

B. Cuestiones de población

- ¿Existen objetivos para abordar cuestiones de población?
- ¿Existen indicadores para medir el avance?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

C. Fecundidad alta

- ¿Existen objetivos para abordar la fecundidad alta?
- ¿Existen indicadores para medir la TFT en el tiempo?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

D. Tasa de crecimiento de la población

- ¿Existen objetivos para abordar la alta tasa de crecimiento?
- ¿Existen indicadores para medir la tasa de crecimiento en el tiempo?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

E. Planificación familiar (PF)

- ¿Existen objetivos para abordar programas de planificación familiar?
- ¿Existen indicadores para medir la planificación familiar en el tiempo?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

F. Anticonceptivos o anticoncepción

- ¿Existen objetivos para promover el uso de anticonceptivos en el país?
- ¿Existen indicadores para medir los avances?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

G. Uso de preservativos

- ¿Se presenta información sobre el uso de preservativos en el país?
- ¿Se utiliza el término “preservativo” en un contexto sobre anticoncepción?
- ¿Aparece en pilares, intervenciones o para recopilación de datos?

H. Salud reproductiva

- ¿Se menciona “planificación familiar” explícitamente en un contexto de salud reproductiva?
- ¿Existen indicadores para medir el avance en salud reproductiva y planificación familiar?

Resultados del estudio de las EAP

Resultados generales:

Se analizó el contenido de las EAP más recientes –correspondientes a los 36 países de fecundidad alta, 11 países seleccionados con fecundidad media y con inercia demográfica alta y dos países de fecundidad baja– por su contenido relacionado con materias de población y fecundidad. De los 36 países de fecundidad alta, 29 tenían EAP disponibles para el estudio, de las cuales 21% abordaba la fecundidad alta o excesiva, 59%, población y planificación familiar y 41%, salud reproductiva en general.

De los 11 países de fecundidad media seleccionados, 10 tenían EAP disponibles para su estudio, que indicaban que si bien 44% reconoce que la población es un tema importante, sólo 11% abordaba específicamente la fecundidad, 22% incluía temas de planificación familiar en el análisis y 11%, temas de salud reproductiva.

El estudio de las EAP de los dos países de fecundidad baja reveló que uno de ellos, la Federación Rusa, consideraba la fecundidad y la población como temáticas emergentes.

Ejemplos de países de fecundidad alta:

Níger, Yemen, Burundi y Timor Leste son ejemplos de EAP que abordan directamente cuestiones de población y fecundidad. Malí, Sierra Leona, Mozambique, Madagascar y Djibouti no mencionan estos temas en sus EAP más recientes (a julio de 2006). Las EAP de los otros países de fecundidad alta al menos tocan estos temas contextualmente y unos pocos de dan una cobertura relativamente importante (por ejemplo, en actividades de financiamiento o no financiamiento o como indicadores de EAP).

Níger es uno de los países de fecundidad alta que se desempeña relativamente bien en temas de población, al menos en su EAP. No sólo reconoce la fecundidad alta como un problema, sino también la utiliza como uno de los parámetros de desempeño de la estrategia. Se documenta el crecimiento demográfico y se planifica realizar estudios económicos y sectoriales sobre población. Otro parámetro de la EAP es la Estrategia de Salud Reproductiva y Población, que además es un activador del financiamiento, mientras que la salud reproductiva está consignada en uno de los pilares de la estrategia.

La EAP de Yemen de 2006 reconoce que una Nota de Políticas sobre Población de 2002 sirvió de base para la elaboración de la EAP actual en temas de fecundidad y designa la fecundidad alta como una de las cinco áreas claves de la EAP durante su período de vigencia. La tasa de crecimiento demográfico se incluye en la lista de indicadores y se vincula con el crecimiento económico y el abastecimiento de agua. También reconoce la existencia de un importante contingente de población joven. A pesar de tener una Estrategia demográfica nacional, la EAP documenta elevadas tasas de fecundidad. En materia de financiamiento, propone la reestructuración del Proyecto de reforma del sector de salud (que incluye planificación familiar) y así espera preparar el terreno para un segundo proyecto sobre población que trate específicamente cuestiones de fecundidad alta y planificación familiar. El segundo y tercer pilar de la EAP encaran cuestiones de población y salud reproductiva. Aborda de manera efectiva el tema de anticoncepción e incluye la tasa de uso de anticonceptivos como indicador de la EAP. Además, a principios de 2006, el Banco Mundial realizó un estudio sobre la “Promoción de la demanda de planificación familiar en Yemen”.

La Estrategia de Asistencia a Burundi asocia el crecimiento demográfico con la producción de alimentos y el medioambiente. El plan de trabajo del gobierno contempla la elaboración de una Política nacional sobre población para reducir el crecimiento demográfico. Se propone un proyecto de financiamiento para el sector de “salud y población”.

La EAP de Timor Leste menciona el crecimiento demográfico varias veces y lo vincula con indicadores como ingreso per cápita, pobreza, seguridad alimentaria y uso de la tierra. Se menciona el aumento de la población joven en relación con la necesidad de crear nuevos empleos. Se propone realizar una actividad de análisis y asesoría en materia de población y el pilar sobre prestación de servicios incluye la planificación familiar.

Resultados del estudio de los DELP

Panorama general:

Se estudió el contenido de los DELP más recientes de países de fecundidad alta (TFT ≥ 5) que estuviera relacionado con población y planificación. Este breve estudio documental buscaba determinar si los DELP abordan las cuestiones de población y planificación familiar como temas de fondo. De los 35 países de fecundidad alta, 27 tenía DELP disponibles para análisis.

La mayoría de los DELP reconoce que el crecimiento demográfico es un tema inquietante y estipulan objetivos o estrategias para abordarlo. No obstante, muchos no logran traducir estos objetivos o estrategias en políticas o indicadores específicos que permitan medir el avance logrado en el tiempo.

De los 27 DELP, 13 (48%) incluían al menos un indicador sobre población y planificación familiar; cinco (19%) al menos una política; cinco (19%) una política y un indicador, y 13 no consideraban ni políticas ni indicadores relativos a estos temas. La mayoría de los DELP consideraba un indicador sobre uso de preservativos, pero en relación con ETS y VIH/SIDA y no respecto de planificación familiar. Ninguno de los DELP mencionaba la inercia demográfica.

Ejemplos de países de fecundidad alta:

Yemen es uno de los países de fecundidad alta cuyos DELP abordan cuestiones de población como tema de fondo. No sólo identifican la fecundidad alta y el elevado crecimiento de la población como obstáculos para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, sino también los consignan entre los objetivos específicos que posteriormente se convirtieron en políticas, programas y un indicador (reducir la tasa de crecimiento demográfico en 3% cada año). Además, se asignaron fondos específicos a cada una de las cuatro políticas sobre población que se describen.

Los DELP de Etiopía, país de fecundidad alta, abordan a fondo las cuestiones de población. Reconocen que la fecundidad alta y el acelerado crecimiento demográfico no sólo son obstáculos importantes que dificultan el crecimiento económico y la lucha contra la pobreza, sino además fueron incluidos como uno de los objetivos específicos y llevados a la acción. La Política Nacional de Etiopía sobre Población pretende reducir la TFT a 4 y aumentar la tasa de uso de anticonceptivos a 44% antes de 2015. Algunas de las actividades específicas para lograr estos objetivos son: mejorar la calidad y alcance de la prestación de servicios de salud reproductiva; realizar investigación demográfica, recopilar y difundir datos al respecto; expandir y fortalecer la capacidad local para realizar actividades de capacitación en población, y ampliar las actividades de información, educación y comunicación y la movilización social.

ANEXO 2A. TASA DE FECUNDIDAD TOTAL Y POBLACIÓN TOTAL EN PAÍSES DE FECUNDIDAD ALTA

País	Población (en millones)		País	Población (en millones)	
	TFT 2000-2005	2005		TFT 2000-2005	2005
Níger	7,9	14,0	Guinea Ecuatorial	5,9	0,5
Timor-Leste	7,8	1,0	Etiopía	5,9	71,3
Afganistán	7,5		Guinea	5,9	9,4
Guinea-Bissau	7,1	1,6	Mauritania	5,8	3,1
Uganda	7,1	28,8	Nigeria	5,8	131,5
Malí	6,9	13,5	Rwanda	5,7	9,0
Angola	6,8	15,9	Zambia	5,7	11,7
Burundi	6,8	7,5	Eritrea	5,5	4,4
Liberia	6,8	3,3	Mozambique	5,5	19,8
Burkina Faso	6,7	13,2	Madagascar	5,4	18,6
Chad	6,7	9,7	Togo	5,4	6,1
Rep. Dem. Congo	6,7	57,5	Côte d'Ivoire	5,1	18,2
Sierra Leona	6,5	5,5	Djibouti	5,1	0,8
Somalia	6,4	8,2	Kenya	5,0	34,3
Congo	6,3	4,0	Senegal	5,0	11,7
Yemen	6,2	21,0	Tanzanía	5,0	38,3
Malawi	6,1	12,9	República Centroafricana	5,0	4,0
Benin	5,9	8,4			

Fuentes: United Nations World Population Prospects: The 2004 Revision; Indicadores del desarrollo mundial 2006

ANEXO 2B. TASA DE FECUNDIDAD TOTAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE ALGUNOS PAÍSES DE FECUNDIDAD ALTA

Tasa de fecundidad total según características básicas								
País y año de la encuesta	TFT	Residencia		Nivel educacional alcanzado			Quintil de riqueza	
		Urbana	Rural	Sin educación	Primaria	Secundaria o superior	Quintil más bajo	Quintil más alto
Benin 2001	5,6	4,4	6,4	6,3	4,9	3,6	7,2	3,5
Burkina Faso 2003	5,9	3,4	6,5	6,3	4,5	2,5	6,6	3,6
Chad 2004	6,3	5,7	6,5	6,3	7,4	4,2	5,1	6,0
Eritrea 2002	4,8	3,5	5,7	5,5	4,2	3,1	-	-
Etiopía 2000	5,5	3,0	6,0	5,9	4,7	3,2	6,3	3,6
Kenya 2003	4,9	3,3	5,4	6,7	5,5	3,2	7,6	3,1
Madagascar 2003/2004	5,2	3,7	5,7	6,5	5,7	3,4	-	-
Malawi 2000	6,3	4,5	6,7	7,3	6,4	3,0	7,1	4,8
Malí 2001	6,8	5,5	7,3	7,1	6,6	4,1	7,3	5,3
Mauritania 2000/01	4,5	4,1	4,8	4,8	4,7	3,2	5,4	3,5
Mozambique 2003	5,5	4,4	6,1	6,3	5,3	2,9	6,3	3,8
Nigeria 2003	5,7	4,9	6,1	6,7	6,3	4,2	6,5	4,2
Rwanda 2000	5,8	5,2	5,9	6,2	5,8	4,9	6,0	5,4
Tanzanía 2004	5,7	3,6	6,5	6,9	5,6	3,3	7,3	3,3
Uganda 2000/01	6,9	4,0	7,4	7,8	7,3	3,9	8,5	4,1
Zambia 2001/02	5,9	4,3	6,9	7,4	6,5	3,9	7,3	3,6

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud

ANEXO 2C. INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA DE 35 PAÍSES DE FECUNDIDAD ALTA

Indicadores seleccionados de fecundidad y planificación familiar en países de fecundidad alta					
		Embarazo adolescente (%)	Uso actual de anticonceptivos, mujeres actualmente casadas (%)		Conocimiento de métodos anticonceptivos, mujeres actualmente casadas (%)
País y año de la encuesta	Tasa de fecundidad total, 15-49	Porcentaje de adolescentes que han tenido al menos un embarazo	Cualquier método	Cualquier método anticonceptivo o moderno	Cualquier método anticonceptivo moderno
Benin 1996	6,0	26,0	16,4	3,4	76,2
Benin 2001	5,6	21,5	18,6	7,2	90,7
Burkina Faso 1992/1993	6,5	-	24,9	4,2	-
Burkina Faso 1998/1999	6,4	25,4	11,9	4,8	77,2
Burkina Faso 2003	5,9	23,2	13,8	8,8	90,4
Burundi 1987	6,9	5,9	8,7	1,2	63,8
Chad 1996/1997	6,4	38,5	4,1	1,2	42,8
Chad 004	6,3	36,6	2,8	1,6	48,6
Côte d'Ivoire 1994	5,3	35,0	11,4	4,3	71,5
Côte d'Ivoire 1998/1999	5,2	31,0	15,0	7,3	86,9
Eritrea 1995	6,1	23,0	8,0	4,0	62,0
Eritrea 2002	4,8	14,0	8,0	7,3	87,2
Etiopía 2000	5,5	16,3	8,1	6,3	85,3
Guinea 1999	5,5	37,2	6,2	4,2	69,1
Kenya 1989	6,7	25,4	26,9	17,9	91,3
Kenya 1993	5,4	20,5	32,7	27,3	96,9
Kenya 1998	4,7	20,9	39,0	31,5	97,7
Kenya 2003	4,9	23,0	39,3	31,5	95,3
Liberia 1986	6,7	45,4	6,4	5,5	68,0
Madagascar1992	6,1	29,0	16,7	5,1	61,7
Madagascar 1997	6,0	35,7	19,4	9,7	69,3
Madagascar 2003/2004	5,2	34,0	27,1	18,3	84,2
Malawi 1992	6,7	34,7	13,0	7,4	91,8
Malawi 2000	6,3	33,0	30,6	26,1	98,4
Malí 1987	7,1	50,6	4,7	1,3	28,6
Malí 1995/1996	6,7	41,5	6,7	4,5	64,6
Malí 2001	6,8	40,4	8,1	5,7	76,2
Mauritania 2000/01	4,5	15,8	8,0	5,1	68,2
Mozambique 1997	5,2	40,0	5,6	5,1	60,4
Mozambique 2003	5,5	41,0	25,5	20,8	90,4

País y año de la encuesta	Tasa de fecundidad total, 15-49	Embarazo adolescente (%) Porcentaje de adolescentes que han tenido al menos un embarazo	Uso actual de anticonceptivos, mujeres actualmente casadas (%)		Conocimiento de métodos anticonceptivos, mujeres actualmente casadas (%) Cualquier método anticonceptivo moderno
			Cualquier método	Cualquier método anticonceptivo moderno	
Níger 1992	7,0	36,2	4,4	2,3	58,0
Níger 1998	7,2	43,1	8,2	4,6	75,1
Nigeria 1990	6,0	28,3	6,0	3,5	41,2
Nigeria 1999	4,7	21,9	15,3	8,6	61,9
Nigeria 2003	5,7	25,2	12,6	8,2	76,2
República Centroafricana 1994/1995	5,1	36,1	14,8	3,2	68,6
Rwanda 1992	6,2	10,5	21,2	12,9	98,8
Rwanda 2000	5,8	6,8	13,2	5,7	96,8
Senegal 1986	6,4	30,5	11,3	2,4	67,8
Senegal 1992/1993	6,0	23,8	7,5	4,8	70,4
Senegal 1997	5,7	22,3	12,9	8,1	82,5
Tanzanía 1992	6,2	29,0	10,4	6,6	77,6
Tanzanía 1996	5,8	26,1	18,4	13,3	87,7
Tanzanía 1999	5,6	24,5	25,4	16,9	94,9
Tanzanía 2004	5,7	26,0	26,4	20,0	97,4
Togo 1988	6,4	26,5	33,9	3,1	81,4
Togo 1998	5,2	19,4	23,5	7,0	93,4
Uganda 1988	7,4	37,2	4,9	2,5	77,9
Uganda 1995	6,9	42,9	14,8	7,8	91,6
Uganda 2000/2001	6,9	31,4	22,8	18,2	97,5
Zambia 1992	6,5	33,8	15,2	8,9	90,7
Zambia 1996	6,1	30,7	25,9	14,4	97,7
Zambia 2001/2002	5,9	31,6	34,2	25,3	99,1
Yemen 1991/1992	7,7	14,1	9,7	6,1	53,2
Yemen 1997	6,5	15,5	20,8	9,8	79,2

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud

ANEXO 2D. INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA DE 35 PAÍSES DE FECUNDIDAD ALTA

	Necesidad de servicios de planificación familiar (%)			Fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos		
	Necesidad no satisfecha – espaciar nacimientos	Necesidad no satisfecha – limitar nacimientos	Necesidad no satisfecha - total	Pública	Médica – privada u otra fuente privada	Otra, no sabe, no contesta
Benin 1996	17,2	8,6	25,7	43,5	46,8	9,6
Benin 2001	17,5	9,7	27,2	45,5	50,1	4,4
Burkina Faso 1992/1993	18,2	6,3	24,5	-	-	-
Burkina Faso 1998/1999	19,0	6,8	25,8	53,0	43,1	3,9
Burkina Faso 2003	21,8	7,0	28,8	53,9	43,8	2,3
Burundi 1987	-	-	-	86,7	10,5	2,8
Chad 1996/1997	6,6	3,1	9,7	59,3	15,7	25,0
Chad 2004	18,4	2,3	20,7	60,0	36,9	3,1
Côte d'Ivoire 1994	20,0	7,1	27,1	25,5	66,9	7,6
Côte d'Ivoire 1998/1999	20,0	7,6	27,7	30,8	64,4	4,9
Eritrea 1995	21,4	6,1	27,5	78,4	19,9	1,7
Eritrea 2002	21,0	6,0	27,0	74,0	23,0	3,0
Etiopía 2000	21,3	13,8	35,2	77,5	19,7	2,8
Guinea 1999	16,0	8,2	24,2	49,9	42,1	8,0
Kenya 1989	-	-	-	70,5	28,5	1,0
Kenya 1993	21,4	14,1	35,5	69,2	29,2	1,7
Kenya 1998	14,0	9,9	23,9	58,0	41,7	0,4
Kenya 2003	14,4	10,1	24,5	53,4	46,5	0,1
Liberia 1986	-	-	-	31,1	67,0	2,0
Madagascar 1992	16,5	16,0	32,4	38,8	59,9	1,3
Madagascar 1997	14,1	11,4	25,6	52,1	46,8	1,1
Madagascar 2003/2004	11,3	12,3	23,6	57,5	41,2	1,3
Malawi 1992	23,6	12,1	35,7	69,9	28,7	1,5
Malawi 2000	17,2	12,5	29,7	68,0	19,3	12,8
Malí 1987	-	-	-	76,9	8,8	14,3
Malí 1995/1996	20,1	5,7	25,7	52,0	31,1	17,0
Malí 2001	20,9	7,6	28,5	51,8	44,7	3,6
Mauritania 2000/2001	22,9	8,6	31,6	69,2	22,5	8,2
Mozambique 1997	16,9	5,6	22,5	82,7	13,1	4,1
Mozambique 2003	10,8	7,5	18,4	69,0	28,9	2,1
Níger 1992	15,7	3,0	18,7	93,3	6,3	0,4
Níger 1998	14,0	2,7	16,6	83,6	16,0	0,3

	Necesidad de servicios de planificación familiar (%)			Fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos		
	Necesidad no satisfecha – espaciar nacimientos	Necesidad no satisfecha - limitar nacimientos	Necesidad no satisfecha - total	Pública	Médica – privada u otra fuente privada	Otra, no sabe, no contesta
Nigeria 1990	15,5	4,9	20,5	37,1	59,8	3,1
Nigeria 1999	12,9	4,5	17,4	42,9	49,8	7,3
Nigeria 2003	11,8	5,1	16,9	22,8	72,0	5,2
República Centroafricana 1994/1995	11,6	4,6	16,2	49,3	44,9	5,7
Rwanda 1992	20,8	18,0	38,8	96,3	0,7	3,1
Rwanda 2000	24,0	11,6	35,6	69,0	29,8	1,3
Senegal 1986	-	-	-	46,7	43,0	10,3
Senegal 1992/1993	22,3	7,0	29,3	59,1	36,3	4,5
Senegal 1997	25,5	9,4	34,8	68,3	30,2	1,4
Tanzanía 1992	18,8	9,0	27,9	72,9	21,9	5,2
Tanzanía 1996	15,4	8,5	23,9	74,2	21,8	4,0
Tanzanía 1999	13,8	8,0	21,8	67,2	32,2	0,6
Tanzanía 2004	15,1	6,7	21,8	68,4	23,4	8,2
Togo 1988	-	-	-	41,7	45,2	13,1
Togo 1998	21,4	10,9	32,3	48,0	50,6	1,3
Uganda 1988	-	-	-	82,7	15,7	1,5
Uganda 1995	18,3	10,7	29,0	47,4	49,6	3,0
Uganda 2000/2001	20,7	13,9	34,6	36,0	61,8	2,2
Zambia 1992	21,6	9,1	30,7	56,1	43,2	0,7
Zambia 1996	18,7	7,8	26,5	59,9	35,8	4,3
Zambia 2001/2002	16,8	10,6	27,4	60,9	37,5	1,6
Yemen 1991/1992	-	-	-	47,4	44,6	8,0
Yemen 1997	17,2	21,4	38,6	49,4	47,5	3,1

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud

ANEXO 2E. RAZONES QUE ESGRIMEN LAS MUJERES PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS

EDS	Razones para usar anticonceptivos					
	Quiere tener más hijos	Se opone a usarlos	No conoce ningún método	No conoce ninguna fuente	Razones de salud	Acceso o costo
Benin 2001	17,6	17,6	5,2	2,9	14,3	1,4
Burkina Faso 2003	17,5	13,7	3,9	5,8	10,0	3,2
Camerún 2004	37,4	11,8	4,7	1,2	7,2	0,8
Chad 2004	19,0	18,0	19,3	7,5	4,0	0,8
Côte d'Ivoire 1998/1999	39,8	17,4	8,3	4,2	4,1	0,2
Eritrea 2002	60,3	7,4	4,4	3,9	4,8	0,2
Etiopía 2000	41,8	10,4	7,9	1,8	10,4	0,3
Ghana 2003	13,8	8,8	4,4	1,3	33,2	1,8
Guinea 1999	55,6	12,6	5,6	0,8	4,4	0,5
Kenya 2003	13,9	15,8	2,0	0,3	22,0	0,2
Madagascar 2003/2004	19,8	12,5	4,5	3,5	28,6	0,9
Malawi 2000	7,9	20,9	2,8	0,9	20,8	0,9
Malí 2001	16,3	32,9	8,2	3,2	8,8	1,2
Mauritania 2000/2001	15,9	15,2	4,2	2,9	7,2	0,3
Mozambique 2003	49,4	9,1	2,9	1,2	4,3	1,0
Namibia 2000	21,0	16,1	4,1	0,3	11,0	0,9
Níger 1998	33,2	9,2	7,4	7,8	2,9	2,6
Nigeria 2003	36,1	17,7	7,3	1,2	8,6	0,3
Rwanda 2000	19,8	8,1	2,3	4,1	19,7	1,8
Senegal 1997	31,1	6,6	13,1	-	4,7	0,7
Sudáfrica 1998	23,8	13,3	1,6	0,7	19,5	-
Tanzanía 2004	15,6	22,9	1,8	1,1	28,4	0,3
Togo 1998	28,0	10,6	2,6	4,9	9,9	1,5
Uganda 2000/01	10,6	10,9	3,1	1,8	23,4	2,0
Zimbabwe 1999	9,3	8,9	0,5	-	10,2	2,7

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud

ANEXO 3A. INDICADORES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

	Población total (miles)	INB per cápita (dólares corrientes)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
				1990-2005	2005-2020	Porcentaje del total			Jóvenes	Ancianos
						2005	2005	2005	2005	2005
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	3.130	2.580	74	-0,3	0,6	27	65	8	0,4	0,1
Alemania	82.485	34.580	78	0,3	0,0	14	67	19	0,2	0,3
Andorra	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	15.941	1.350	41	2,8	2,7	46	51	2	0,9	0,0
Antigua y Barbuda	81	10.920	-	1,7	-	-	-	-	-	-
Antillas Holandesas	183	-	76	-0,3	0,5	23	68	9	0,3	0,1
Arabia Saudita	24.573	11.770	72	2,7	2,2	37	60	3	0,6	0,0
Argelia	32.854	2.730	71	1,7	1,4	30	66	5	0,5	0,1
Argentina	38.747	4.470	75	1,2	0,9	26	63	10	0,4	0,2
Armenia	3.016	1.470	71	-1,1	-0,1	21	67	12	0,3	0,2
Aruba	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	20.321	32.220	80	1,2	0,9	20	68	13	0,3	0,2
Austria	8.211	36.980	79	0,4	0,1	16	68	17	0,2	0,2
Azerbaiyán	8.388	1.240	72	1,1	0,7	26	67	7	0,4	0,1
Bahamas	323	-	70	1,6	1,2	28	65	6	0,4	0,1
Bahrein	727	-	75	2,6	1,5	27	70	3	0,4	0,0
Bangladesh	141.822	470	63	2,1	1,6	35	61	4	0,6	0,1
Barbados	270	-	75	0,3	0,2	19	71	10	0,3	0,1
Belarús	9.776	2.760	68	-0,3	-0,6	15	70	15	0,2	0,2
Bélgica	10.471	35.700	79	0,3	0,1	17	66	18	0,3	0,3
Belice	292	3.500	72	2,9	1,1	37	59	4	0,6	0,1
Benin	8.439	510	55	3,3	2,7	44	53	3	0,8	0,1
Bermuda	65	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
Bhután	918	870	64	2,8	7,8	38	57	5	0,7	0,1
Bolivia	9.182	1.010	65	2,1	1,6	38	57	5	0,7	0,1
Bosnia y Herzegovina	3.907	2.440	74	-0,7	-0,1	17	69	14	0,2	0,2
Botswana	1.765	5.180	35	1,4	-0,4	38	59	3	0,6	0,1
Brasil	186.405	3.460	71	1,5	1,1	28	66	6	0,4	0,1
Brunei Darussalam	374	-	77	2,5	1,8	30	67	3	0,4	0,0
Bulgaria	7.741	3.450	72	-0,8	-0,8	14	69	17	0,2	0,2
Burkina Faso	13.228	400	48	2,9	2,9	47	50	3	0,9	0,1
Burundi	7.548	100	44	1,9	3,2	45	52	3	0,9	0,1
Cabo Verde	507	1.870	70	2,4	2,1	40	56	4	0,7	0,1
Camboya	14.071	380	57	2,5	1,9	37	60	3	0,6	0,1
Camerún	16.322	1.010	46	2,2	1,5	41	55	4	0,7	0,1
Canadá	32.271	32.600	80	1,0	0,8	18	69	13	0,3	0,2
Chad	9.749	400	44	3,2	2,8	47	50	3	1,0	0,1
Chile	16.295	5.870	78	1,4	0,9	25	67	8	0,4	0,1

	Población (miles)	INB per cápita (dólares corrientes)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
						Porcentaje del total			Jóvenes	Ancianos
						2005	2005	2005	2005	2005
China	1.304.500	1.740	71	0,9	0,6	21	71	8	0,3	0,1
Chipre	835	-	79	1,4	1,0	20	68	12	0,3	0,2
Colombia	45.600	2.290	73	1,8	1,3	31	64	5	0,5	0,1
Comoras	600	640	63	2,1	4,2	42	55	3	0,8	0,0
Congo	3.999	950	52	3,2	3,1	47	50	3	0,9	0,1
Congo, Rep. Dem.	57.549	120	44	2,8	3,0	47	50	3	0,9	0,1
Costa Rica	4.327	4.590	79	2,3	1,3	28	66	6	0,4	0,1
Côte d'Ivoire	18.154	840	46	2,4	1,7	42	55	3	0,8	0,1
Croacia	4.444	8.060	75	-0,5	-0,1	16	67	17	0,2	0,3
Cuba	11.269	-	77	0,4	0,1	19	70	11	0,3	0,2
Dinamarca	5.418	47.390	77	0,4	0,2	19	66	15	0,3	0,2
Djibouti	793	1.020	53	2,3	1,6	41	56	3	0,7	0,1
Dominica	72	3.790	-	0,0	-	-	-	-	-	-
Ecuador	13.228	2.630	75	1,7	1,3	32	62	6	0,5	0,1
Egipto	74.033	1.250	70	1,9	1,7	34	62	5	0,5	0,1
El Salvador	6.881	2.450	71	2,0	1,4	34	61	5	0,6	0,1
Emiratos Árabes Unidos	4.533	-	79	6,3	2,0	22	77	1	0,3	0,0
Eritrea	4.401	220	54	2,5	2,7	45	53	2	0,8	0,0
Eslovaquia	5.387	7.950	74	0,1	0,0	17	71	12	0,2	0,2
Eslovenia	1.998	17.350	77	0,0	-0,3	14	70	16	0,2	0,2
España	43.389	25.360	80	0,7	0,2	14	69	16	0,2	0,2
Estados Unidos	296.497	43.740	77	1,1	0,9	21	67	12	0,3	0,2
Estonia	1.345	9.100	72	-1,0	-0,4	15	68	17	0,2	0,2
Etiopía	71.256	160	42	2,2	2,8	45	53	3	0,8	0,1
Federación Rusa	143.151	4.460	65	-0,2	-0,5	15	71	14	0,2	0,2
Fiji	848	3.280	68	1,1	0,5	32	64	4	0,5	0,1
Filipinas	83.054	1.300	71	2,0	1,5	35	61	4	0,6	0,1
Finlandia	5.245	37.460	79	0,3	0,2	17	67	16	0,3	0,2
Francia	60.743	34.810	80	0,5	0,2	18	65	17	0,3	0,3
Gabón	1.384	5.010	54	2,5	1,4	40	56	4	0,7	0,1
Gambia	1.517	290	56	3,2	2,1	40	56	4	0,7	0,1
Georgia	4.474	1.350	71	-1,3	-0,7	19	67	14	0,3	0,2
Ghana	22.113	450	57	2,4	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Granada	107	3.920	-	0,9	-	-	-	-	-	-
Grecia	11.089	19.670	79	0,6	0,1	14	68	18	0,2	0,3
Groenlandia	57	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Guam	170	-	75	1,6	1,3	30	64	6	0,5	0,1
Guatemala	12.599	2.400	68	2,3	2,2	43	52	4	0,8	0,1
Guinea	9.402	370	54	2,8	2,3	44	53	4	0,8	0,1
Guinea Ecuatorial	504	-	43	2,4	2,1	44	52	4	0,9	0,1
Guinea-Bissau	1.586	180	45	3,0	3,0	48	49	3	1,0	0,1
Guyana	751	1.010	64	0,2	-0,2	29	65	5	0,4	0,1

	Población (miles)	INB per cápita (dólares corrientes)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a- 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
				1990- 2005	2005- 2020	Porcentaje del total			Jóvenes	Ancianos
						2005	2005	2005	2005	2005
Haití	8.528	450	52	1,4	1,3	37	59	4	0,6	0,1
Honduras	7.205	1.190	68	2,6	1,9	39	57	4	0,7	0,1
Hong Kong, China	6.944	27.670	82	1,3	1,0	14	74	12	0,2	0,2
Hungría	10.088	10.030	73	-0,2	-0,3	16	69	15	0,2	0,2
India	1.094.583	720	63	1,7	1,3	32	63	5	0,5	0,1
Indonesia	220.558	1.280	67	1,4	1,0	28	66	6	0,4	0,1
Irán	67.700	2.770	71	1,5	1,5	29	67	5	0,4	0,1
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	4.151	40.150	78	1,1	1,1	20	69	11	0,3	0,2
Isla de Man	77	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-
Islandia	295	46.320	80	1,0	0,7	22	66	12	0,3	0,2
Islas Caimán	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas del Canal	149	-	79	0,3	0,4	16	69	15	0,2	0,2
Islas Feroe	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	63	2.930	-	2,1	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	478	590	63	2,7	2,1	41	57	2	0,7	0,0
Islas Vírgenes, Estados Unidos	115	-	79	0,7	-0,3	24	65	11	0,4	0,2
Israel	6.909	18.620	79	2,6	1,2	28	62	10	0,4	0,2
Italia	57.471	30.010	80	0,1	0,0	14	66	20	0,2	0,3
Jamaica	2.657	3.400	71	0,7	0,3	31	61	8	0,5	0,1
Japón	127.956	38.980	82	0,2	-0,1	14	66	20	0,2	0,3
Jordania	5.411	2.500	72	3,6	2,2	37	60	3	0,6	0,1
Kazajstán	15.146	2.930	65	-0,5	-0,1	23	68	9	0,3	0,1
Kenya	34.256	530	48	2,5	2,5	43	54	3	0,8	0,1
Kirguistán	5.156	440	68	1,0	1,1	31	62	6	0,5	0,1
Kiribati	99	1.390	-	2,1	-	-	-	-	-	-
Kuwait	2.535	-	77	1,2	2,5	24	74	2	0,3	0,0
Lesotho	1.795	960	36	0,8	-0,3	39	56	5	0,7	0,1
Letonia	2.300	6.760	71	-1,0	-0,5	15	68	17	0,2	0,2
Líbano	3.577	6.180	72	1,8	1,0	29	64	7	0,4	0,1
Liberia	3.283	130	42	2,9	2,9	47	51	2	0,9	0,0
Libia	5.853	5.530	74	2,0	1,7	30	66	4	0,5	0,1
Liechtenstein	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	3.415	7.050	72	-0,5	-0,4	17	68	15	0,2	0,2
Luxemburgo	457	65.630	78	1,2	1,3	19	67	14	0,3	0,2
Macao, China	460	-	80	1,4	0,7	16	76	8	0,2	0,1
Macedonia, ex República										
Yugoslava de	2.034	2.830	74	0,4	0,1	20	69	11	0,3	0,2
Madagascar	18.606	290	56	2,9	2,4	44	53	3	0,8	0,1
Malasia	25.347	4.960	73	2,3	1,4	32	63	5	0,5	0,1
Malawi	12.884	160	40	2,1	2,2	47	50	3	1,0	0,1
Maldivas	329	2.390	67	2,8	2,3	41	56	3	0,7	0,1
Malí	13.518	380	48	2,8	2,9	48	49	3	1,0	0,1
Malta	404	13.590	79	0,8	0,4	18	69	14	0,3	0,2

	Población (miles)	INB per cápita (dólares corrient es)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
				1990- 2005	2005- 2020	Porcentaje del total			Jóvenes	Anci anos
				2005	2005	2004	2005	2005	2005	2005
Marruecos	30.168	1.730	70	1,5	1,6	31	64	5	0,5	0,1
Mauricio	1.248	5.260	73	1,1	0,7	25	69	7	0,4	0,1
Mauritania	3.069	560	53	2,8	2,5	43	54	3	0,8	0,1
Mayotte	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	103.089	7.310	75	1,4	1,3	31	64	5	0,5	0,1
Micronesia, Estados Federados de	110	2.300	68	0,9	0,4	39	58	3	0,7	0,1
Moldova	4.206	880	68	-0,2	-0,2	18	72	10	0,3	0,1
Mónaco	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	2.554	690	65	1,3	1,4	30	66	4	0,5	0,1
Mozambique	19.792	310	42	2,6	1,7	44	53	3	0,8	0,1
Myanmar	50.519	-	61	1,4	0,8	29	66	5	0,4	0,1
Namibia	2.031	2.990	47	2,5	1,1	42	55	3	0,8	0,1
Nepal	27.133	270	62	2,3	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Nicaragua	5.487	910	70	2,2	1,8	39	58	3	0,7	0,1
Níger	13.957	240	45	3,3	3,2	49	49	2	1,0	0,0
Nigeria	131.530	560	44	2,5	1,9	44	53	3	0,8	0,1
Islas Marianas del Norte	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	4.618	59.590	80	0,6	0,5	20	65	15	0,3	0,2
Nueva Caledonia	234	-	75	2,2	1,6	28	66	6	0,4	0,1
Nueva Zelanda	4.110	25.960	79	1,2	0,5	21	66	12	0,3	0,2
Omán	2.567	-	75	2,2	2,0	34	63	3	0,5	0,0
Países Bajos	16.329	36.620	79	0,6	0,3	18	68	14	0,3	0,2
Pakistán	155.772	690	65	2,4	2,0	38	58	4	0,7	0,1
Palau	20	7.630	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	3.232	4.630	75	2,0	1,5	30	64	6	0,5	0,1
Papua Nueva Guinea	5.887	660	56	2,4	1,7	40	57	2	0,7	0,0
Paraguay	6.158	1.280	71	2,5	2,0	38	59	4	0,6	0,1
Perú	27.968	2.610	70	1,7	1,4	32	63	5	0,5	0,1
Polonia	38.165	7.110	74	0,0	-0,1	16	71	13	0,2	0,2
Polinesia Francesa	257	-	74	1,8	1,2	28	67	5	0,4	0,1
Portugal	10.557	16.170	77	0,4	0,2	16	67	17	0,2	0,3
Puerto Rico	3.911	-	77	0,7	0,5	22	66	12	0,3	0,2
Qatar	813	-	74	3,7	1,6	22	77	1	0,3	0,0
República Centroafricana	4.038	350	39	2,0	1,4	43	53	4	0,8	0,1
República Checa	10.196	10.710	76	-0,1	-0,2	15	71	14	0,2	0,2
Rumania	21.632	3.830	71	-0,5	-0,4	15	70	15	0,2	0,2
Rep. Dominicana	8.895	2.370	68	1,5	1,2	33	63	4	0,5	0,1
Rwanda	9.038	230	44	1,6	2,1	43	54	2	0,8	0,0

	Población (miles)	INB per cápita (dólares corrientes)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
				1990-2005	2005-2020	Porcentaje del total			Jóvenes	Ancianos
				2005	2005	2005	2005	2005	2005	2005
Rep. de Corea	48.294	15.830	77	0,8	0,1	19	72	9	0,3	0,1
Rep. Pop. Dem. de Corea	22.488	-	64	0,9	0,4	25	68	7	0,4	0,1
Rep. Popular Dem. Lao	5.924	440	55	2,4	2,0	41	55	4	0,7	0,1
Reino Unido	60.203	37.600	79	0,3	0,2	18	66	16	0,3	0,2
Rep. Árabe Siria	19.043	1.380	74	2,6	2,1	37	60	3	0,6	0,1
Saint Kitts y Nevis	48	8.210	-	0,9	-	-	-	-	-	-
Samoa	185	2.090	70	0,9	0,2	41	55	5	0,7	0,1
Samoa Americana	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	119	3.590	71	0,6	0,3	29	64	7	0,5	0,1
Santa Lucía	166	4.800	73	1,4	0,5	29	64	7	0,5	0,1
Santo Tomé y Príncipe	157	390	63	2,0	1,9	39	56	4	0,7	0,1
Senegal	11.658	710	56	2,5	2,1	43	54	3	0,8	0,1
Serbia y Montenegro	8.168	3.280	73	-1,7	1,6	18	68	14	0,3	0,2
Seychelles	84	8.290	-	1,3	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	5.525	220	41	2,0	2,2	43	54	3	0,8	0,1
Singapur	4.351	27.490	79	2,4	0,9	20	72	8	0,3	0,1
Somalia	8.228	-	47	1,4	2,7	44	53	3	0,8	0,0
Sri Lanka	19.582	1.160	74	0,9	1,0	24	69	7	0,4	0,1
Sudáfrica	45.192	4.960	45	1,7	0,4	33	63	4	0,5	0,1
Sudán	36.233	640	57	2,2	1,8	39	57	4	0,7	0,1
Suecia	9.024	41.060	80	0,4	0,3	17	65	17	0,3	0,3
Suiza	7.441	54.930	81	0,7	-0,1	16	68	16	0,2	0,2
Suriname	449	2.540	69	0,7	0,4	30	64	6	0,5	0,1
Swazilandia	1.131	2.280	42	2,6	-0,9	41	55	4	0,7	0,1
Tailandia	64.233	2.750	71	1,1	0,7	24	69	7	0,3	0,1
Taiwán, China	22.858	16.170	76	0,8	-	-	-	-	-	-
Tanzanía	38.329	340	46	2,5	1,7	43	54	3	0,8	0,1
Tayikistán	6.507	330	64	1,4	1,6	39	57	4	0,7	0,1
Timor-Leste	976	750	-	1,8	3,8	41	56	3	0,7	0,1
Togo	6.145	350	55	2,9	2,3	43	53	3	0,8	0,1
Tonga	102	2.190	72	0,5	0,0	36	58	6	0,6	0,1
Trinidad y Tobago	1.305	10.440	70	0,5	0,2	22	71	7	0,3	0,1
Túnez	10.022	2.890	73	1,4	1,0	26	68	6	0,4	0,1
Turkmenistán	4.833	-	63	1,8	1,2	32	64	5	0,5	0,1
Turquía	72.636	4.710	70	1,7	1,2	29	65	5	0,4	0,1
Ucrania	47.111	1.520	68	-0,6	-1,2	15	69	16	0,2	0,2
Uganda	28.816	280	49	3,2	3,7	50	47	2	1,1	0,1
Uruguay	3.463	4.360	75	0,7	0,6	24	63	13	0,4	0,2

	Población (miles)	INB per cápita (dólares corrientes)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de crecimiento de la población (% anual)		Grupo etario de 0 a 14	Grupo etario de 15 a 64	Grupo etario de 65 y más	Relación de dependencia	
						Porcentaje del total			Jóvenes	Ancianos
						2005	2005	2005	2005	2005
	2005	2005	2004	1990- 2005	2005- 2020	2005	2005	2005	2005	2005
Uzbekistán	26.593	510	67	1,7	1,3	33	62	5	0,5	0,1
Vanuatu	211	1.600	69	2,3	1,7	40	57	3	0,7	0,1
Venezuela	26.577	4.810	74	2,0	1,5	31	64	5	0,5	0,1
Vietnam	82.966	620	70	1,5	1,2	30	65	5	0,5	0,1
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	115	-	79	0,7	-0,3	24	65	11	0,4	0,2
Ribera Occidental y Gaza	3.626	-	73	4,1	3,0	45	51	3	0,9	0,1
Yemen	20.975	600	61	3,7	3,0	46	51	2	0,9	0,0
Zambia	11.668	490	38	2,2	1,7	46	51	3	0,9	0,1
Zimbabwe	13.010	340	37	1,4	0,6	40	56	4	0,7	0,1
Mundo	6.437.784	6.987	67	1,4	1,1	28	64	7	0,4	0,1
Asia oriental y el Pacífico	1.885.332	1.627	70	1,1	0,7	24	69	7	0,3	0,1
Europa y Asia central	472.948	4.113	69	0,1	0,1	20	68	12	0,3	0,2
América Latina y el LCaribe	551.371	4.008	72	1,5	1,2	30	64	6	0,5	0,1
Oriente Medio y Norte de África	305.429	2.241	69	2,0	1,8	33	62	4	0,5	0,1
Asia meridional	1.470.002	684	63	1,9	1,5	33	62	5	0,5	0,1
África al sur del Sahara	741.364	745	46	2,4	2,2	44	53	3	0,8	0,1
Ingreso alto	1.011.337	35.131	79	0,8	0,3	18	67	15	0,3	0,2

Fuente: Indicadores del desarrollo mundial 2006

ANEXO 3B. INDICADORES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quintil más bajo	Quintil más alto
Afganistán	7,9	7,5	-	10	-	-	-
Albania	3,1	2,3	16	75	-	-	-
Algeria	5,3	2,5	8	57	-	-	-
Samoa Americana	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7,2	6,8	141	6	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	53	-	-	-
Argentina	3,1	2,4	59	-	-	-	-
Armenia	2,6	1,3	30	61	12	2,5	1,6
Aruba	-	-	-	-	-	-	-
Australia	1,9	1,7	15	-	-	-	-
Austria	1,5	1,4	13	51	-	-	-
Azerbaiyán	3,0	1,9	31	55	-	-	-
Bahamas	2,6	2,3	59	-	-	-	-
Bahrein	4,1	2,5	18	-	-	-	-
Bangladesh	4,6	3,2	123	59	11	4,1	2,2
Barbados	1,8	1,5	42	55	-	-	-
Belarús	2,0	1,2	26	-	-	-	-
Bélgica	1,6	1,7	8	-	-	-	-
Belice	4,7	3,2	82	56	-	-	-
Benin	6,9	5,9	130	19	27	7,2	3,5
Bermuda	-	-	-	-	-	-	-
Bhután	5,8	4,4	33	31	-	-	-
Bolivia	5,0	4,0	82	58	23	6,7	2,0
Bosnia y Herzegovina	1,9	1,3	23	48	-	-	-
Botswana	4,9	3,2	76	48	-	-	-
Brasil	3,1	2,3	89	77	7	4,8	1,7
Brunei Darussalam	3,4	2,5	29	-	-	-	-
Bulgaria	1,9	1,2	44	42	-	-	-
Burkina Faso	7,4	6,7	159	14	29	6,6	3,6
Burundi	6,8	6,8	50	16	-	-	-
Camboya	5,8	4,1	48	24	30	4,7	2,2
Camerún	6,1	4,6	114	26	20	6,5	3,2
Canadá	1,7	1,5	14	-	-	-	-
Cabo Verde	5,9	3,8	90	53	-	-	-
Islas Caimán	-	-	-	-	-	-	-
República							
Centroafricana	5,7	5,0	126	28	16	5,1	4,9
Chad	6,7	6,7	192	3	10	5,1	6,0
Islas del Canal	1,5	1,4	13	-	-	-	-
Chile	2,7	2,0	61	-	-	-	-
China	2,5	1,7	5	87	-	-	-

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quintil más bajo	Quintil más alto
Colombia	3,2	2,6	77	78	6	4,1	1,4
Comoras	6,5	4,9	55	26	35	6,4	3,0
Rep. Dem. del Congo	6,7	6,7	227	31	-	-	-
Congo	6,3	6,3	145	-	-	-	-
Costa Rica	3,4	2,3	75	80	-	-	-
Côte d'Ivoire	6,9	5,1	123	15	28	6,4	3,7
Croacia	1,8	1,3	15	-	-	-	-
Cuba	1,8	1,6	50	73	-	-	-
Chipre	2,4	1,6	8	-	-	-	-
República Checa	1,9	1,2	12	72	-	-	-
Dinamarca	1,5	1,8	7	-	-	-	-
Djibouti	6,4	5,1	54	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	50	-	-	-
República Dominicana	3,6	2,7	91	70	11	4,5	2,1
Ecuador	4,0	2,8	84	66	-	-	-
Egipto	4,8	3,3	43	60	11	4,0	2,9
El Salvador	3,9	2,9	85	67	-	-	-
Guinea Ecuatorial	5,9	5,9	188	-	-	-	-
Eritrea	6,3	5,5	93	8	27	8,0	3,7
Estonia	2,2	1,4	23	-	-	-	-
Etiopía	6,8	5,9	90	8	35	6,3	3,6
Islas Feroe	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	3,5	2,9	37	44	-	-	-
Finlandia	1,7	1,7	10	-	-	-	-
Francia	1,8	1,9	9	-	-	-	-
Polinesia Francesa	3,6	2,4	40	-	-	-	-
Gabón	5,5	4,0	106	33	28	6,3	3,0
Gambia	6,2	4,7	119	18	-	-	-
Georgia	2,3	1,5	33	41	-	-	-
Alemania	1,4	1,3	10	-	-	-	-
Ghana	6,1	4,4	64	25	34	6,4	2,8
Grecia	1,5	1,3	9	-	-	-	-
Groenlandia	-	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	54	-	-	-
Guam	3,1	2,9	68	-	-	-	-
Guatemala	5,7	4,6	112	43	23	7,6	2,9
Guinea	6,6	5,9	191	7	24	5,8	4,0
Guinea-Bissau	7,1	7,1	194	8	-	-	-
Guyana	2,7	2,3	63	37	-	-	-
Haití	5,9	4,0	62	27	40	6,8	2,7
Honduras	5,4	3,7	99	62	-	-	-
Hong Kong, China	1,3	0,9	5	-	-	-	-
Hungría	1,8	1,3	21	-	-	-	-

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quinti l más bajo	Quinti l más alto
Islandia	2,1	2,0	18	-	-	-	-
India	4,2	3,1	73	47	16	3,4	1,8
Indonesia	3,4	2,4	54	57	9	3,0	2,2
Irán	5,6	2,1	20	74	-	-	-
Iraq	6,2	4,8	-	44	-	-	-
Irlanda	2,3	1,9	14	-	-	-	-
Isla de Man	-	-	-	-	-	-	-
Israel	3,1	2,9	15	-	-	-	-
Italia	1,3	1,3	7	60	-	-	-
Jamaica	3,1	2,4	79	65	-	-	-
Japón	1,7	1,3	4	-	-	-	-
Jordania	5,9	3,5	26	56	11	5,2	3,1
Kazajstán	3,0	2,0	29	66	9	3,4	1,2
Kenya	6,5	5,0	96	39	25	7,6	3,1
Kiribati	-	-	-	21	-	-	-
Rep. Popular Dem. de Corea	2,5	2,0	2	-	-	-	-
Rep. de Corea	1,6	1,2	3	81	-	-	-
Kuwait	3,9	2,4	24	50	-	-	-
Kirguistán	4,0	2,7	33	60	12	4,6	2,0
Rep. Dem. Pop. Lao	6,3	4,8	89	32	-	-	-
Letonia	2,1	1,3	17	-	-	-	-
Líbano	3,3	2,3	26	63	-	-	-
Lesotho	5,1	3,6	37	30	-	-	-
Liberia	6,9	6,8	224	10	-	-	-
Libia	5,7	3,0	7	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	2,1	1,3	21	-	-	-	-
Luxemburgo	1,5	1,7	9	-	-	-	-
Macao, China	2,1	0,8	-	-	-	-	-
Macedonia, ex República Yugoslava de	2,0	1,5	23	-	-	-	-
Madagascar	6,3	5,4	124	27	24	8,1	3,4
Malawi	7,2	6,1	158	31	30	7,1	4,8
Malasia	4,0	2,9	18	-	-	-	-
Maldivas	6,6	4,3	64	39	-	-	-
Malí	7,5	6,9	201	8	26	7,3	5,3
Malta	2,0	1,5	15	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	34	-	-	-
Mauritania	6,2	5,8	99	8	32	5,4	3,5
Mauricio	2,2	2,0	32	76	-	-	-
Mayotte	-	-	-	-	-	-	-
México	3,7	2,4	67	73	-	-	-

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quinti l más bajo	Quintil más alto
Micronesia, Estados Federados de	5,2	4,4	34	45	-	-	-
Moldova	2,6	1,2	31	62	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	4,8	2,4	53	69	-	-	-
Marruecos	4,4	2,8	-	63	10	3,3	1,9
Mozambique	6,3	5,5	102	17	18	6,3	3,8
Myanmar	4,2	2,5	19	34	-	-	-
Namibia	6,2	4,0	53	44	22	6,0	2,7
Nepal	5,3	3,7	114	38	28	5,3	2,3
Países Bajos	1,6	1,7	5	75	-	-	-
Antillas Holandesas	2,3	2,1	26	-	-	-	-
Nueva Caledonia	3,1	2,4	30	-	-	-	-
Nueva Zelandia	2,1	2,0	24	-	-	-	-
Nicaragua	5,2	3,3	120	69	15	5,6	2,1
Níger	8,2	7,9	260	14	17	8,4	5,7
Nigeria	6,8	5,8	142	13	17	6,5	4,2
Islas Marianas del Norte	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	1,8	1,8	10	-	-	-	-
Omán	6,8	3,8	46	32	-	-	-
Pakistán	6,4	4,3	69	28	-	-	-
Palau	-	-	-	17	-	-	-
Panamá	3,2	2,7	86	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	5,2	4,1	60	26	-	-	-
Paraguay	4,9	3,9	65	57	-	-	-
Perú	4,1	2,9	53	69	10	5,5	1,6
Filipinas	4,6	3,2	36	49	17	5,9	2,0
Polonia	2,2	1,3	15	-	-	-	-
Portugal	1,6	1,5	19	-	-	-	-
Puerto Rico	2,3	1,9	56	-	-	-	-
Qatar	4,7	3,0	19	43	-	-	-
Rumania	2,3	1,3	35	64	-	-	-
Federación Rusa	2,1	1,3	29	-	-	-	-
Rwanda	8,3	5,7	47	13	36	6,0	5,4
Samoa	4,8	4,4	33	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	5,6	4,1	65	29	-	-	-
Arabia Saudita	6,3	4,1	33	21	-	-	-
Senegal	6,8	5,0	82	11	35	7,4	3,6
Serbia y Montenegro	2,2	1,7	23	58	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	6,5	6,5	179	4	-	-	-

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quinti l más bajo	Quintil más alto
Singapur	1,7	1,4	5	-	-	-	-
Eslovaquia	2,2	1,2	21	-	-	-	-
Eslovenia	1,7	1,2	6	-	-	-	-
Islas Salomón	6,0	4,3	47	11	-	-	-
Somalia	7,0	6,4	69	-	-	-	-
Sudáfrica	3,9	2,8	67	56	15	4,8	1,9
España	1,5	1,3	9	-	-	-	-
Sri Lanka	2,8	2,0	19	70	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	3,7	2,2	62	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	3,2	2,3	66	58	-	-	-
Sudán	5,8	4,4	52	7	-	-	-
Suriname	3,0	2,6	43	42	-	-	-
Swazilandia	6,1	4,0	37	48	-	-	-
Suecia	1,9	1,6	7	-	-	-	-
Suiza	1,5	1,4	5	-	-	-	-
Rep. Árabe Siria	6,2	3,5	34	48	-	-	-
Taiwán, China	-	-	-	-	-	-	-
Tayikistán	5,4	3,8	30	34	-	-	-
Tanzanía	6,4	5,0	110	26	22	7,3	3,3
Tailandia	2,4	1,9	48	72	-	-	-
Timor-Leste	5,2	7,8	177	10	-	-	-
Togo	6,6	5,4	98	26	32	7,3	2,9
Tonga	4,8	3,5	12	33	-	-	-
Trinidad y Tobago	2,8	1,6	36	38	-	-	-
Túnez	4,1	2,0	7	66	-	-	-
Turquía	3,3	2,5	41	71	10	3,9	1,7
Turkmenistán	4,6	2,8	16	62	10	3,4	2,1
Uganda	7,1	7,1	208	23	35	8,5	4,1
Ucrania	2,0	1,1	29	89	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	4,8	2,5	20	-	-	-	-
Reino Unido	1,8	1,7	26	-	-	-	-
Estados Unidos	1,9	2,0	50	64	-	-	-
Uruguay	2,5	2,3	69	-	-	-	-
Uzbekistán	4,4	2,7	36	68	-	4,4	2,2
Vanuatu	5,0	4,2	49	28	-	-	-
Venezuela,	3,6	2,7	91	-	-	-	-
Vietnam	4,0	2,3	20	79	5	2,2	1,4
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	3,1	2,2	35	-	-	-	-
Ribera Occidental y Gaza	-	-	-	42	-	-	-

	Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)		Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	Uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años)	Necesidades insatisfechas en anticonceptivos (porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años)	Tasa de fecundidad total por quintiles de riqueza	
	1985-1990	2000-2005	2004	1996-2004	1995-2004	1994-2005	
						Quintil más bajo	Quintil más alto
Yemen	8,3	6,2	93	23	-	7,3	4,7
Zambia	6,7	5,7	128	34	27	7,3	3,6
Zimbabwe	5,8	3,6	92	54	13	4,9	2,6
Mundo	3,4	2,6	58	-	-	-	-
Asia oriental y el Pacífico	2,9	2,1	16	78	-	-	-
Europa y Asia central	2,5	1,6	30	69	-	-	-
América Latina y el Caribe	3,5	2,5	78	72	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	5,3	3,1	33	59	-	-	-
Asia meridional	4,5	3,2	80	46	16	-	-
África al sur del Sahara	6,4	5,4	135	22	-	-	-
Ingreso alto	1,8	1,7	25	-	-	-	-

Fuentes: Indicadores del desarrollo mundial 2006, United Nations World Population Prospects: The 2004 Revision, Estudios de población y salud.

ANEXO 4. MARCO DE RESULTADOS EN SALUD, NUTRICIÓN Y POBLACIÓN: COMPONENTE DE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Objetivo estratégico de la política	Resultados finales	¿Cómo se miden estos resultados? Indicadores finales	Aporte multisectorial a los resultados y productos intermedios	¿Cómo se miden estos resultados? Indicadores intermedios (responsabilidad de informar de los sectores)
Mejorar el nivel y distribución de resultados, productos y desempeño en materia de salud, nutrición y población en el ámbito nacional y mundial a fin de mejorar las condiciones de vida, en particular de la población pobre y vulnerable.	Mejorar la salud materna, reproductiva y sexual (ODM 5, meta 6)	Índice de mortalidad materna Tasa de fecundidad total Tasa de fecundidad entre adolescentes Espaciar los nacimientos	<i>Salud, nutrición y población, educación e infraestructura:</i>	<i>Responsabilidad de informar, sector de salud, nutrición y población:</i>
			Mejorar la cobertura con efectivas intervenciones maternas y perinatales	Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado Porcentaje de mujeres que recibió al menos una atención prenatal durante el embarazo <i>Responsabilidad de informar, infraestructura:</i> Porcentaje de población rural con acceso a caminos abiertos todo el año?
			<i>Salud, nutrición y población, género, educación:</i>	<i>Responsabilidad de informar, sector de salud, nutrición y población:</i>
			Mejorar la planificación familiar y la salud sexual	Tasa de uso de anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva Necesidad no satisfecha de productos anticonceptivos Tasa de prevalencia de ETS entre jóvenes y adultos (15-24 años)
			<i>Salud, nutrición y población:</i>	<i>Responsabilidad de informar, salud, nutrición y población:</i>
			Reducir la incidencia de cáncer cérvico-uterino	Cobertura de inmunización contra el virus del papiloma humano

ANEXO 5. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
<p><i>Meta 1:</i> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día</p> <p><i>Meta 2:</i> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre</p>
2. Lograr la enseñanza primaria universal
<p><i>Meta 3:</i> Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria</p>
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
<p><i>Meta 4:</i> Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2015, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015</p>
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
<p><i>Meta 5:</i> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años</p>
5. Mejorar la salud materna
<p><i>Meta 6:</i> Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</p>
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
<p><i>Meta 7:</i> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</p> <p><i>Meta 8:</i> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves</p>
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
<p><i>Meta 9:</i> Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente</p> <p><i>Meta 10:</i> Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento</p> <p><i>Meta 11:</i> Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios</p>
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo
<p><i>Meta 12:</i> Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional</p> <p><i>Meta 13:</i> Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza</p> <p><i>Meta 14:</i> Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).</p> <p><i>Meta 15:</i> Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible en el largo plazo</p> <p><i>Meta 16:</i> En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo</p> <p><i>Meta 17:</i> En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable</p> <p><i>Meta 18:</i> En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p>

Nota: Se ha agregado al quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio la meta de ofrecer acceso universal a servicios de salud reproductiva.