

SÓLO PARA PARTICIPANTES

DOCUMENTO DE REFERENCIA  
DDR/1

2 de noviembre de 2001

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de  
Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL

Santiago de Chile, 4 y 5 de diciembre de 2001

**PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS METAS  
DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL  
DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

El presente documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, fue elaborado por el CELADE - División de Población de la CEPAL, a solicitud del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL y contó con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Para la preparación de este documento se contó con la colaboración de los consultores Arodys Robles y Fabiana del Popolo, bajo la coordinación de Juan Chackiel, Jefe del Área de Demografía. Además, este documento se benefició de los comentarios críticos de Jorge Bravo, experto del Área de Demografía y los aportes sustantivos de José Miguel Guzmán, experto del Área de Población y Desarrollo.

01-10-928



## ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN .....	1
I. LOS ACUERDOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO .....	3
II. LA DIVERSIDAD DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA Y EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD .....	7
III. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA SELECCIÓN DE INDICADORES .....	13
1. La diversidad de acciones en torno a las metas del Programa de Acción .....	13
2. Monitoreo y evaluación.....	14
3. La relación entre metas e indicadores .....	15
4. La comparabilidad en un conjunto de indicadores regionales.....	19
IV. DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN.....	20
1. Estadísticas vitales .....	20
2. Censos de población.....	20
3. Encuestas de fecundidad y salud.....	24
4. Encuestas de hogares.....	24
5. Encuestas de niveles de vida .....	25
6. Registros continuos o administrativos.....	25
7. Acceso a resultados agregados y microdatos .....	25
V. PROPUESTA PRELIMINAR DE UN CONJUNTO DE INDICADORES .....	28
BIBLIOGRAFÍA .....	43
Anexo: Comparación de las propuestas de indicadores para el seguimiento de las Cumbres .....	46

## INTRODUCCIÓN

El presente documento es una versión preliminar de la propuesta que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL está elaborando para generar un sistema de indicadores para el seguimiento de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en los países de América Latina y el Caribe. El CELADE, en estrecha coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), desarrolla un conjunto de actividades que buscan responder a la resolución del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del vigésimo octavo período de sesiones de la CEPAL, en la que se encomendó al CELADE apoyar a los países en la elaboración de sus sistemas de información con indicadores que permitan monitorear y evaluar la implementación del Programa de Acción y del Plan de Acción Regional.

“Encomienda al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la CEPAL y a la Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, en consulta con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y con su respaldo, den prioridad al apoyo a los países en la elaboración de sus sistemas de información, cuyos indicadores deben permitir un adecuado seguimiento y evaluación de la puesta en marcha de las recomendaciones del Programa de Acción y el Plan de Acción Regional”

“Encomienda al Comité Especial dar seguimiento, de manera continua y sistemática, a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y del Plan de Acción Regional, tomando como punto de referencia la propuesta inicial de un sistema regional de indicadores preparada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la CEPAL que, ajustándose a las características de América Latina y el Caribe, alude a los compromisos adquiridos en las cumbres mundiales celebradas en la década de 1990 y, muy especialmente, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)”

Esta resolución se adoptó luego que el CELADE —dando cumplimiento a una resolución de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de diciembre de 1998— presentó en el vigésimo octavo período de sesiones de la CEPAL el documento *Sistema de indicadores para el seguimiento y la evaluación de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para los países de América Latina y el Caribe. Un primer borrador con fines de análisis*. (CEPAL, 2000), cuyo propósito era generar una base común para diseñar un sistema de indicadores, lo que finalmente resultó un conjunto de 37 indicadores sobre los cuales existe consenso; se agregaron, además, algunos elementos de base para determinar indicadores cualitativos.

En procura de ajustar la propuesta de indicadores a las características de América Latina y el Caribe, fue necesario considerar tres diferencias claves entre los países: el estado de transición de la mortalidad y la fecundidad, la existencia o no de fuentes de información oportunas y de calidad, y la eventual presencia de mecanismos de coordinación u organismos que tengan a su cargo el seguimiento de las metas del Programa de Acción. Esas diferencias inciden en que cada país dé diferente prioridad a todas las metas del Programa de Acción o del Plan de Acción Regional. Esta diversidad exige el diseño de un sistema que permita la existencia de diferentes subsistemas. Para incorporar las particularidades de los países, el CELADE condujo una encuesta sobre *Mecanismos institucionales para el seguimiento del cumplimiento de las metas del Programa de Acción de la CIPD*, cuya información se complementa con la proveniente de las encuestas realizadas por la División de Población de las Naciones Unidas y por el FNUAP.

Otra actividad, dirigida a incorporar las diversas situaciones existentes en los países en cuanto a sistemas de información, fue la realización de un taller destinado a recopilar experiencias de los países en el establecimiento de sistemas de indicadores.

La experiencia acumulada hace que este documento constituya un marco para diseñar y poner en práctica un sistema de indicadores orientado al seguimiento de las metas acordadas en El Cairo.

En el capítulo I se mencionan, a grandes rasgos, los acuerdos de la CIPD, los objetivos específicos de corto plazo y las áreas prioritarias definidas para América Latina y el Caribe; también se da una idea sobre la situación regional en cuanto a los mecanismos institucionales existentes en cada país y sobre sus avances en el desarrollo de sistemas de indicadores. En el capítulo II se realiza un breve análisis de la diversidad de las características demográficas de los países latinoamericanos y en el tercero se definen algunos aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con los indicadores que debieran considerarse en la elaboración de sistemas nacionales; además, se mencionan algunas ideas para el diseño y puesta en práctica de un sistema regional, al tiempo que se revisan algunas listas de indicadores utilizadas por las agencias de las Naciones Unidas. En el capítulo cuarto se analizan algunas de las fuentes de información que podrían alimentar al sistema y en el quinto se detalla una lista preliminar de indicadores, que corresponde a una revisión del listado presentado por el CELADE en el documento ya citado (CEPAL, 2000).

## **I. LOS ACUERDOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO**

En la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)* celebrada en El Cairo en 1994, 179 países suscribieron un conjunto de recomendaciones y metas comunes, que constituyen el *Programa de Acción de la CIPD* (Naciones Unidas, 1995). Un aspecto importante de dicho Programa es la sustitución de metas que en conferencias anteriores se expresaban en términos de crecimiento demográfico por metas expresadas en términos de las necesidades de hombres y mujeres. También es relevante la prioridad que se da a la habilitación de la mujer y al aumento de su participación mediante un mayor acceso a la educación y a los servicios de salud —incluidos los de salud reproductiva— y una mejor inserción laboral.

El Programa de Acción recomienda integrar los factores demográficos en las políticas y programas relativos al desarrollo sostenible y otorga especial atención a sus consecuencias para la población. Además, aboga por evaluar la integración de la población en los programas de desarrollo, para cuyo efecto los gobiernos debieran crear mecanismos institucionales que consideren la dinámica demográfica en la adopción de decisiones; una forma de hacerlo es fortaleciendo la colaboración entre el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado en los programas de desarrollo social y económico. En el caso de América Latina, los objetivos, metas y recomendaciones para la acción en el marco del Programa de Acción de la CIPD fueron definidos en el seno del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El recuadro 1 contiene un resumen de sus principales reuniones y acciones.

Los acuerdos suscritos toman en cuenta las necesidades y condiciones específicas de la región y en ellos se propone un conjunto de objetivos que conforman un Plan de Acción Regional (CEPAL-CELADE, 1996); las metas específicas a corto plazo son:

- Disminución de la tasa de mortalidad de los niños menores de un año
- Disminución de la tasa de mortalidad en la niñez
- Aumento de la esperanza de vida
- Reducción de la mortalidad materna
- Reducción de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos
- Acceso universal a la atención primaria de salud, incluida la salud reproductiva
- Reducción en un 50% de las diferencias de mortalidad infantil, mortalidad materna y demanda insatisfecha de anticonceptivos entre zonas y grupos sociales
- Conocimiento universal de los métodos anticonceptivos y su fuente de obtención por parte de las personas en edad reproductiva
- Incorporación e institucionalización de las materias relativas a la población en la educación primaria y media.

En 1998, el Comité Especial sobre Población y Desarrollo llevó a cabo el examen y la evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional en América Latina y el Caribe, de acuerdo a las recomendaciones del Plan de Acción Regional. Como resultado de este examen se establecieron seis áreas prioritarias, cada una de las cuales identifica un conjunto de prioridades de acción, y estas se resumen en el recuadro 2.

Recuadro 1		
Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL		
Resumen de las reuniones		
3 - 7 de abril, 2000. México, D.F. (vigésimo octavo periodo de sesiones de la CEPAL)	Tercera reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL	Población, juventud y desarrollo. Sistema de indicadores para el seguimiento de las metas del Programa de Acción de la CIPD
Vigésima primera Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). Nueva York, 30 de junio al 2 de julio de 1999 (CIPD+5)		
14-15 de diciembre, 1998. Santiago, Chile	Mesa directiva ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL	América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
13-14 de mayo, 1998. Oranjestad, Aruba (vigésimo séptimo periodo de sesiones de CEPAL)	Segunda reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL	Población, Salud Reproductiva y Pobreza. Segundo Informe de Seguimiento del Plan de Acción Regional
15 al 20 de abril de 1996. San José, Costa Rica (vigésimo sexto periodo de sesiones de CEPAL)	Primera reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL	Informe de Seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo
Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo		
(En el vigésimo quinto periodo de sesiones de la CEPAL (Cartagena de Indias, 1994) se aprobó un proyecto de plan, enriquecido luego con los resultados de la CIPD y sometido a consulta de los países miembros. El plan final fue aprobado el 1 de febrero de 1996)		
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994		
29 de abril al 4 de mayo de 1993 México, D.F.	Conferencia Regional preparatoria de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.	Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo

Recuadro 2	
Áreas prioritarias para la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Para América Latina y el Caribe	
<b>a)</b>	<b>Población y políticas públicas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporación de conocimiento e información sociodemográfica por las instituciones responsables de la formulación y ejecución de las políticas sociales</li> <li>- Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación intersectorial, interinstitucional y entre las distintas instancias gubernamentales</li> <li>- Sistemas de recolección, procesamiento y disseminación de datos</li> <li>- Envejecimiento de la población</li> <li>- Migración internacional e intrarregional</li> <li>- Familia, mujeres jefes de hogar</li> <li>- Localización territorial</li> <li>- Disponibilidad de la información demográfica (desagregación)</li> </ul>
<b>b)</b>	<b>Equidad de género, plena igualdad de oportunidades y habilitación de la mujer</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equidad de género y habilitación de la mujer</li> <li>- Organizaciones de mujeres</li> <li>- Legislación y políticas públicas dirigidas a la promoción de la equidad de género</li> <li>- Violencia contra la mujer y los niños</li> <li>- Educación e información sobre equidad de género e igualdad de oportunidades</li> <li>- Incorporación de la perspectiva de género en grupos específicos: población indígena y adolescentes</li> </ul>
<b>c)</b>	<b>Derechos y salud reproductiva y sexual y equidad social</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva y sexual</li> <li>- Prevención de embarazos no deseados</li> <li>- Prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA</li> <li>- Prevención de la mortalidad materna</li> <li>- Atención integral de la salud reproductiva y sexual</li> <li>- Libre elección de métodos para la regulación de la fecundidad (calidad de la oferta de servicios)</li> <li>- Integración de la salud sexual y reproductiva en los programas de reforma del sector salud</li> <li>- Eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva por parte de los grupos con mayores desventajas sociales</li> <li>- Información, comunicación y educación en torno a la salud reproductiva</li> <li>- Mejoramiento del acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.</li> </ul>
<b>d)</b>	<b>Fortalecimiento del papel de la sociedad civil</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de los diversos actores en el fomento de los objetivos del Programa de Acción</li> <li>- Condiciones jurídicas, financieras y políticas que permitan a los diversos actores de la sociedad civil colaborar con las instancias legislativas</li> </ul>

e)	<b>La colaboración internacional</b>
	- Fortalecer los mecanismos de concertación y coordinación de organismos internacionales multilaterales y bilaterales entre sí y con los gobiernos, evitando atomizar los recursos externos y duplicar los esfuerzos
	- Adopción de medidas encaminadas a realizar la ronda de censos del año 2000
f)	<b>Seguimiento de los progresos en el logro de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional</b>
	- Establecimiento de mecanismos integrados para el seguimiento y la evaluación de los objetivos convenidos en conferencias internacionales
	- Diseñar metodologías e indicadores que sirvan para efectuar mediciones cuantitativas y cualitativas que incorporen la perspectiva de los gobiernos como los de la sociedad civil.
	- Crear una instancia técnica de coordinación regional que incorpore el trabajo de las instancias nacionales.
<b>Fuente:</b>	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (LC/DEM/G.184), Santiago de Chile, marzo de 1999.

El conjunto de acuerdos pone de manifiesto un nuevo enfoque sobre el desarrollo, ahora centrado en las necesidades de las personas y entre sus propósitos fundamentales figuran la erradicación de la pobreza, la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población y la protección de sus derechos; además, la habilitación de la mujer se ha convertido en un aspecto esencial de las políticas de desarrollo. Para avanzar en el logro de las metas, los acuerdos reconoce la necesidad de incorporar a todos los sectores de la sociedad civil, incluido el privado.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta para la implementación y seguimiento del PA es el referido a los mecanismos de las instituciones responsables de las políticas y programas de población. En un esfuerzo por configurar un panorama, hacia fines del 2000 el CELADE realizó una encuesta a los países de la región<sup>1</sup>, cuyos resultados ya han sido analizados y publicados (CELADE-CEPAL, 2001b) y de los cuales surgen varios temas:

Primero, son muy pocos los países que tienen una política explícita de población y, en consecuencia, tampoco hay una institucionalización de su seguimiento. Sólo dos países han mantenido o reforzado sus Consejos Nacionales de Población (Bolivia y México); otros tres países han experimentado un retroceso en la competencia de sus organismos encargados de los asuntos de población (Perú, Ecuador y El Salvador). No obstante, algo más de la mitad de los países que respondieron la encuesta (10 de 19) han establecido una instancia de coordinación para impulsar las metas del PA. Si agregamos el hecho de que en este grupo de países no están todos los que tienen una política explícita de población, es posible deducir que *cuando las resoluciones de una conferencia internacional y el programa de acción correspondiente adquieren relevancia política a nivel nacional, pueden movilizar la organización para su seguimiento* (CELADE-CEPAL, 2001b).

En cuanto a los aspectos instrumentales del seguimiento, la encuesta revela que son muy pocos los países (3 de 19) que cuentan con sistemas de indicadores específicos para este fin. Nuevamente, no se aprecia una correlación entre la existencia de estos sistemas y el grado de institucionalización en los asuntos de población (ya sea una política explícita o una instancia de coordinación). En síntesis, la existencia de instancias formales de seguimiento del PA no garantiza su sistematización, por lo que debieran realizarse esfuerzos especialmente dirigidos a esta tarea (CELADE-CEPAL, 2001b). Cabe mencionar que de la mencionada encuesta es posible deducir que, si bien la mayoría de los países de la región no tiene sistemas de indicadores para el seguimiento, cuenta con sistemas sociodemográficos para el seguimiento de las políticas sociales. En este sentido, una fórmula posible para implementar un sistema como el propuesto puede ser la de incorporar a los sistemas nacionales ya existentes algunos indicadores que den cuenta del

<sup>1</sup> De los 30 países a los que se envió el cuestionario, respondieron 19 (15 de América Latina y 4 del Caribe) (CELADE-CEPAL, 2001a).



grado de avance en los compromisos adquiridos en El Cairo. Es muy probable que algunos de los indicadores de esta propuesta ya estén incluidos en los sistemas nacionales.

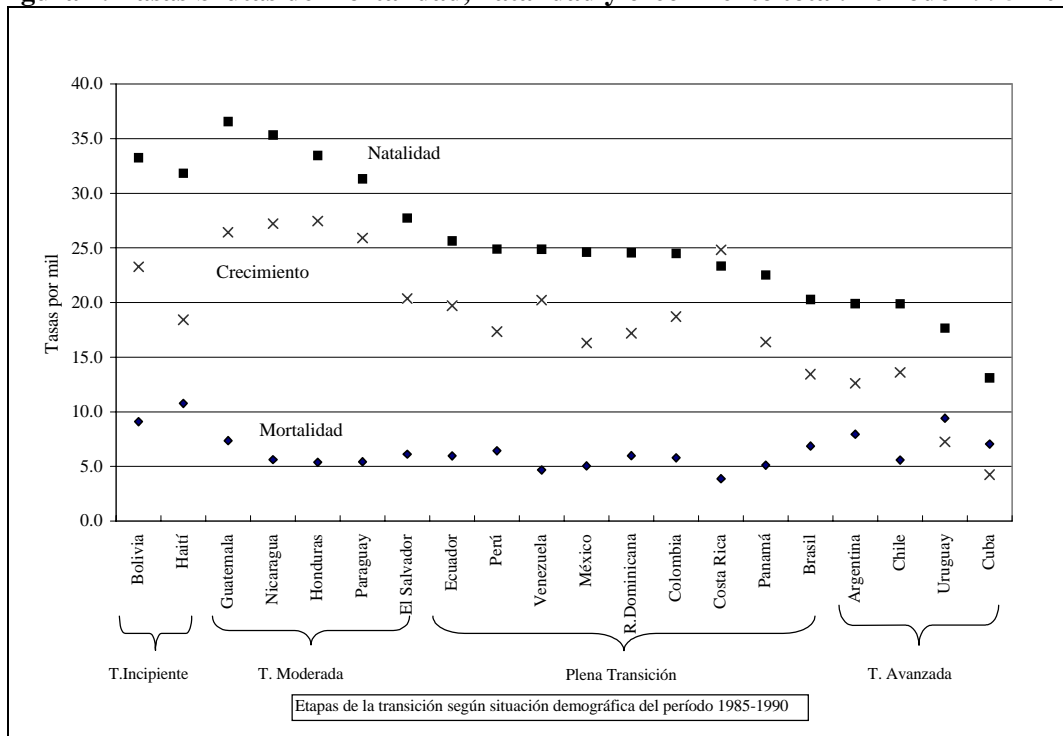
Costa Rica, Nicaragua y Panamá trabajan en esta línea, para cuyo efecto incorporaron al diseño de sus sistemas nacionales de monitoreo de las políticas sociales un subsistema que permite el seguimiento de las metas de las cumbres internacionales, en particular de la CIPD. Las discusiones y recomendaciones surgidas del Taller Subregional para Centroamérica sobre este tema (Nicaragua, 26-27 de febrero de 2001) contribuyeron al desarrollo de dichos sistemas.

Panamá está en una etapa muy avanzada de su Sistema Nacional Integrado de Indicadores Sociales y Demográficos (SINIISD), creado con el apoyo del FNUAP. Para presentar los indicadores se utiliza el programa WinR+Plan desarrollado en el CELADE, y las mediciones tendientes al seguimiento de las metas de El Cairo se basan en la presente propuesta. Se espera que entre 2001 y 2002 el sistema sea transferido totalmente desde el Gabinete Social (institución responsable del desarrollo del sistema) a la Dirección de Estadística y Censo, con el fin de garantizar la continuidad y actualización permanente del SINIISD (Varela, 2001). Por otro lado, y a partir de la propuesta hecha en el capítulo V, el CELADE ya inició la recolección de información de los países de la región y su almacenamiento y sistematización mediante el programa WinR+Plan.

## II. LA DIVERSIDAD DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA Y EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

La diversidad sociodemográfica de los países de América Latina hace difícil lograr una forma normalizada de monitorear las metas del Programa de Acción. En primer lugar, estos se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica, es decir, se encuentran en diferentes momentos del paso de altos niveles de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de mortalidad y fecundidad (Chackiel y Villa, 1992). En la figura 1 se representan los niveles (tasas brutas por mil) de mortalidad y natalidad y la tasa de crecimiento total. Pese a que toda clasificación tiene su grado de arbitrariedad, en términos generales e incluso con estimaciones más actuales, pueden apreciarse los diversos estados de la transición por los que atraviesan los países<sup>2</sup>. Respecto a la tasa de crecimiento —que al inicio de los años sesenta era cercana al 3% en promedio para América Latina—, en la actualidad está por bajo el 2% en casi todos los países. Sin embargo, el panorama regional continúa siendo heterogéneo tanto en la tasa de crecimiento como en sus elementos componentes (natalidad, mortalidad y migración).

**Figura 1. Tasas brutas de mortalidad, natalidad y crecimiento total. Período 1995-2000**



**Fuente:** Guiomar Bay, "América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2055", *Boletín demográfico*, año 34, N° 67 (LC/G.2119-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, enero de 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.3.

<sup>2</sup> Las tasas presentadas están afectadas por la estructura por edades de la población. Así, el hecho de que las tasas brutas de mortalidad sean de magnitudes similares en Haití y en Uruguay se explica porque en el primero la intensidad de la mortalidad es elevada, sobre todo en los primeros años de vida, mientras que el segundo, aunque la intensidad de este fenómeno es baja, la estructura envejecida de su población eleva el indicador utilizado.

Si bien desde la segunda mitad del siglo XX se han producido descensos importantes en la mortalidad y la fecundidad, aún persisten notorias diferencias entre los países; en los de transición incipiente, y como promedio para el período 1995-2000, la esperanza de vida al nacer no llega a los 60 años y en los de transición avanzada ronda los 74 años (véase el cuadro 1). En el caso de la fecundidad, los países de transición incipiente tienen una tasa global promedio de 4,4 hijos por mujer, y los de transición avanzada un promedio de 2,4 hijos. Los países de transición moderada y en plena transición registran valores entre los rangos mencionados, y el último grupo es el más heterogéneo en sus indicadores demográficos (cuadro 1).

En lo que respecta a la mortalidad, el Programa de Acción postula que los países deberían procurar reducir la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años en un tercio, o bien a 50 y 70 por mil nacidos vivos, respectivamente. Para el año 2005 las tasas de mortalidad infantil y en la niñez deberían ser inferiores a 50 y 60 por mil nacidos vivos, respectivamente y para el año 2015 los valores deberían ser 35 y 45 por mil. Como efecto de esa reducción de la mortalidad, en el año 2005 la esperanza de vida debería estar por encima de los 65 años en los países de mortalidad elevada y por encima de los 70 años en los de mortalidad más baja. Para el año 2015 estos valores deberían ser 70 y 75 años, respectivamente (Naciones Unidas, 1995).

Es evidente que estos objetivos tienen su mejor expresión en uno solo: la reducción de la mortalidad. Donde es muy elevada debe reducirse la mortalidad infantil y en la niñez para lograr un aumento de la esperanza de vida. En los países en que la mortalidad infantil y en la niñez son bajas es probable que para alcanzar la meta de la esperanza de vida se requiera una reducción adicional de la mortalidad adulta. Finalmente, donde esas cifras ya estaban bajo los valores fijados como objetivo, es probable que la esperanza de vida estuviera también por sobre los valores fijados. La diversidad de situaciones en el plano de la mortalidad infantil puede verse en el recuadro 3.

En cuanto a las metas en el plano de la mortalidad materna (véase el recuadro 4), la atención en salud reproductiva y del conocimiento y prevalencia de métodos anticonceptivos, no existe la misma complementariedad del caso anterior. No ha sido posible observar una relación inequívoca entre los niveles de mortalidad materna (medida a nivel nacional por la razón de mortalidad materna) y las intervenciones dirigidas a mejorar la atención en salud reproductiva y el acceso a métodos de planificación familiar (Stanton, et al., en prensa y United Nations, 2000). Parte de ello se debe a las dificultades de medición de la mortalidad materna (OMS/UNICEF, 1996), pero especialmente a la diversidad de situaciones con respecto a las intervenciones específicas y al funcionamiento de los programas.

En el ámbito de la fecundidad, las metas del Programa de Acción no se refieren a objetivos específicos, sino a la posibilidad de que las personas tengan acceso a una atención en salud reproductiva que les garantice la información y los medios para elegir libremente la formación de la familia. Desde este punto de vista, más importante que aumentar la prevalencia de anticonceptivos resulta disminuir la demanda insatisfecha de planificación familiar. Este es un objetivo del Programa de Acción que se espera lograr a corto plazo. Generalmente, la demanda insatisfecha se mide como el número de mujeres que no desean quedar embarazadas, que se encuentran sexualmente activas pero no están usando ningún método anticonceptivo. Esta medición busca reflejar la carencia de medios para que las parejas formen su familia en el momento y de la manera que deseen (Westoff y Bankole, 2000). En general, se aprecia que la demanda insatisfecha tiende a aumentar en las primeras etapas de la transición, cuando aparece un interés por limitar el número de nacimientos y luego tiende a disminuir (Westoff y Bankole, 2000). Sin embargo, esta disminución no es uniforme, pues la demanda insatisfecha se compone del uso tanto para limitar los nacimientos como para espaciarlos; es decir, no se trata de una

medida exclusivamente ligada a la disminución de la fecundidad "completa" sino más bien a las decisiones sobre la formación de la familia (véase el cuadro 1). Adicionalmente, las metas del Programa de Acción se refieren no solo a la limitación del número de nacimientos por parte de las mujeres en edad reproductiva sino también a la atención en salud reproductiva, incluida la salud sexual.

Recuadro 3  
Evolución proyectada de la mortalidad infantil

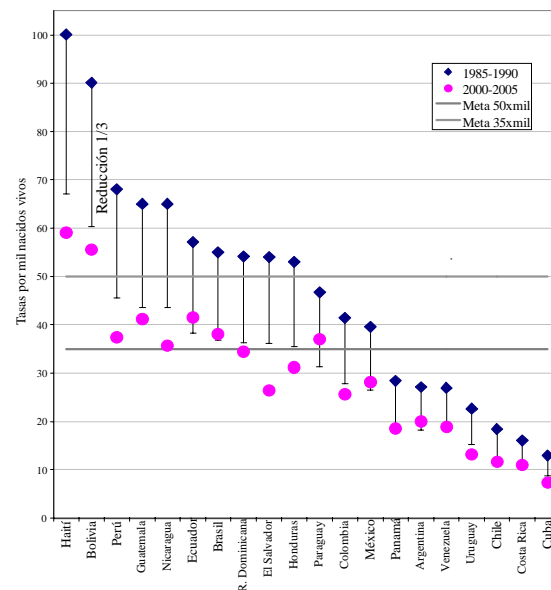
En la figura 2 se grafican las tasas de mortalidad infantil en dos períodos diferentes. La línea vertical representa la disminución de un tercio con respecto a la tasa de 1985-1990. Las líneas paralelas representan las metas (50 y 35 por mil) establecidas en el Programa de Acción. Es posible identificar varias situaciones con respecto a la mortalidad infantil. Un primer grupo de países (Panamá, Argentina, Venezuela, Uruguay, Chile, Costa Rica y Cuba) tenía en el período 1985-1990 una mortalidad infantil inferior a los 35 por mil; en todos ellos, según los valores proyectados, habría una disminución cercana al tercio entre los dos períodos, y el orden de los niveles prácticamente no se altera. En Panamá, Argentina y Venezuela, todavía parece posible una disminución de un tercio. En Uruguay, Chile, Costa Rica y Cuba, la disminución de la mortalidad infantil tendría un ritmo mucho menor. En el otro extremo, Haití y Bolivia tenían antes de 1990 tasas superiores a 90 por mil y en los años siguientes habrían disminuido en más de un tercio pero, según las proyecciones, no alcanzarían la meta de 50 por mil. Aun cuando disminuyan un tercio antes del año 2015, estos dos países todavía quedarían por encima de la meta de 35 por mil.

En el resto de los países el descenso de la mortalidad infantil proyectada muestra un patrón dispar. Perú, Guatemala y Nicaragua, cuyas tasas estaban por encima de los 60 por mil, tendrían un descenso superior al tercio esperado. En los otros países de este grupo la disminución proyectada no sería proporcional a los niveles iniciales. Sólo en El Salvador y Honduras el descenso sería superior a un tercio. En Ecuador y Paraguay la mortalidad infantil descendería menos que la meta, de acuerdo al nivel inicial y a lo que experimentarían los otros países.

La figura 2 muestra la diversidad de situaciones con respecto a una de las metas del Programa de Acción y la importancia de monitorear los cambios. Es evidente que el descenso de la mortalidad infantil depende no solo de los niveles iniciales sino de otros factores que no logran captarse con un solo indicador. Las diferencias en las tasas muestran la importancia de comparar la experiencia de los países y de identificar aquellos factores que explican las diferencias en el ritmo del descenso de la mortalidad.

La figura 2 muestra la diversidad de situaciones con respecto a una de las metas del Programa de Acción y la importancia de monitorear los cambios. Es evidente que el descenso de la mortalidad infantil depende no solo de los niveles iniciales sino de otros factores que no logran captarse con un solo indicador. Las diferencias en las tasas muestran la importancia de comparar la experiencia de los países y de identificar aquellos factores que explican las diferencias en el ritmo del descenso de la mortalidad.

Figura 2: Cambios proyectados en la tasa de mortalidad infantil de 1985-1990 a 2000-2005.



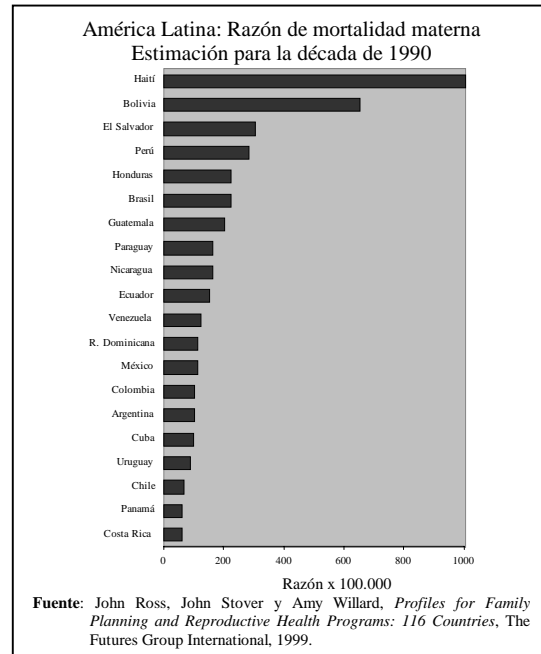
Fuente: Guiomar Bay, "América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2050", *Boletín demográfico*, año 34, N° 67 (LC/G.2119-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, enero de 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.3.

La diferente ubicación de los países en la transición tiene otras implicaciones, y una de las más importantes es la diferencia en la estructura etaria (Chackiel, 1999; Schkolnik y Chackiel, 1998). En los países cuyos niveles de natalidad y mortalidad son elevados, los menores de 15 años constituyen más del 40% de la población; la población mayor de 60 años tiene más peso

relativo en los países con bajos niveles de natalidad y mortalidad, y ello se traduce en diferencias importantes en la relación de dependencia (véase el cuadro 1). Para el año 2000 se estima que en Chile hay 55 personas inactivas por cada 100 potencialmente activas, y en Guatemala la cifra llega a 89 inactivas. Además, el distingo en el peso relativo de los grupos etarios está indicando que el énfasis de las políticas y programas dirigidos a mejorar el bienestar de la población también debe depender de la etapa de la transición demográfica.

Recuadro 4  
Situación de la mortalidad materna

La reducción de la mortalidad materna, que constituye, sin dudas, una meta de gran importancia del Programa de Acción, presenta diferencias entre los países de América Latina. En el gráfico se muestran las estimaciones de mortalidad materna para el año 1990. En 1990, solo Panamá y Costa Rica estaban debajo del objetivo (60 por 100 mil) del Programa de Acción. Con una reducción a la mitad el año 2000, como postula el Programa de Acción, la mitad de los países estarían por bajo 60 por 100 mil nacidos vivos. Pero, aun cuando se lograra esa reducción, varios países (Haití, Bolivia, El Salvador, Perú, Brasil, Honduras y Guatemala), mantendrían una razón de mortalidad materna superior a 100. Sin embargo, esta medida tiene el problema de su estimación (OMS/UNICEF, 1996) y no siempre refleja bien la dimensión de las necesidades. En 1990, por ejemplo, México y República Dominicana tenían una razón de 110 por cien mil, pero esto era el resultado de 2 700 muertes en el primer país y de 220 en el segundo. En Honduras y Guatemala, alrededor de 1990 la razón de mortalidad materna era de 220 en el primero y de 200 en el segundo. A pesar de esta aparente similitud de las tasas, alrededor del mismo año en Honduras un 72% de las mujeres recibía atención prenatal y en Guatemala ese porcentaje era cercano al 40%. En Honduras, un 45% de los partos era atendidos por personal médico especializado y en Guatemala este porcentaje era cercano al 35%.



Otro ejemplo de las diferencias en la distribución por edades se percibe en los programas dirigidos a disminuir la mortalidad. Como hay correspondencia entre la estructura etaria de la población y la de las defunciones, los países de más alta mortalidad deben dirigir las acciones mayoritariamente a la población menor de 5 años de edad. En los países de más baja mortalidad y en una etapa más avanzada de la transición, la mayoría de las defunciones ocurren en la población adulta y las acciones para disminuir la mortalidad dependerán de las distintas patologías. Ello se refleja en el cociente entre las defunciones de niños y las de adultos mayores<sup>3</sup>; las cifras se presentan en el cuadro 1. Se estima que en el año 2000 los países de transición incipiente registran cerca o más de 100 muertes de niños menores de 5 años por cada 100 muertes de adultos mayores. En los países de transición avanzada, esa relación es inferior a 9 niños por cada 100 personas de edad. Otro ejemplo de esas diferencias son los programas de seguridad

<sup>3</sup> Este cociente se asocia a las causas de muerte; las enfermedades infecciosas y parasitarias son más frecuentes entre los niños, y las crónicas y degenerativas entre las personas de edad. El cociente combina el efecto de la transición demográfica y el de la epidemiológica.

social. La baja de la mortalidad implica que una proporción mayor de personas vive hasta los 60 años y que después viven más años. La importancia relativa de este grupo aumenta porque hay más sobrevivientes y porque, a causas del descenso en la fecundidad, las personas en las primeras edades (0 a 15 años) aumentan en menor proporción. Entonces, el contingente de personas que demanda servicios de seguridad social y particularmente del sistema de pensiones, aumentará en volumen y duración; al mismo tiempo, disminuirá el porcentaje de personas que, en los sistemas de reparto, aportarán contribuciones para mantener el sistema (CEPAL/CELADE/BID, 1996).

En mayor o menor medida, la población de todos los países de la región ya ha iniciado su proceso de envejecimiento. Sin embargo, las diferencias persisten, y así lo muestran las estimaciones del índice de envejecimiento para el año 2000 (cuadro 1). Mientras en la mayoría de los países de transición incipiente y moderada se observan menos de 10 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, los países de transición avanzada registran entre 25 y 50 personas de edad.

Esta diversidad en la situación demográfica implica que las acciones de los países para cumplir con el Programa de Acción deberían ser dirigidas a diversos sectores de la población. La composición etaria de la población es expresión de la transición demográfica, y sus componentes ( fecundidad, mortalidad y migración) tienen una variabilidad elevada en la región. Por tal razón, la propuesta de indicadores para monitorear las metas considerará la transición demográfica, con el fin de distinguir las temáticas que resulten más relevantes en cada país. A esa diversidad demográfica se suma la heterogeneidad social y económica, lo que implica que en algunos países surgen necesidades diferenciadas, como por ejemplo, algunos aspectos vinculados a la migración internacional.

Cuadro 1  
**AMÉRICA LATINA: INDICADORES SELECCIONADOS PARA PAÍSES ORDENADOS SEGÚN  
 LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PERÍODO 1995-2000**

País y etapa de la transición demográfica	Estimación del período 1995-2000			Estimación del año 2000		Demanda insatisfecha de planificación familiar <sup>d/</sup>
	Esperanza de vida al nacer	Tasa global de fecundidad	Índice del perfil de muertes <sup>a/</sup>	Índice de dependencia <sup>b/</sup>	Índice de envejecimiento <sup>c/</sup>	
<b>Incipiente</b>						
Bolivia	61.4	4.4	95.8	77.4	10.1	26.1
Haití	57.2	4.4	116.7	78.2	9.2	44.5
<b>Moderada</b>						
El Salvador	69.4	3.2	37.7	68.3	14.0	8.2
Guatemala	64.2	4.9	88.6	89.2	8.1	23.1
Honduras	69.8	4.3	83.0	82.1	8.3	11.0
Nicaragua	68.2	4.4	88.8	84.1	7.1	14.7
Paraguay	69.7	4.2	62.0	75.5	8.8	26.1
<b>Plena</b>						
Brasil	67.9	2.3	29.6	51.4	18.0	7.3
Colombia	70.7	2.8	34.2	59.9	14.4	2.7
Costa Rica	76.5	2.8	12.0	59.9	15.8	---
Ecuador	69.9	3.1	55.8	62.7	13.9	10.0
México	72.4	2.8	35.7	61.0	14.3	14.2
Panamá	74.0	2.6	19.7	58.3	17.7	---
Perú	68.3	3.0	55.4	61.8	14.5	12.1
Rep. Dominicana	71.0	2.8	50.2	60.7	12.9	12.5
Venezuela	72.8	3.0	23.2	62.6	13.1	---
<b>Avanzada</b>						
Argentina	73.1	2.6	8.4	59.8	35.0	---
Chile	75.2	2.4	7.5	55.3	25.2	---
Cuba	76.0	1.6	2.7	44.5	45.1	---
Uruguay	74.1	2.4	4.7	60.5	52.0	---

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL/CELADE), "América Latina: proyecciones de población, 1970-2050", *Boletín demográfico*, año 31, N° 62 (LC/DEM.G.180), Santiago de Chile, julio de 1998; Guiomar Bay "América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2025", *Boletín demográfico*, año 34, N° 67 (LC/G.2119-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, enero de 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.3; página Web de las Encuestas de Demografía y Salud -DHS- ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)) y publicaciones oficiales de encuestas de salud de los respectivos países.

- a/ *Índice de Perfil de Muertes*: se trata de una aproximación al mismo, puesto que en rigor este índice se calcula a partir de las defunciones según causas de muerte. El cociente utilizado expresa la cantidad de defunciones de niños por cada 100 defunciones de adultos mayores. Corresponde a defunciones de 0-4 años/ defunciones de 65 y más años\*100.
- b/ *Índice de dependencia*: Expresa la cantidad de personas potencialmente inactivas que deben ser solventadas por cada 100 personas potencialmente activas. Se calculó como ((población de 0-14 años + población de 65 y más) / población de 15-64 años) \* 100.
- c/ *Índice de envejecimiento*: Expresa la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calculó como (población de 65 y más / población de 0-14 años) \* 100.
- d/ Los datos provienen de las encuestas de demografía y salud de Bolivia (DHS 1998), Brasil (DHS 1996), Colombia (DHS 2000), Ecuador (ENDEMAIN 1999), El Salvador (FESAL 1998), Guatemala (DHS 1999), Haití (DHS 1994), Honduras (ENS 1996), México (ENPF) 1995, Nicaragua (DHS 1998), Paraguay (ENSMI 1998 – considera únicamente métodos anticonceptivos modernos), Perú (DHS 1996) y República Dominicana (DHS) 1996.

### III. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA SELECCIÓN DE INDICADORES

#### 1. La diversidad de acciones en torno a las metas del Programa de Acción

La importancia fundamental del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo radica en el cambio de metas definidas en términos demográficos por otras cuyo fin último es mejorar el bienestar de la población; una parte esencial del Programa de Acción es el énfasis que se pone en la salud reproductiva y en la habilitación de la mujer y también tienen en el reconocimiento y ampliación de los derechos de los individuos.

Este cambio de énfasis del Programa de Acción implica que las políticas adoptadas por los países para cumplir con las metas relativas a la población y al desarrollo tengan diferentes ámbitos y, por ende, es necesario que su implementación incluya proyectos y programas de diversa naturaleza y que sus objetivos cambien según las prioridades nacionales. Por otro lado, estos proyectos y programas tienen una estrecha relación con otros planes, en particular con aquellos cuya meta es la disminución de la pobreza. Por ejemplo, en el caso de los fondos de inversión social, un impacto esperado en el plano del capital humano es que mejoren las condiciones de educación, salud y sanitarias en que vive la población. Ello implica que los aspectos que deben vigilarse y evaluar para determinar las condiciones de la población en cuanto a educación y salud tienen una gran coincidencia con las metas del Programa de Acción, como el acceso a la educación, la incidencia de ciertas enfermedades, la salud maternoinfantil, y otros aspectos relacionados con los beneficios esperados de la inversión en infraestructura de educación y salud o en acceso a los servicios.

Un ejemplo de relación entre disminución de la pobreza y las metas del Programa de Acción es la evaluación del impacto del Fondo de Inversión Social de Bolivia (Pradhan, Rawlings y Ridder, 1998) donde se proponen como indicadores del impacto final sobre la salud la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez, las tasas de prevalencia e incidencia de ciertas enfermedades y la prevalencia de la desnutrición. Entre los indicadores de impacto intermedio se propone un conjunto de indicadores relacionados con el uso de los servicios de salud, como el cuidado del embarazo y del parto, la inmunización y el conocimiento y tratamiento de las enfermedades diarreicas y respiratorias. Cada uno de estos indicadores se encuentra vinculado con objetivos específicos del Programa de Acción, y ese es el caso de la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez, la disminución de la mortalidad materna y otras relativas a la salud.

Quizás el mejor ejemplo de la diversidad de las acciones necesarias para impulsar el Programa de Acción sea el referido a la igualdad y equidad de género —un aspecto central del Programa de Acción de la CIPD. El mejoramiento de la condición social de la mujer y su plena habilitación requiere acciones que corrijan la marginación histórica que ha generado una desigualdad entre hombres y mujeres, como el acceso a la educación y al trabajo, y otras que protejan a la mujer de la violencia y discriminación en su contra. En el informe elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) sobre la ejecución del Programa de Acción de la CIPD en México, se da cuenta de una amplia gama de acciones que ilustran la diversidad de ámbitos en que es necesario promover la igualdad y equidad de género (ver recuadro 5) (CONAPO, 1999).



**Recuadro 5**  
**Las acciones del CONAPO, México en torno a las metas**  
**sobre igualdad y equidad de género**

En el informe de CONAPO, las acciones orientadas a mejorar la condición social de la mujer se clasificaron en siete ámbitos: educación, participación en la economía, salud de la mujer, promoción y defensa de los derechos de la mujer, erradicación de la violencia contra las mujeres, promoción y defensa de sus derechos, y revalorización de su imagen social. En cuanto al acceso a la educación, el informe señala los proyectos del *Instituto Nacional de Educación de Adultos* para dar capacitación a mujeres en industrias maquiladoras, el inicio (1997) del programa *Ser padres, una experiencia compartida* dirigido a madres de familia con niños en edad escolar, y otros, como el proyecto *Atención educativa a mujeres* o los programas compensatorios dirigidos a mujeres y especialmente a mujeres indígenas. En el plano de la participación de la mujer en la esfera económica, el informe da cuenta de acciones como su capacitación mediante el programa *Calidad Integral y Modernización* de la *Secretaría de Trabajo y Previsión Social*, el programa *Más y mejores empleos para las mujeres en México* —que buscan incidir en las políticas y programas destinados a generar empleos a nivel nacional—, la modificación de la *Ley del Seguro Social* para apoyar a las mujeres trabajadoras, el acceso al crédito por medio del *Fondo de Microfinanciamiento a mujeres rurales*. Para erradicar la violencia contra la mujer un decreto (1997) reformó y derogó diversas disposiciones del *Código Civil* y del *Código Penal* relativas a la violencia intrafamiliar. En lo que se refiere a la valorización de la mujer, la *Campaña educar para convivir mejor* promueve en radio y televisión temas contra la violencia intrafamiliar y el trato equitativo entre hombres y mujeres.

De acuerdo a este ejemplo de México, el logro de la equidad e igualdad de género comprende acciones para reformar las leyes y las instituciones de tal manera que garanticen los derechos y oportunidades para las mujeres, incentiven el desarrollo económico de manera que integre a la mujer y lleven a acciones correctivas contra prácticas discriminatorias y también a promover nuevos valores entre la población.

En cada país, las acciones diseñadas dependen de la identificación de la forma que tengan la falta de oportunidades, el no respeto a los derechos y la discriminación. Desde este punto de vista, es importante que el conjunto de indicadores dé cuenta no solo de los logros de los proyectos y programas implementados sino también de la identificación de ámbitos donde es necesario promover acciones específicas. Por ejemplo, la falta de oportunidades económicas, el bajo acceso a la educación y la violencia intrafamiliar se traducen muchas veces en problemas de nutrición y una mayor incidencia de enfermedades entre las mujeres.

## **2. Monitoreo y evaluación**

La diversidad de acciones que buscan impulsar las metas del Programa de Acción significa que el monitoreo y evaluación tienen una importancia clave. El monitoreo persigue identificar las tendencias en resultados específicos a lo largo del tiempo y a través de los distintos grupos de la población y áreas de un país. La información que documente esas tendencias debe permitir la estimación de indicadores que retroalimenten la eficacia de los distintos programas y proyectos; el seguimiento implica dos niveles: uno en el plano del programa en que se miden los cambios en el tiempo de los insumos y productos, y otro en el de la población objetivo de los resultados intermedios y a largo plazo. El monitoreo con distintas versiones implica una gama de actividades relacionadas con la puesta en práctica de los proyectos, que incluye desde los informes hasta la documentación de las condiciones de un grupo de la población hacia el cual se dirigen los proyectos y/o programas (Valadez y Bambergger, 1994; Bertrand y Magnani, 1996). Otro de sus propósitos es el control de eficacia y eficiencia en la implementación de un proyecto o programa, con lo que podrán hacerse correcciones durante su ejecución y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos en función de las metas. El UNICEF (Oficina de Planificación del UNICEF, 1997) ha definido el monitoreo como la supervisión periódica de la implementación de una actividad, para establecer que las acciones definidas se realicen de acuerdo a lo planeado y se puedan tomar las acciones correctivas necesarias. Por su parte, el Banco Mundial distingue entre monitoreo de resultados y evaluación del impacto (Rubio y otros, 2000).

Por monitoreo de resultados se entiende la medición del efecto de los productos sobre el bienestar de los individuos y busca retroalimentar a quienes toman decisiones sobre la efectividad de los esfuerzos; ese monitoreo comprende el seguimiento de los cambios en el tiempo y las diferencias entre diversos grupos sociales y áreas de un país y por evaluación del impacto se entiende la determinación si las acciones de los proyectos y programas son responsables de los cambios observados en el bienestar de la población.

La evaluación busca demostrar de una manera más específica un impacto definido previamente y requiere de una metodología más compleja —como los experimentos aleatorizados— y de información cuya recolección haya sido diseñada expresamente para evaluar un programa (Bertrand y otros, 1996; Valadez y Rawlings, 1994). Mientras el monitoreo persigue seguir en el tiempo el cambio en determinados fenómenos, la evaluación busca determinar la medida en que los cambios observados pueden atribuirse a la ejecución de un proyecto o programa específico. Ello requiere medir los cambios a nivel de grupos beneficiarios y a nivel de hogar o individuos. De acuerdo al diseño de la evaluación, también se requieren datos comparables en el tiempo recolectados en dos momentos diferentes, o datos de una población no participante (pero comparable) en el proyecto o programa. La metodología debe permitir aislar los efectos del programa, para cuyo efecto las medidas que se utilicen deben ser estar libres de sesgo y de cualquier confusión en torno a los efectos del programa. Por otro lado, la mayoría de los métodos requieren de supuestos sobre las relaciones causales entre los insumos del programa y los resultados.

Luego, y ya se trate de formulación, monitoreo o evaluación de proyectos sociales, es recomendable desarrollar sistemas de indicadores explícitamente diseñados para tal fin y que éstos a su vez estén compatibilizados con las necesidades de análisis (Vos, 1995). Un tema que emerge en el campo metodológico se refiere a la importancia de efectuar una distinción analítica según el tipo de indicador. En términos generales, se trata de tener una cantidad relativamente "equilibrada" de indicadores que permitan captar características de los insumos, procesos y productos (o resultados concretos) de los programas y proyectos.

Si bien existen varias clasificaciones similares para los indicadores<sup>4</sup>, para los efectos de actividades de monitoreo o seguimiento se propone considerar un conjunto de indicadores intermedios y finales definidos de acuerdo a los objetivos establecidos en el programa (Rubio y otros, 2000; Bertrand y otros, 1996). Indicadores finales son aquellos que miden los resultados o el impacto en función de las metas más amplias relativas al bienestar de la población. Por lo general, los resultados se refieren a los cambios en el comportamiento de las personas, por lo que la información para los indicadores debe provenir directamente de la población objetivo de las acciones. Estos indicadores, por lo general, cambian lentamente y su evolución es producto de varios factores que operan en forma simultánea. Los indicadores intermedios miden insumos o productos que cuantifican un resultado o que contribuyen a lograr un resultado y proporcionan una visión actualizada del progreso alcanzado. La información para la producción de estos indicadores debería provenir de los registros administrativos; en ausencia de una cobertura adecuada de estos registros, la información puede obtenerse por medio de encuestas.

### **3. La relación entre metas e indicadores**

Como ya se ha mencionado, idealmente los indicadores debieran seleccionarse en el momento en que se diseñan los programas, de manera que tomen las previsiones para producir o

---

<sup>4</sup> Puede verse una comparación que efectúa Vos (1995) entre la clasificación que el autor adopta, otras dos definidas por el Banco Mundial y la del llamado "marco lógico".

recopilar la información necesaria. En otras palabras, a la vez que se establecen las metas del programa deben establecerse las mediciones precisas que darán cuenta de su cumplimiento. En la definición deben considerarse los aspectos sustantivos, de manera que el indicador tenga relevancia para el programa, y que sea accesible en términos de obtención de la información. En el recuadro 6 se resumen algunas características deseables de un indicador. Un aspecto clave en la selección de los indicadores para incluir en un sistema es la especificación del propósito y el tipo de indicador necesario. Siguiendo una estructura lógica, la definición de cada indicador debe estar de acuerdo a los objetivos que se desea alcanzar.

**Recuadro 6**  
**Características deseables de un indicador**

Existen diferentes definiciones de un indicador y algunas de ellas son las siguientes:

- Su propósito es proveer el *detalle* cuantitativo y cualitativo de un conjunto de objetivos. Se refieren a la situación que existirá cuando se alcancen los objetivos.
- Medida usada para demostrar el *cambio* que resulta de una actividad proyecto o programa.
- Variables usadas para medir el *progreso* logrado con respecto a las metas.
- Medidas o punteros que ayudan a *cuantificar o describir el logro de resultados* y monitorear el progreso alcanzado.
- Variable o medida que puede *transmitir un mensaje directo o indirecto*. Si es medido correctamente, puede estar basado en información cuantitativa o cualitativa.

De acuerdo a estas definiciones, un indicador debe ser capaz de medir el cambio en un estado o situación específica de la población o de los beneficiarios de un proyecto o programa; un indicador adecuado para el monitoreo de las metas debe permitir la verificación de los cambios a partir de observaciones lo más cercanas posibles a la población beneficiaria y, además, proporcionar a las partes interesadas la posibilidad de consultar y evaluar el grado de avance logrado. En el caso de las metas del Programa de Acción, se mostró que las acciones que pueden contribuir a lograr las metas y los objetivos son en extremo diversas y dependen de las condiciones particulares de cada país. Además, dado que muchas metas están expresadas en función de un estado de bienestar de la población, es necesario encontrar indicadores que sean comparables en distintos contextos.

Además de la comparabilidad existen otras características que debe cumplir un indicador; se han definido de acuerdo a distintos términos, pero pueden resumirse de la siguiente manera (OMS, 1997; Oficina de Planificación del UNICEF, 1997; FNUAP, 1998b; Naciones Unidas, 1999):

*Pertinencia o utilidad.* Capacidad del indicador de medir impacto de manera que responda a preocupaciones sobre políticas.

*Validez.* El indicador mide lo que realmente se quiere medir.

*Confiabilidad.* Capacidad del indicador de dar el mismo resultado si se mide en forma repetida o a partir de diversas fuentes.

*Comprensibilidad o sencillez.* Debe ser enunciado de manera tal que sea ampliamente comprensible.

*Sensibilidad.* La capacidad del indicador de medir cambios.

*Especificidad.* La capacidad de medir exclusivamente los cambios en el fenómeno o resultado que se quiere medir.

*Accesibilidad.* Es posible obtener la información que se requiere en más de una oportunidad y a un costo económico adecuado.

A manera de ejemplo, en la definición de la programación cuatrienal, el FNUAP estableció un ordenamiento de metas e indicadores basado en tres metas a las que el Fondo contribuye. Estas metas son las siguientes (Naciones Unidas, 2000):

- a) Todas las parejas e individuos disfrutan de buena salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual a lo largo de sus vidas.
- b) Existe un equilibrio entre dinámica de la población y desarrollo económico y social.
- c) Se alcanza la igualdad y la habilitación de la mujer.

Estas metas tienen una estrecha relación con otra serie de aspectos contenidos en otras cumbres, como las relacionadas con el medio ambiente, el desarrollo social y la mujer. Además, las tres metas en su conjunto pretenden contribuir al fin último de erradicar la pobreza y lograr mejores condiciones de vida para todas las personas.

Además, el FNUAP definió un conjunto de indicadores para monitorear el avance en la consecución de las metas. Un supuesto clave de esta relación entre indicadores y metas es que existe un conjunto de programas y proyectos cuyos resultados finales contribuirán al logro de las metas. El cumplimiento de este supuesto es necesario pero no suficiente, pues los programas y proyectos desarrollados por los distintos sectores no son los únicos que contribuyen al logro de las metas. Así como existen otros factores en un país que pueden contribuir al logro de las metas, también pueden existir cambios en los supuestos que impiden que los proyectos y programas contribuyan al logro de las metas.

En el recuadro 7 se muestra la relación entre metas, productos, resultados e indicadores definida por el FNUAP para el área de salud reproductiva; hay dos niveles diferentes de indicadores. El primero se refiere a aquellos que dan cuenta del logro de la meta relacionada al área de salud reproductiva y que son medidas específicas a nivel nacional, bajo el supuesto de que cada fenómeno medido refleja la existencia de buena salud reproductiva y sexual. Los mismos pueden modificarse, como producto de los programas y proyectos desarrollados en el área de salud reproductiva pero también producto de cambios en otras áreas. Estos son los indicadores definidos como finales los que, en general, no están en función específica de los proyectos y/o programas sino que engloban los cambios esperados.

Un segundo nivel de indicadores son los intermedios, que resumen el cambio esperado si los proyectos y/o programas dirigidos a lograr el objetivo se cumplen. Tal como señala el ejemplo, puede haber más de un indicador para cada resultado. Los indicadores de este nivel deben ser diferentes a los anteriores, pues se refieren a los resultados de la ejecución pero no necesariamente al impacto. De hecho, en muchos casos hay una diferencia temporal entre la ejecución del proyecto y su impacto.

Para que tenga utilidad operativa debe existir un orden jerárquico de los indicadores nacionales que corresponda al mismo orden de los objetivos a los que responden los distintos proyectos y programas. La utilidad última de un indicador está, sobre todo, en su capacidad de definir acciones específicas. Por ejemplo, aumentar la cobertura, extender las horas de operación, disminuir la incidencia de cierto hecho, etc.

Como las metas no son exclusivas de una agencia y muchas veces son similares o complementarias a las de otras agencias, un cambio en los indicadores no siempre puede ser atribuido al proyecto o programa de una sola agencia. Por ello, un resultado importante de un sistema de indicadores diseñado para monitorear el cumplimiento de las metas debe ser la identificación de aquellos aspectos que requieren de actividades de evaluación. Así, en el caso de la mortalidad materna, la combinación de indicadores finales e intermedios permite preguntarse por qué dos países tienen una razón de mortalidad materna similar (el indicador final) pero niveles de atención prenatal y asistencia en el parto muy diferentes (indicadores intermedios).

<b>Recuadro 7</b> <b>Ejemplificación de la relación entre metas, productos, resultados e indicadores según el FNUAP</b>	
Objetivo estratégico de orden sectorial	Indicadores y tendencia esperada
Todas las parejas disfrutan de buena salud reproductiva incluyendo planificación familiar y salud sexual durante su vida.	Disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar
	Disminución de la razón de mortalidad materna
	Aumento en la proporción de nacimientos asistidos por personal especializado
	Disminución del número de nacimientos de adolescentes
	Disminución de la incidencia de VIH en personas de edad 15 a 24 años
	Disminución de la tasa de mortalidad infantil
	Existencia de un mecanismo nacional para monitorear y reducir la violencia sexual
Resultados esperados de la ejecución de los proyectos y/o programas	Indicadores y tendencia esperada
Aumento en la disponibilidad de servicios comprensivos de salud reproductiva	Aumento en la proporción de Puntos de Provisión de Servicios (PPS) que ofrezcan al menos tres de los siguientes servicios: Métodos modernos de planificación familiar; Asistencia de salud materna y en el parto; prevención y manejo de infecciones del tracto reproductivo, incluyendo ETS y prevención de VIH/SIDA; manejo de las consecuencias y complicaciones del aborto inseguro; información, educación y consejería en sexualidad humana y salud reproductiva, incluyendo planificación familiar.
	Aumento en la proporción de PPS que ofrecen información, educación, consejería y acceso a servicios a los adolescentes.
Mejora en la calidad de los servicios de salud reproductiva	Aumento en la proporción de PPS que ofrecen por lo menos tres métodos modernos de planificación familiar
	Aumento en la proporción de PPS que proveen servicios de salud reproductiva de calidad y de acuerdo con las normas establecidas
Mejora en las condiciones para combatir prácticas perjudiciales para las mujeres	Existencia de una política nacional para combatir prácticas perjudiciales a las mujeres.
Resultados de cada componente	Indicadores definidos en función de cantidad, calidad y tiempo.
Esta sección se refiere a los componentes específicos de proyectos y programas desarrollados en cada país.	Indicadores relativos a los insumos y productos de los proyectos.

Un aspecto clave de esta evaluación es la posibilidad de contar con mediciones basales que den cuenta de las condiciones al inicio de un proyecto o programa, lo que evidentemente depende del desarrollo del país en términos de sistemas de información, y del nivel de desagregación que se requiere. Cuando se trata de medir el estado de la población de un país, algunas de estas medidas pueden resultar sumamente costosas (por ejemplo, la determinación del estado nutricional de los niños o una medición precisa del nivel de la mortalidad materna en el país en ausencia de registros hospitalarios); en otros casos, existen registros adecuados (por ejemplo, la evaluación de talla para edad de los niños que inician la escuela). Otras veces, el proyecto o programa puede incorporar entre sus actividades la recolección de información que permita una evaluación de los resultados.

#### 4. La comparabilidad en un conjunto de indicadores regionales

En el capítulo V se presentará una propuesta que intenta servir de base para el desarrollo de sistemas nacionales tendientes a monitorear el Programa de Acción de la CIPD y el de la región. El sistema está pensado a nivel macro, es decir, a escala nacional<sup>5</sup> y hace posible comparar los indicadores con metas para evaluar la medida en que se va logrando el progreso deseado; se pueden identificar las desigualdades entre diferentes grupos de población según características socioeconómicas o sociodemográficas y entre áreas geográficas; además, se provee de información para programas específicos y evaluaciones en el ámbito de los sectores sociales.

En vista de la relación entre metas e indicadores, el problema está en como pasar de un conjunto de indicadores de utilidad para los proyectos y programas a otro conjunto que permita el monitoreo a nivel regional. Para ello, los indicadores deberían cumplir los siguientes requisitos:

1. Estar en concordancia con la situación demográfica, económica y epidemiológica del país.
2. Utilizar las fuentes de información existentes y en especial las de cobertura amplia y razonable calidad.
3. Que puedan medirse en forma repetida, ya sea en una o en diferentes fuentes.
4. Que exista consenso en torno a su interpretación y que se expliciten las diferencias, si existen.
5. Mostrar los logros y resalten los aspectos deficitarios y así aprender de las experiencias de los demás países.

En las conferencias celebradas durante la década de 1990, los países suscribieron acuerdos que competen a diversos ámbitos de desarrollo y que fueron promovidos por distintas agencias de las Naciones Unidas. Como las agencias deben monitorear si los programas y proyectos apoyados en cada país contribuyen a cumplir las metas establecidas en los acuerdos, cada una utiliza para su programación un conjunto de indicadores. Dada esta situación, y en busca de no sobrecargar a los países con la producción de información para cada indicador, recientemente se hicieron esfuerzos por unificar las propuestas. En el Anexo se resumen algunas de estas propuestas y los esfuerzos por unificarlas y también se presenta la comparación de los diferentes conjuntos de indicadores.

Como ilustra el anexo, hay un conjunto de indicadores incluidos en casi todas las listas, el que define las condiciones básicas referidas a la universalidad de los servicios, disminución de la inequidad en salud, el acceso a la educación y la provisión de servicios básicos. En general, los indicadores incluidos en las listas son los que pueden resumir las condiciones de vida de la población y los riesgos a los que se encuentra expuesta. Los indicadores más frecuentes son los que se refieren a la mortalidad y a la tasa de mortalidad infantil, la de los menores de 5 años, la esperanza de vida al nacer y la razón de mortalidad materna. Otro conjunto igualmente frecuente es el referido al acceso de la población a los servicios, como la tasa neta de matrícula escolar, el alfabetismo, el acceso al agua potable, la prevalencia de anticonceptivos y la desnutrición de los menores de 5 años. El énfasis de los indicadores en todas las propuestas está en las condiciones al inicio de la vida.

---

<sup>5</sup> Vos (1995) dice que la necesidad de información varía según el nivel de análisis, distinguiendo entre nivel nacional (macro), sectorial (meso), y de programas y proyectos individuales (micro). A nivel meso se atiende las necesidades específicas de un sector, por ejemplo salud o educación. A este nivel se realizan mediciones para evaluar la eficiencia y eficacia del sector, y así identificar medidas tendientes a lograr los objetivos. A nivel micro se enfatiza el seguimiento de la implementación del proyecto, el acceso a los servicios a la población beneficiaria y al impacto del proyecto sobre sus condiciones de vida.

## IV. DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

Un aspecto clave de las diversas propuestas es que los indicadores deben ser calculados a partir de fuentes ya existentes. Para efectos de comparabilidad esto constituye un problema, pues las fuentes existentes varían de un país a otro, tanto en disponibilidad y cobertura como en calidad. En este capítulo se resume la disponibilidad de información existente en América Latina.

La diversidad de fuentes descritas a continuación hace necesario formular una importante consideración: algunas medidas que reciben la misma denominación —por ejemplo, la mortalidad infantil— pueden provenir de información radicalmente diferente. Por ejemplo, la mortalidad infantil calculada con datos de registros proviene del registro de defunciones de menores de un año y del registro de nacimientos. Si se la calcula con información censal, proviene de la declaración de las mujeres sobre hijos nacidos vivos e hijos fallecidos. Si se calcula directamente con los datos de una encuesta, proviene de la declaración de la fecha de nacimiento y muerte de los hijos de cada mujer. En ausencia de subregistro y de sesgos en la muestra o en la recolección de información, esas medidas deberían tener magnitudes similares, siempre y cuando el momento de referencia sea comparable (y, además, que en el caso de la medición indirecta se utilice un modelo adecuado).

### 1. Estadísticas vitales

Como se trata de medir los cambios en los países después de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es importante que los indicadores se refieran a dos momentos. Cuando la información proviene de un registro continuo, como el registro de defunciones o el de nacimientos, en teoría es posible obtener medidas "año a año". Sin embargo, la comparabilidad en el tiempo de las medidas está determinada por el rezago en la producción de información y los cambios en la cobertura y la forma de registrar la información. No todos los países de América Latina tienen registros continuos que puedan usarse para obtener varias medidas comparables a lo largo del tiempo.

La primera diferencia importante entre países es el rezago entre el registro y la disponibilidad de la información. Aun cuando la cobertura fuera completa, en el año 2000 no podrían medirse cambios posteriores al año 1994 en todos los países (véase el cuadro 2). En la mayoría de los países el rezago en la disponibilidad de la información es aproximadamente de 2 años. En lo que respecta a la cobertura, sólo cinco países presentan cobertura adecuada de los nacimientos y de las defunciones. En otros seis, el registro de nacimientos es adecuado pero no sucede lo mismo con las defunciones (cuadro 2). En los demás, tanto los nacimientos como las defunciones tienen un subregistro demasiado alto como para obtener medidas confiables. En el caso de las defunciones, el subregistro de las defunciones de menores de un año es superior, en todos los países, al subregistro del total de defunciones. Por otro lado, se sabe que hay grandes diferencias en la cobertura de las estadísticas vitales entre las distintas áreas de un país.

### 2. Censos de población

Sólo en cinco países podrían medirse confiablemente los cambios en la mortalidad y la fecundidad en forma directa a partir de registros continuos. En el resto de los países se depende de la existencia de encuestas o censos de población (cuadro 2). Las preguntas que permiten medir mortalidad en la niñez o fecundidad han sido incluidas en casi todos los censos de población realizados en América Latina en las décadas de 1980 y 1990, y en los del año 2000. Tal como se muestra en el cuadro 3, muchos de ellos incluyeron preguntas sobre el nacimiento y la

sobrevivencia de los hijos, lo cual permite obtener estimaciones de fecundidad<sup>6</sup> y mortalidad en la niñez. Algunos países incluyeron en los censos preguntas que permiten obtener estimaciones de la mortalidad adulta, como orfandad materna y las defunciones ocurridas en el hogar en los últimos doce meses. El uso de estas preguntas, sin embargo, no ha tenido los mismos resultados que las preguntas sobre mortalidad en la niñez. En algunos casos la información no ha dado estimaciones aceptables de los niveles de mortalidad adulta.

El censo de población, por otra parte, no resuelve el problema de la oportunidad de la información. Por un lado, la complejidad y el costo de los censos de población hacen que se realicen con una periodicidad aproximada a los diez años. Por otro lado, las medidas calculadas con información retrospectiva se refieren a un periodo de entre 2 y 5 años (o más) anterior a la fecha del censo, lo que equivale a decir que en el año 2000 se tendría información correspondiente, en promedio, a los últimos cinco años de la década de los noventa para la fecundidad y la mortalidad infantil e incluso antes para la mortalidad adulta.

A pesar de estos problemas, el censo de población constituye una fuente de información muy importante. La principal ventaja de incluir estas preguntas en los censos de población es la posibilidad de desagregar las estimaciones demográficas por unidades geográficas o por grupos sociales. Por ejemplo, el tener en una misma fuente la información sobre mortalidad en la niñez y características de la madre, del padre, del hogar y de la vivienda ha permitido hacer análisis detallados de la mortalidad en la niñez en países de América Latina.

La universalidad y simultaneidad de la información recogida en el censo de población permiten obtener información desagregada sobre las características económicas, sociales y de educación de la población. Además, la inclusión de preguntas específicas permite medir fenómenos que por su naturaleza son difíciles de identificar, como la migración interna y la internacional. El censo de población permite conocer la ubicación y características de los migrantes, lo que facilita el diseño de políticas para el efecto y da la posibilidad de obtener información sobre otros fenómenos todavía más difíciles de medir por su baja frecuencia, como la discapacidad o la mortalidad materna, aunque existen dudas acerca de su conveniencia.

Finalmente, el censo de población no es una fuente alternativa a las encuestas sino como complementaria. El marco muestral de las encuestas generalmente proviene del censo de población. Por otro lado, en años recientes, se ha desarrollado una serie de procedimientos para combinar la información del censo de población con la información recogida en las encuestas, y así obtener medidas con un grado de desagregación mayor que el que permite la muestra utilizada en la encuesta<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Para estimar la fecundidad se debe preguntar, además, además, sobre los nacimientos del último año.

<sup>7</sup> En relación a este tema puede consultarse CELADE-CEPAL, 2001c.



Cuadro 2  
**DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA  
 Y EL CARIBE**

País	Censos de población		Última encuesta de fecundidad o demográfica	Estadísticas vitales			
	Año último censo	Porcentaje de omisión		Último año disponible	Porcentaje de subregistro (1990-1995)		
					Nacimientos	Defunciones totales	Defunciones de menores de 1 año
Argentina	1991	0.9		1998	3.4	5.4	6.6
Bolivia	1992	6.7	1998	1995	76.3	a/	b/
Brasil	1991*	2.5	1996	1997	28.1	20.7	47.1
Chile	1992	1.1		1998	1.6	-0.3	5.0
Colombia	1993	11.2	2000	1997	7.3 c/	29.7	65.4
Costa Rica	1984*	5.4	1993	1998	3.5	1.1	3.6
Cuba	1981	0.8	1987	1999	1.1	-2.7	0.7
Ecuador	1990	6.8	1999	1997	-6.1	22.9	54.5
El Salvador	1992	4.4	1998	1994	2.6 d/	30.4 d/	50.9 d/
Guatemala	1994	13.8	1999	1995	0.6 d/	23.1 d/	
Haití	1982	12.0	1995		-	-	-
Honduras	1988	7.2	1996	1983	1.2 e/	49.2 e/	66.2 e/
Jamaica	1991*		1997				
México	1990*	1.8	1997	1997	-19.1	7.7	33.7
Nicaragua	1995	1.0	1998	1996	28.0	51.3	61.8
Panamá	1990*	2.6	1984	1998	4.4	21.9	31.4
Paraguay	1992	7.1	1998	1996	21.6	53.4	73.9
Perú	1993	3.0	1996	1998 f/	-10.7 d/	45.0 d/	57.5 d/
Rep. Dominicana	1993	5.1	1996	1998	36.6	43.2	67.1
Trinidad y Tabago	1990*		1987				
Uruguay	1996	2.3		1998	3.6	1.7	4.7
Venezuela	1990	7.8	1977	1998	1.7	6.7	7.5

\* Países que hicieron censo en el año 2000; Jamaica lo realizó en el 2001.

**Nota:** Brasil hizo un conteo de población en 1996 y México lo hizo en 1995.

a/ El último año disponible es 1982.

b/ No existe información.

c/ El último año disponible es 1987, subregistro período 1980-1985.

d/ Subregistro período 1985-1990.

e/ Subregistro período 1975-1980.

f/ Excluye población indígena de la selva; datos de nacimientos corregidos y defunciones a partir de 1990.

Cuadro 3  
**DISPONIBILIDAD EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN PARA ESTIMAR MORTALIDAD ADULTA, EN LA NIÑEZ  
 Y FECUNDIDAD**  
*(Actualizado en noviembre de 2000)*

País	Orfandad materna			Defunciones últimos 12 meses			Hijos nacidos vivos			Hijos sobrevivientes			Fecha del nacimiento del último hijo			Nacimientos del año anterior al censo			Sobrevivientes de los nacidos en el último año o último nacido vivo				
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000		
Argentina**							1980	1991	2001	1980	1991	2001			2001	1980	1991						
Bolivia**					1992		1976	1992	2001	1976	1992	2001											
Brasil*	1980	1991		1980			1980	1991	2000	1980	1991	2000	1980	1991	2000						2000		
Chile							1982	1992		1982	1992			1992		1982							
Colombia**	1985	1993					1985	1993	2000	1985	1993	2000	1985	1993	2000		1993				1985		
Costa Rica*							1984		2000	1984		2000	1981										
Cuba							1981			1981													
Ecuador**		1990	2001				1980	1990	2001	1980	1990	2001	1980	1990			2001			1980	1990	2001	
El Salvador		1992			1992			1992			1992			1992							1992		
Guatemala	1981	1994			1994		1981	1994		1981	1994		1981	1994						1981	1994		
Haití					1982		1982			1982			1982										
Honduras					1988		1988			1988			1988								1988		
Jamaica														1991									
México*							1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000							2000	
Nicaragua					1995			1995			1995			1995							1995		
Panamá*	1980	1990					1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980			1990	2000			1980	1990	2000	
Paraguay**	1982	1992					1982	1992	2002	1982	1992	2002	1982	1992	2002						1982		
Perú**	1981	1993	2001				1981	1993	2001	1981	1993	2001	1981	1993	2001						1981	1993	2001
Rep. Dominicana	1981	1993			1993		1981	1993		1981	1993		1981	1993							1981	1993	
Trinidad y Tabago								1990			1990			1990									
Uruguay							1985	1996		1985	1996					1985	1996						
Venezuela**							1981	1990		1981	1990					1981	1990						

\* Países que hicieron censo en el año 2000.

\*\* Para la ronda censal del 2000 se refiere al cuestionario de la prueba piloto o censo experimental.

**Fuente:** CELADE, sobre la base de información oficial.

### **3. Encuestas de fecundidad y salud**

Desde la aplicación del primer programa de encuestas de fecundidad (fines de la década de 1970), que demostró las posibilidades de obtener información sobre la fecundidad, salud reproductiva y dinámica demográfica a partir de una muestra de mujeres en edad reproductiva, en la mayoría de los países de América Latina se han llevado a cabo encuestas de este tipo en forma periódica. La mayoría de los países que no tienen registros adecuados realizaron a lo menos tres encuestas de fecundidad en las últimas dos décadas. La cantidad de información disponible en esas encuestas permite explorar una gran cantidad de temas relativos al proceso de formación de la familia, la salud reproductiva, la salud materna, la morbilidad y mortalidad de los niños. La inclusión de módulos especiales ha permitido investigar en profundidad algunos otros temas, como la cobertura de las inmunizaciones, el uso de la terapia de rehidratación oral, el conocimiento sobre la transmisión de VIH/SIDA, la nutrición de los niños y de las madres. Si bien es posible investigar en detalle una gran cantidad de temas, son pocas las posibilidades de desagregar la información; se trata de una muestra con representatividad nacional de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Algunas encuestas recientes aumentaron el tamaño de la muestra para permitir estimaciones de unidades geográficas menores.

En la mayoría de los países sin registros adecuados, son las encuestas de fecundidad y salud las que permiten comparar los cambios en el tiempo de las medidas relativas a la dinámica demográfica, la salud de la mujer y de los niños. Casi todos los países cuentan con una de estas encuestas en una fecha antes y después de la celebración de la CIPD. No siempre se puede establecer una correspondencia causal entre el cambio en los indicadores obtenidos de la información contenida en las encuestas con las políticas y los programas que se derivan de los acuerdos de El Cairo.

### **4. Encuestas de hogares**

La mayoría de los países cuenta con un programa de encuestas de hogares; a pesar de que la periodicidad de las encuestas varía de un país a otro, se realizan en forma sistemática y, por lo tanto, son una fuente de información que proporciona medidas repetidas. Como el tamaño de su muestra es limitado, las posibilidades de desagregación de las encuestas de hogares son menores. Además, en algunos países estas encuestas abarcan únicamente el área urbana o las principales ciudades del país.

Hasta ahora, estas encuestas han sido utilizadas en la mayoría de los países para medir características y participación económica de la población. Las encuestas tienen, sin embargo, una serie de ventajas que hasta ahora han sido poco aprovechadas. Una primera ventaja es su aspecto institucional; a diferencia del censo de población o de las encuestas de fecundidad y salud, en muchos países las encuestas de hogares forman parte de las actividades regulares de alguna institución, por lo general, las oficinas de estadística que cuentan con personal y presupuesto permanente. Otra de sus ventajas es que son medidas repetidas de la composición y muchas veces de las características de los miembros del hogar. Esto permite monitorear cambios en la composición de los hogares, que son importantes en la planificación de programas y proyectos sociales; otra ventaja es la información sobre ingresos del hogar, que permite identificar a la población según niveles de pobreza, utilizando el método de la línea de pobreza o el "método del ingreso".

Otra posibilidad, que se ha utilizado en algunos países, es la de incluir módulos para recoger información sobre algún tema específico. Por ejemplo, la inclusión de preguntas sobre las condiciones del adulto mayor, como sus actividades del diario vivir y su autopercepción de la salud, permiten tener información sobre las condiciones de vida de este grupo. El procesamiento de esta información en conjunto con el resto de la información contenida en la encuesta de hogares permite caracterizar de manera más precisa las condiciones de vida y las necesidades de este segmento de la población. Para

efectos de costos, se limitan los módulos a una o dos preguntas de poca complejidad, de manera que no aumenten demasiado ni el tiempo de la entrevista ni el de procesamiento.

## **5. Encuestas de niveles de vida**

Estas encuestas forman parte de un programa iniciado por el Banco Mundial en los años ochenta, y cuyo propósito fue recoger información a nivel de hogares que permitiera monitorear los cambios en el nivel de vida de la población y las consecuencias para los hogares de ciertas políticas públicas. En la región, estas encuestas se han realizado en Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú, Jamaica, Guyana, Bolivia, y Venezuela.

La encuesta recoge información detallada sobre las condiciones de vida de los hogares mediante preguntas sobre diversos aspectos (cuidado de la salud, nutrición, educación, consumo y otros temas de interés de los países); en algunos países la encuesta tiene fines más específicos y en Bolivia, por ejemplo, la primera encuesta se hizo en las capitales departamentales con el propósito de evaluar los proyectos del fondo de inversión social. Posteriormente, se expandió para llegar hasta lugares poblados con más de 2 000 habitantes.

El uso fundamental de la encuesta en muchos países ha sido la medición de los niveles de pobreza. Sin embargo, la información detallada que se recoge en la encuesta proporciona evidencia empírica que permite examinar la forma en que responden los hogares a las condiciones económicas y cuál es el papel del gobierno en la modificación de esas condiciones económicas; el instrumento estándar incluye un cuestionario del hogar con preguntas sobre salud, actividad económica, educación y otras, un cuestionario de precios y otro que recoge información sobre la infraestructura de servicios que existen en la comunidad.

## **6. Registros continuos o administrativos**

Además de las estadísticas vitales, existen otros registros continuos de carácter político-administrativo que permiten obtener algunos indicadores. Por ejemplo, en el ámbito de la salud y a partir de los registros hospitalarios se obtiene información sobre la prevalencia de ciertas enfermedades y las consultas de atención. En el caso de la educación, los registros contienen, entre otras variables, el número de matrículas escolares por nivel, lo que es un insumo necesario para calcular las tasas de escolarización.

Los comentarios anteriores sobre las limitaciones de oportunidad y calidad de los registros vitales se extienden también, en términos generales, a esta información y los países debieran mejorar los registros, pues son las fuentes tradicionalmente utilizadas para obtener determinadas estadísticas. Además, existe un importante potencial en varios registros administrativos que no fueron pensados con fines estadísticos, pero que con un adecuado tratamiento podrían ser útiles.

## **7. Acceso a resultados agregados y microdatos<sup>8</sup>**

La disponibilidad de fuentes de información va más allá de su uso para el cálculo de indicadores. De hecho, una meta del Programa de Acción es la integración de los factores demográficos en las políticas y programas de desarrollo. Para ello, se señala la necesidad de reforzar la capacidad de los países para recopilar información e investigar temas relacionados con la población y el desarrollo.

---

<sup>8</sup> Una versión preliminar de esta sección fue redactada por Dirk Jaspers, Jefe del Área de Información y Capacitación de CELADE-División de Población de la CEPAL.

En este sentido, un elemento importante para aumentar el conocimiento sobre temas de población y desarrollo es el acceso oportuno a los resultados de las estadísticas continuas, encuestas y censos. Es necesario distinguir entre los resultados agregados y los datos propiamente tales (denominados microdatos, es decir, la información a nivel de persona, hogar y/o vivienda).

Aun cuando en algunos países la diseminación de los resultados de sus estadísticas y estudios no se hace de manera muy oportuna (en forma de publicaciones), se observa una mejora sustancial en el tiempo de entrega de los resultados, a cuyo efecto contribuye su diseminación por medio de las páginas web de las oficinas nacionales de estadística.

No obstante este avance, el acceso a los microdatos de las fuentes de información sigue siendo limitado en la mayoría de los países y su consecuencia es la subutilización de fuentes en las que se ha invertido una cantidad considerable de recursos. Una utilización más amplia permitiría realizar estudios sobre temas específicos o dirigidos a conocer la situación de grupos sociales determinados o de diversas áreas geográficas del país y examinar y evaluar detalladamente la calidad de la fuente. En este sentido, el mayor uso genera como subproducto la identificación clara de las mejoras necesarias en la calidad de la información.

Adicionalmente, el acceso más fácil a los datos originales y su mayor uso conduce a una mayor demanda de nueva información y, en último término, permitiría crear conciencia en distintos sectores acerca de la importancia de invertir recursos en generar y diseminar información oportuna y de calidad.

Es probable que la resistencia a entregar los microdatos —o su acceso limitado— obedezca a orígenes distintos, como la confidencialidad de la información, temor al uso inadecuado de los datos, bases de datos cuya consistencia interna no se ha verificado, falta de documentación suficiente para permitir a terceros procesar los microdatos; incluso puede haber razones comerciales en aquellos casos en que se ha considerado la necesidad de recuperar costos de la inversión hecha en recolectar y procesar la información.

Existen situaciones en que, si bien la información se encuentra ampliamente disponible, como es el caso del programa de encuestas DHS o las encuestas de niveles de vida del Banco Mundial, su uso sigue siendo limitado. Esto puede deberse en parte a la complejidad de esas encuestas y a la falta de investigadores con la formación adecuada para utilizar los microdatos. Es probable que un acceso más fácil a los microdatos de las distintas fuentes (por ejemplo, mejorando la disponibilidad en las universidades o en las ONG) permitiría aumentar la capacidad nacional de utilizar estas fuentes.

La gran demanda de resultados de los censos de población y vivienda realizados o programados para la presente década, hace que el acceso a la información tenga una importancia fundamental. Esta demanda de información de los censos de población y vivienda tiene su origen, en su mayor parte, en la necesidad de las unidades administrativas menores (municipios, gobernaciones provinciales y otras) de tener información que les permita el planeamiento y priorización de las actividades de desarrollo local. Para aprovechar las ventajas del uso a nivel local de la información, es necesario resolver los problemas antes apuntados.

Un esfuerzo importante para fomentar el acceso y uso de microdatos es el desarrollo que hizo el CELADE del programa REDATAM, que permite procesar de manera fácil y rápida grandes bases de datos de censos, estadísticas vitales, encuestas y otras fuentes, particularmente para áreas geográficas definidas por el usuario. Dada su estructura, este paquete facilita el procesamiento jerárquico, combinando, por ejemplo, datos de vivienda con las características de las personas. Además la nueva generación de Redatam (R+G4) entrega nuevos módulos que facilitan la generación

de bases de datos en formato Redatam y la creación de aplicaciones específicas tipo R+Xplan, para la generación de indicadores predefinidos y para la creación de mapas temáticos. Asimismo, está a la disposición de los usuarios una aplicación de Redatam que permite procesar microdatos en línea, vía intra o internet. Finalmente, lo atractivo de Redatam para entregar microdatos a terceros, es que su formato interno para almacenarlos no permite un acceso directo a ellos. Es más, se puede entregar bases de datos en formato Redatam bajo diferentes opciones de acceso (por ejemplo, el nivel geográfico), resguardando así la confidencialidad de los datos.

## V. PROPUESTA PRELIMINAR DE UN CONJUNTO DE INDICADORES

Los indicadores que se propondrán fueron agrupados de acuerdo a las diversas áreas prioritarias resumidas en el recuadro 2 y consideran los objetivos y metas del PA regional y en la CIPD. Se trata de un listado preliminar, y de ninguna manera cubre todos los temas tratados en la Conferencia; más bien, se trata de algunos aspectos seleccionados y que aparecen como relevantes en los acuerdos de los países. Cada país puede enriquecer el sistema de acuerdo a sus necesidades y características y, entonces, es conveniente resumir brevemente hacia dónde apunta cada área prioritaria y los objetivos y criterios tomados en consideración para esta propuesta. En términos generales, el sistema contiene indicadores que permiten evaluar directamente el grado de avance hacia alguna meta definida tanto en el PA regional como en el internacional.

### - *Áreas prioritarias*

**1. Población y políticas públicas:** el objetivo general es lograr la integración de los componentes demográficos en el diseño y puesta en práctica de políticas y programas de desarrollo. En rigor, un sistema de indicadores que persiga monitorear este objetivo debe incluir mediciones, quizás cualitativas, que permitan evaluar en qué medida la información y el análisis sociodemográfico se van integrando a las estrategias de desarrollo. Más allá de las dificultades metodológicas y del sentido mismo de tales mediciones, se consideró primordial en esta etapa disponer de un juego de indicadores, que podríamos denominar de "contexto", a partir de los cuales se puedan caracterizar aspectos básicos de los asuntos de población.

El Plan Regional plantea, entre otros puntos, que debieran considerarse *los cambios a mediano y largo plazo de la estructura por edades de la población en la formulación de las políticas sociales, para garantizar la atención de los grupos etarios de mayor crecimiento y más vulnerables* (CEPAL, 1996); en el acápite titulado **Crecimiento y estructura de la población** se enumeran los indicadores que dan cuenta del volumen, crecimiento y composición de la población.

En el marco de la racionalización y descentralización del Estado, se enfatiza la necesidad de mejorar los sistemas de recolección, procesamiento y disseminación de datos, así como de investigar los aspectos más relevantes para las políticas de desarrollo, entre los que destacan el envejecimiento, los grupos de adultos jóvenes y adolescentes, la migración internacional e intrarregional, y la familia.

La localización territorial es un aspecto clave en la armonización de los asuntos de población con la sustentabilidad del desarrollo. Por ello, el sistema propone un segundo grupo de indicadores, denominado **Localización territorial** que, además de servir de base para dar contexto a la situación de cada país, muestran el grado de avance hacia una recomendación del Plan Regional: *favorecer la diversificación de los destinos migratorios, evitando la concentración de la población en los grandes núcleos urbanos, mediante el estímulo del desarrollo de ciudades intermedias, a partir del examen de sus potencialidades*. Otros indicadores, agrupados bajo **Envejecimiento demográfico**, permitirán tener una visión general de este proceso, que en mayor o menor medida ya se inició en todos los países de la región. En este punto parece pertinente contar con mediciones que den pautas sobre los efectos del envejecimiento de la población en los arreglos familiares y residenciales. Finalmente, y como la erradicación de la pobreza es un punto central en las políticas sociales, el sistema debería mostrar los avances hacia la eliminación de este flagelo a partir de los indicadores propuestos en el tema **Pobreza**.

**2. Equidad de género, igualdad de oportunidades y habilitación de las mujeres:** el objetivo general es el de mejorar la condición y posición de las mujeres en la sociedad, para que alcancen una genuina participación en la toma de decisiones, en todas las esferas de la vida y en igualdad de condiciones con el hombre. Entre los objetivos específicos se enfatizan las acciones tendientes a alcanzar la igualdad de oportunidades en el empleo con remuneración equitativa y a combatir toda forma de discriminación hacia la mujer en los campos jurídico, laboral, social y político. En este sentido, la mayoría de los indicadores propuestos en el punto **Igualdad de oportunidades de empleo** permite un diagnóstico de la situación y evolución de las inequidades existentes en este sector. Además, se incluyen algunos indicadores de contexto.

Otro objetivo específico es promover la equidad de género en materia de educación, particularmente la permanencia de las mujeres en los niveles medio y superior de la instrucción formal. La mayoría de los indicadores agrupados en **Equidad de género en educación** permite monitorear el grado de cumplimiento de metas incluidas en el PA de la CIPD.

**3. Salud y derechos reproductivos, planificación familiar y bienestar de la familia:** el objetivo general acordado en el Plan Regional dice: "... *promover y proteger la salud y los derechos reproductivos de individuos y parejas. Proteger y apoyar la familia en sus diversos tipos. Mejorar la salud de la población, en particular la salud reproductiva, y garantizar el ejercicio de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo.*"

Se recomienda dar prioridad a la salud de la población infantil, a partir del fortalecimiento de los servicios de prevención y atención primaria; los indicadores del grupo **Salud y mortalidad** reflejan esta prioridad y, además, varios de ellos permiten el seguimiento de metas.

En cuanto a la salud reproductiva y sexual, se incluyeron indicadores que sirven de base para evaluar el acceso a los servicios de maternidad sin riesgo; la oferta y la demanda de planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA. Algunos de esos indicadores también son la herramienta para el seguimiento de metas. Forman parte de este grupo (**Salud Sexual y Reproductiva**) varios indicadores tendientes a evaluar el marco legislativo para implementar programas y políticas y su misma existencia. Cabe aclarar que para este conjunto de indicadores es necesario establecer una operacionalización de acuerdo a las especificidades de cada país. Todos estos indicadores permitirán apreciar el grado de avance hacia el propósito establecido en el PA de la CIPD: *... la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.*

Un grupo especialmente afectado en esta materia es el de los adolescentes. El componente educacional como parte de un modelo de atención integral de la salud reproductiva y sexual es un factor clave para este grupo etario. Si bien algunos indicadores sobre esta temática se obtienen a partir de las desagregaciones propuestas en la agrupación previamente descrita, el listado se amplía con indicadores específicos sobre **salud sexual de los adolescentes**.

#### **- Contenido de la propuesta de indicadores**

El listado de indicadores incluido en este capítulo contiene los ítems que se describen a continuación: **Definición:** Expresa la definición conceptual del indicador, es decir, qué fenómeno o hecho social se está midiendo. En algunos casos, contiene también la definición operacional o forma de cálculo y la forma de expresarlo (en términos absolutos o relativos, por mil o por cien, etc.).

**Meta:** Este ítem aparecerá cada vez que en el PA de la CIPD o en el Regional se defina explícitamente una meta, es decir, que se haya cuantificado el objetivo y establecido un plazo para



alcanzarlo. La transcripción de la meta, que se espera mida el indicador propuesto, busca entender mejor la pertinencia de este último; las mediciones del indicador permitirán que cada país evalúe el grado de avance hacia dicha meta.

**Fuente:** Remite a las fuentes primarias de datos para calcular el indicador. Algunas veces se cita más de una, por ejemplo, cuando se trata de fuentes alternativas (por ejemplo, para el caso de la mortalidad infantil) o de fuentes que deben combinarse para calcular el indicador (por ejemplo, las tasas de escolaridad en el período intercensal).

**Desagregación:** Parte de las recomendaciones y objetivos del PA Regional y del internacional apunta a disminuir las desigualdades entre grupos socioeconómicos o sociodemográficos (por ejemplo, edad, sexo, etnia) y las disparidades dentro de los países. En este sentido, se especifican las variables de corte que definen los grupos o subpoblaciones para los que se calculará el indicador. Se recomienda que cada indicador sea desagregado según **área urbana o rural** y **área geográfica** de interés. Debido a que esta recomendación es válida para la lista completa de indicadores, se decidió no mencionar estas variables. Por tanto, cuando este ítem no aparece —y siempre que tenga sentido—, significa que la única desagregación propuesta es la territorial. En el caso de países con **población indígena** se sugiere contar con indicadores para dicho grupo de población, especialmente cuando se trata de los relacionados con la salud y la equidad de género. Esta última sugerencia se extiende a otras etnias y a otras minorías de interés, como los migrantes de determinados orígenes.

**Relevancia:** Aunque la lista comprende indicadores de interés para todos los países de la región, este punto intenta poner el énfasis de acuerdo a la etapa de la transición demográfica en la que se encuentra cada país. Cuando este ítem no figura se sobreentiende que el indicador es relevante para todos los países. Por otro lado, si se excluyen ciertos grupos de países se está pensando en el total nacional, lo cual no implica que, en el caso de determinadas zonas geográficas, la medición puede llegar a ser muy relevante.

**Comentarios:** En algunos casos se realizan aclaraciones respecto a la utilidad del indicador en función de objetivos de la CIPD y en otros se mencionan temas vinculados con la operacionalización y con las fuentes de datos.

## 1. Población y políticas públicas

### 1.a. Crecimiento y estructura de la población

Indicador:	<b>Número de habitantes</b>
Definición:	Número total de habitantes.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población vigentes; censos.
Desagregación:	Total y por sexo.
Comentarios:	Esta información debe tener el mayor detalle posible en los indicadores, ya que de allí se obtiene el denominador de otros indicadores. Además, es recomendable que todas las instituciones usen las mismas proyecciones y estimaciones de población.
Indicador:	<b>Tasa de crecimiento</b>
Definición:	Es el ritmo de crecimiento de la población (aumento - disminución) en promedio anual en un período determinado; se expresa cada 100 habitantes.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población vigentes; censos.
Desagregación:	Total y grandes grupos de edad (0-14; 15-64; 65 y más).
Comentarios:	Esta tasa debería obtenerse de las estimaciones y proyecciones de población.
Indicador:	<b>Estructura por edad</b>
Definición:	Distribución relativa de la población según grandes grupos de edad (0-14; 15-64 y 65 y más). Se expresa en porcentajes.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población vigentes; censos.
Desagregación:	Total y por sexo.

Comentarios:	Es deseable que la información provenga de proyecciones o estimaciones de población. Es importante que todas las instituciones del país usen las mismas proyecciones y estimaciones de población. Como se señala en el Plan Regional, la incorporación de los cambios a mediano y largo plazo en las estructuras por edades para el diseño de las políticas sociales facilitará la atención de los grupos etarios de mayor crecimiento y más vulnerables.
Indicador:	<b>Relación de dependencia</b>
Definición:	Expresa el número de personas inactivas que deben ser solventadas económicamente por las personas activas. La dependencia total se calcula con el cociente entre la población de 0 a 14 años más la población de 65 y más en relación a la población de entre 15 y 64 años.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población vigentes; censos.
Desagregación:	Total y por edad (dependencia de jóvenes –en el numerador sólo se toma a la población menor de 15 años– y dependencia de adultos mayores –en el numerador solamente se toma a la población de 65 y más años–).
Comentarios:	Se trata de una relación potencial, pues no todas las personas menores de 15 o mayores de 65 años están fuera del mercado laboral, ni todas las de 15-59 son activas (de hecho, la dependencia efectiva suele ser superior). No obstante, resume de manera aproximada la relación entre la magnitud de la fuerza de trabajo y la población pasiva, insumo que debe considerarse en la formulación de políticas de empleo y de previsión social.
Indicador:	<b>Tasa global de fecundidad</b>
Definición:	Número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante toda su vida reproductiva estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio.
Fuente:	Estadísticas vitales; censos; encuestas de demografía y salud.
Comentarios:	Este indicador está relacionado con el potencial de crecimiento de un país, el tamaño de las familias y aspectos de la salud reproductiva. Las fuentes mencionadas son las originales, pero se sugiere usar los resultados provenientes de las estimaciones y proyecciones nacionales, suponiendo que la información básica haya sido evaluada.
Indicador:	<b>Esperanza de vida al nacer</b>
Definición:	Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.
Fuente:	Estadísticas vitales y censos.
Desagregación:	Total y por sexo.
Comentarios:	Si bien se puede aproximar en forma indirecta (utilizando los censos), es deseable que su cálculo esté basado en un registro de defunciones adecuado. Generalmente se construyen tablas de mortalidad implícitas en las estimaciones y proyecciones de población.

### **1.b. Localización territorial**

Indicador:	<b>Grado de urbanización</b>
Definición:	Es el porcentaje de población que reside en áreas urbanas respecto a la población total. La definición de área urbana difiere entre países y en algunos casos también cambia de un censo a otro.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población; censos.
Comentarios:	Los cambios en la distribución de la población son un indicador de los efectos de los flujos migratorios y además proporcionan información sobre las necesidades de servicios básicos que requiere la población. En el informe de la CIPD se menciona la conveniencia de <i>adoptar estrategias que fomenten la consolidación urbana</i> .
Indicador:	<b>Distribución de la población urbana</b>
Definición:	Es una medida del grado de concentración de la población urbana y se calcula mediante la distribución relativa de la población urbana según tamaño de las localidades consideradas como urbanas.

Fuente:	Censos.
Comentarios:	Cada país debe definir la clasificación apropiada, teniendo en cuenta a las ciudades pequeñas, las intermedias y las grandes. En el CELADE se han utilizado las siguientes categorías: 2 000 y 19 999 habitantes; 20 000-49 999; 50 000-499 999; 500 000 - 999 999; y al menos 1 000 000 de habitantes.
Indicador:	<b>Primacía de la ciudad principal</b>
Definición:	Al igual que el indicador anterior, también es una medida de concentración, complementaria y más específica, pues expresa la porción de la población urbana que se concentra en la ciudad principal.
Fuente:	Censos.
Comentarios:	En este caso se calcula como el cociente entre la población de la ciudad principal (o de mayor tamaño) sobre el total de población urbana. Una alternativa es calcular la relación entre la población de la ciudad principal y las de las tres ciudades que le siguen en tamaño.
Indicador:	<b>Densidad de población en principales aglomeraciones urbanas</b>
Definición:	Número de habitantes por km <sup>2</sup> en las aglomeraciones urbanas de mayor tamaño.
Fuentes:	Censos y registros administrativos.
Comentarios:	Sin tener una vinculación causal directa, este indicador se relaciona con algunos problemas sociales, como el aumento del sector marginal, la frecuencia de patologías sociales, problemas de violencia y otros. Su cálculo en forma desagregada para cada unidad administrativa, proporciona una indicación de las necesidades de atención de la población en rubros como vivienda y saneamiento.

### 1.c. Envejecimiento demográfico

Indicador:	<b>Porcentaje de adultos mayores</b>
Definición:	Peso relativo de los adultos mayores en el total de la población. Se calcula haciendo el cociente entre las personas de 65 años y más y la población total; por cien.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población; censos.
Relevancia:	Países en plena transición (PT) y en transición avanzada (TA).
Comentarios:	Tomando como criterio para su definición la edad cronológica, el umbral de la vejez suele establecerse a los 60 o 65 años, que generalmente coincide con la edad legal de jubilación.
Indicador:	<b>Índice de envejecimiento</b>
Definición:	Mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calcula haciendo la razón entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, por cien.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población; censos.
Relevancia:	Países en PT y TA.
Comentarios:	Permite apreciar los cambios intergeneracionales derivados del envejecimiento y ponen de manifiesto los cambios en las demandas sociales, sobre todo en materia de salud y en el sentido de las transferencias intergeneracionales.
Indicador:	<b>Porcentaje de hogares con adultos mayores</b>
Definición:	Mide la cantidad de hogares en que residen adultos mayores (personas de 65 y más) respecto al total de hogares.
Fuente:	Encuestas de hogares y censos.
Relevancia:	Países en PT y TA.
Comentarios:	Una expresión visible del proceso de envejecimiento es la existencia creciente de hogares en que reside una persona de edad avanzada, hecho que influye en la composición de los hogares y los arreglos familiares de forma más compleja que en el pasado.
Indicador:	<b>Composición de hogares con adultos mayores</b>
Definición:	Es la distribución relativa de los hogares con adultos mayores según el tipo de hogar. La tipología adoptada distingue entre hogares <b>unipersonales</b> (sólo 1 persona de 65 años y más), <b>monogeneracionales multipersonales</b> (2 o más personas de edad) y

hogares **multigeneracionales** (al menos 1 persona de edad y al menos 1 persona menor de 65 años).

Fuente:	Encuestas de hogares y censos.
Relevancia:	Países en PT y TA.
Comentarios:	Busca proporcionar información sobre los arreglos familiares o residenciales de las personas de edad y de esta manera diferenciar, entre otros aspectos, las necesidades de atención del adulto mayor. En la medida en que esa información puede obtenerse en encuestas permanentes de hogares, es posible monitorear con mayor frecuencia las necesidades de la población mayor de 65 años.

### 1.d. Pobreza

Indicador:	<b>Porcentaje de población pobre</b>
Definición:	Mide la incidencia de la pobreza, en este caso definida a partir del método del ingreso. Se calcula como el porcentaje de personas que residen en hogares por debajo de la línea de pobreza establecida como estándar para el país.
Fuente:	Encuestas de hogares.
Desagregación:	Total; por sexo; grandes grupos de edad (0-14; 15-24; 25-64; 65 y más); y sexo del jefe de hogar.
Comentarios:	El tema de la erradicación de la pobreza aparece muy vinculado a los diversos temas tratados tanto en la CIPD como en el Plan Regional. La desagregación por sexo permite identificar las inequidades de género.
Indicador:	<b>Porcentaje de población indigente</b>
Definición:	Mide la incidencia de la indigencia, a partir del método del ingreso. Se calcula como el porcentaje de personas que residen en hogares cuyos ingresos no son suficientes para costear una canasta básica de alimentos.
Fuente:	Encuestas de hogares.
Desagregación:	Total y por sexo.
Comentarios:	Si se lo relaciona con el porcentaje de población pobre entrega una medida aproximada de la intensidad de la pobreza.

## 2. Equidad de género, plena igualdad de oportunidades y habilitación de las mujeres

### 2.a. Equidad de género en educación

Indicador:	<b>Tasa de analfabetismo</b>
Definición:	Porcentaje de la población mayor de 15 años que no sabe escribir ni leer un texto de poca dificultad.
Meta:	Reducir la tasa de analfabetismo de hombres y mujeres. Para el 2005, esta tasa debería ser la mitad de la de 1990.
Fuentes:	Censos; encuestas de hogares.
Desagregación:	Total, por sexo y grandes grupos de edad (15-29; 30-49; 50 y más).
Comentarios:	El nivel de alfabetización –además de proporcionar información sobre la existencia durante largo tiempo de un sistema educativo eficaz o la existencia de programas de educación de adultos– también se asocia al grado de acceso a otros servicios. La desagregación por edad permite controlar el efecto de los cambios en las estructuras por edades y los cambios en el sistema educativo.
Indicador:	<b>Tasa neta de matrícula en educación primaria</b>
Definición:	Cantidad de niños en edad escolar matriculados en la escuela primaria, como porcentaje de los niños de la misma edad en la población total.
Meta:	En el año 2010, la matrícula neta de la escuela primaria para niños de ambos sexos deberá ser del 90% y para antes de 2015 debe estar garantizado el acceso universal a la educación primaria para niños y niñas.
Fuentes:	Registros administrativos y censos.

Desagregación:	Sexo
Comentarios:	Para el período intercensal, el denominador se obtiene de las estimaciones y proyecciones de población. Además de los problemas propios en el registro de la matrícula escolar, la combinación de fuentes para calcular la tasa muestra a veces ciertas inconsistencias (por ejemplo, tasas por encima de 100).
Indicador:	<b>Brecha en educación</b>
Definición:	Razón entre la tasa de matrícula escolar femenina y la masculina para los distintos niveles.
Meta:	Eliminar para el año 2005 la disparidad de género en la enseñanza primaria y secundaria.
Fuente:	Registros administrativos y censos.
Desagregación:	Nivel primario, secundario y superior.
Comentarios:	Para el caso de la educación primaria y secundaria se propone utilizar las tasas netas y para la educación superior las tasas brutas, pues la edad escolar en este nivel varía en función de la duración de las carreras terciarias y universitarias. El Plan Regional recomienda acciones que estimulen la incorporación y permanencia de las mujeres en el nivel superior del sistema educativo.
Indicador:	<b>Nivel de instrucción de la población de 15 a 24 años</b>
Definición:	Distribución relativa de la población de 15 a 24 años de edad según el nivel de instrucción medido como años de estudio aprobados y calculado independientemente para cada sexo.
Fuente:	Encuestas de hogares; censos.
Desagregación:	Sexo.
Comentarios:	El sistema de indicadores de género de la CEPAL utiliza la siguiente clasificación para el nivel de instrucción: 0-5 años; 6-9; 10-12; 13 y más años de estudio.

## **2.b. Igualdad de oportunidades de empleo**

Indicador:	<b>Porcentaje de hogares con mujeres jefas de hogar</b>
Definición:	Porcentaje de hogares dirigidos por mujeres.
Fuente:	Encuestas de hogares; censos.
Desagregación:	Total y por estado conyugal.
Comentarios:	Los hogares cuyo jefe es mujer no unida son más propensos a mostrar condiciones de pobreza. Se identifica a un grupo de mujeres que requieren mejores condiciones para sobrellevar su situación y estar fuera de la pobreza.
Indicador:	<b>Tasa de participación económica</b>
Definición:	Mide el grado de participación de la población en el mercado de trabajo, calculada independientemente para cada sexo. Se calcula haciendo el cociente entre las mujeres (hombres) económicamente activas (definidas como las que trabajan o buscan trabajo) y la población femenina (masculina) total, por cien. Se mide para la población de 15 y más años.
Fuente:	Encuestas de hogares; censos.
Desagregación:	Grandes grupos de edades
Comentarios:	La desagregación por edades utilizada en la CEPAL es: 15-24;25-34;35-44;45-59; 60 y más).
Indicador:	<b>Tasa de desempleo</b>
Definición:	Expresa el nivel de desocupación entre la población económicamente activa, para cada sexo. Se calcula como porcentaje de la población femenina (masculina) que no está trabajando y busca trabajo respecto de la población femenina (masculina) económicamente activa (ocupados más desocupados).
Fuente:	Encuestas de hogares; censos.
Desagregación:	Grandes grupos de edades (15-24; 25-34; 35-44; 45-59; 60 y más años).
Comentarios:	Su cálculo para distintos grupos de edad permite identificar a los grupos de mujeres más afectadas por la desocupación y a los grupos etarios con mayor inequidad.

Indicador:	<b>Porcentaje de ocupadas según calificación</b>
Definición:	Mide el grado de participación femenina en cada categoría ocupacional, de acuerdo a la complejidad de tareas que realizan. Para cada nivel de ocupación se calcula el total de mujeres ocupadas sobre el total de ocupados.
Fuente:	Encuestas de hogares.
Desagregación:	Total y por sectores ocupacionales (de baja productividad; cargos profesionales y técnicos; cargos directivos).
Comentarios:	Este indicador proporciona información sobre el acceso de las mujeres al empleo y sobre posibles prácticas discriminatorias. Es utilizado por el Sistema de Indicadores de Género de la CEPAL.
Indicador:	<b>Brecha en el nivel de ingresos</b>
Definición:	Mide las diferencias de género en relación a los ingresos percibidos por el trabajo asalariado o independiente. Se calcula haciendo el cociente entre el ingreso promedio femenino sobre el masculino. Los ingresos promedios se obtienen, para cada sexo, mediante el total de remuneraciones por trabajo asalariado o independiente dividido por el total de trabajadores.
Fuente:	Encuestas de hogares.
Desagregación:	Nivel de instrucción: 0-3; 4-6; 7-9; 10-12; 13 y más.
Comentarios:	El indicador contiene cierto sesgo, en el sentido que debería controlarse por las horas trabajadas. Es utilizado por el Sistema de Indicadores de Género de la CEPAL.
Indicador:	<b>Porcentaje de mujeres parlamentarias.</b>
Definición:	Porcentaje de mujeres en cargos del poder legislativo.
Fuente:	Poder legislativo.
Comentarios:	Este indicador mide las posibilidades de participación política de la mujer. Puede considerarse la existencia o no de leyes que garanticen una representatividad mínima de las mujeres.

### 3. Salud y derechos reproductivos, planificación familiar y bienestar de la familia

#### 3.a. Salud y mortalidad

Indicador:	<b>Tasa de mortalidad infantil</b>
Definición:	Mide la mortalidad durante el primer año de vida. Se calcula haciendo el cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidos vivos del mismo período, por mil.
Meta:	Para el año 2000 disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de 1 año respecto a los valores de 1990 o hasta 50 defunciones por 1000 nacidos vivos, si ello representa una tasa de mortalidad menor. Para el año 2005 la tasa debería estar por debajo de 50 por mil nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 35 por mil nacidos vivos. Reducir por lo menos en un 50% las diferencias de mortalidad infantil observadas entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales.
Fuentes:	Estadísticas vitales; censos; encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total, por sexo y por nivel de instrucción de la madre (esto como una aproximación a diferentes grupos sociales).
Relevancia:	Nivel nacional y subpoblaciones: países en TI, TM y PT; subpoblaciones: todos los países.
Comentarios:	Este indicador, directamente relacionado con un objetivo del Programa de Acción, tiene la ventaja de que puede ser calculado para áreas geográficas menores y para distintos grupos socioeconómicos. La información para su estimación indirecta puede obtenerse en censos y encuestas, lo que permite estimar la tasa de mortalidad infantil para distintos grupos.

Indicador:	<b>Tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años)</b>
Definición:	Expresa la probabilidad de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida. Se calcula haciendo el cociente entre el número de muertes de población de 0 a 4 años y el total de nacidos vivos del período en estudio, por mil.
Meta:	Para el año 2000, disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años respecto a los valores de 1990 o hasta 70 defunciones por 1000 nacidos vivos, si ello representa una tasa de mortalidad menor. Para el año 2005 la tasa debería estar por debajo de 60 por mil nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 45 por mil nacidos vivos.
Fuente:	Estadísticas vitales; censos; encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total y por sexo.
Relevancia:	Nivel nacional y subpoblaciones: países en TI, TM y PT; subpoblaciones, todos los países.
Comentarios:	Al igual que la tasa de mortalidad infantil, puede calcularse para áreas menores y para distintos grupos. Si bien las causas son múltiples, se asocia al impacto de algunas intervenciones verticales, como la inmunización y la terapia de rehidratación oral. El cálculo según sexo puede indicar posibles prácticas discriminatorias contra las niñas, por ejemplo, una mayor propensión a tratar las enfermedades de los niños.
Indicador:	<b>Esperanza de vida al nacer</b>
Definición:	Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población.
Meta:	Para el año 2000 alargar la esperanza de vida a 70 años o, por lo menos, obtener un avance de ocho años con respecto al valor observado en 1990. Los países con baja mortalidad deberán seguir esforzándose por mejorar los servicios de salud y por reducir aún más la mortalidad.
Desagregación:	Total y por sexo.
Comentarios:	Aun cuando los cambios en la esperanza de vida son muy sensibles a los cambios en la mortalidad infantil; donde esta última es baja, el cálculo directo de la esperanza de vida puede indicar cambios en la mortalidad de adultos. Si bien se puede aproximar en forma indirecta, su cálculo necesita un adecuado registro de defunciones.
Indicador:	<b>Desnutrición en niños menores de 5 años</b>
Definición:	Mide la intensidad de la desnutrición crónica o desmedro en la niñez. Se calcula mediante el porcentaje de menores de 5 años con talla para la edad por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de referencia.
Meta:	Reducción de un 50% de los niveles de desnutrición moderada y grave para el año 2000 respecto a los valores observados en 1990.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud; encuestas especiales.
Desagregación:	Total y por sexo.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Está asociada a la mala alimentación, las malas condiciones económicas y la alta prevalencia de infecciones crónicas. A diferencia de la emaciación, el desmedro no puede restablecerse a corto plazo y, por tanto, tiene consecuencias a largo plazo para las personas y la población. Además, una alta prevalencia refleja problemas estructurales en cuanto al acceso a una alimentación adecuada.
Indicador:	<b>No uso de servicios de salud</b>
Definición:	Mide el porcentaje de población que, habiendo padecido un problema de salud en un período dado, no recurrió a un servicio de salud. Se calcula como el total de población que tuvo un problema de salud en los últimos 30 días y no acudió a un servicio de salud sobre el total de población que tuvo problemas de salud.
Meta:	Acceso universal a la atención primaria de la salud.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud; encuestas de condiciones de vida.
Desagregación:	Total, por sexo y por grupos de edad.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.

Comentarios:	Se trata de un indicador próximo al acceso de atención primaria de la salud. Puede ser más específico si se toma en cuenta únicamente a las personas que no acudieron a un servicio de salud por falta de dinero o por considerar que el centro de salud le queda lejos.
Indicador:	<b>Cobertura de salud</b>
Definición:	Expresa la cantidad de personas que están afiliadas a un sistema de seguridad social (pública o privada), respecto al total de personas en un período dado.
Fuente:	Encuestas de hogares, encuestas de demografía y salud; encuestas de condiciones de vida.
Desagregación:	Total, por sexo y por grupos de edad.
Comentarios:	Este indicador, al igual que el anterior, es una medida del acceso a la salud aunque identifica a un grupo poblacional diferente. Algunas encuestas de hogares formulan la pregunta únicamente a los trabajadores asalariados. Una forma alternativa de cálculo –que permite mayor comparabilidad regional– es tomar el porcentaje de aquellos hogares en que al menos uno de sus miembros tiene cobertura de salud.
Indicador:	<b>Cobertura de vacunación contra sarampión</b>
Definición:	Porcentaje de niños de 1 año (entre 12 y 23 meses) vacunados contra el sarampión.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud; registros continuos.
Comentarios:	Es una medida de la cobertura de la inmunización. Es importante evaluar la fuente de la medida y su forma de cálculo. Muchas veces este porcentaje está afectado por errores en la declaración de la edad de los niños vacunados. Se han observado diferencias significativas en la cobertura según la fuente. En general, los registros presentan una cobertura superior a la de las encuestas de demografía y salud.
Indicador:	<b>Cobertura de vacunación completa</b>
Definición:	Porcentaje de niños que durante el primer año de vida recibieron todas las vacunas recomendadas. Se calcula con el cociente entre los niños de 1 año (entre 12 y 23 meses) que han sido vacunados contra la tuberculosis (BCG), tosferina, tétanos y difteria (DPT), polio y sarampión, respecto al total de niños de la misma edad.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud; registros continuos.
Comentarios:	En años recientes, la vacuna contra el sarampión fue sustituida por la triple viral, que se aplica a los 12 meses. Por tal razón, algunos países comenzaron a excluirla del cálculo de este indicador. En cuanto a la cobertura para difteria y polio, se considera completa si han recibido las 3 dosis respectivas.
Indicador:	<b>Acceso a agua potable</b>
Definición:	Mide el número de personas con acceso a agua potable, con respecto a la población total.
Fuente:	Censos; encuestas de hogares; encuestas de demografía y salud.
Comentarios:	Es necesario definir el tipo de acceso, de acuerdo con los distintos tipos de abastecimiento existentes, tomando los que aseguren la provisión de agua potable al interior de la vivienda. Este indicador está asociado a las condiciones de salud de la población. La falta de agua segura se vincula a distintas causas de morbimortalidad en un país. Si se calcula para áreas administrativas menores, da información sobre el acceso de la población a servicios básicos.
Indicador:	<b>Acceso a servicio sanitario</b>
Definición:	Mide el número de personas con acceso a servicio sanitario adecuado, con respecto a la población total. En el caso de la población urbana, se considera adecuada una vivienda con conexión a algún sistema de evacuación por alcantarillado; en zonas rurales a las que están conectadas a cámara séptica.
Fuente:	Censos; encuestas de hogares; encuestas de demografía y salud.
Comentarios:	Este indicador, en conjunto con el acceso a agua potable, es una medida complementaria de mantención del saneamiento básico, hecho que disminuye el riesgo de morbi-mortalidad de la población (sobre todo infantil).



### 3.b. Salud sexual y reproductiva

Indicador:	<b>Número de nacimientos</b>
Definición:	Número total de nacimientos en un período dado.
Fuente:	Estimaciones y proyecciones de población.
Desagregación:	Total; y por grupos quinquenales de edad de la madre.
Comentarios:	Al desagregarse por grupos de edad, permite obtener el porcentaje de nacimientos que corresponde a madres adolescentes.
Indicador:	<b>Tasa global de fecundidad</b>
Definición:	Número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante toda su vida reproductiva estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del momento.
Fuente:	Estadísticas vitales; censos; encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total y por nivel de instrucción y estado conyugal de las mujeres en edad fértil.
Comentarios:	Es un indicador complementario al de la tasa de prevalencia de anticonceptivos y a la razón de mortalidad materna; además, proporciona información sobre eventuales problemas de salud reproductiva (nacimientos de orden alto, nacimientos en madres muy jóvenes). Cuando hay encuestas o un registro de nacimientos completo es posible su cálculo para grupos específicos de mujeres.
Indicador:	<b>Disponibilidad de centros con atención obstétrica</b>
Definición:	Número de centros que prestan servicios de atención obstétrica esencial por 500 000 habitantes. La atención esencial implica la existencia de personal capacitado y equipamiento necesario para la atención de emergencia obstétrica.
Fuente:	Registros administrativos.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	La definición de atención obstétrica esencial puede variar según las normas de cada país e incluir diferentes elementos.
Indicador:	<b>Disponibilidad de centros de salud con servicios de salud reproductiva</b>
Definición:	Porcentaje de establecimientos de atención primaria de la salud donde se puede obtener, ya sea en el mismo lugar o por referencia, al menos tres de estos servicios: orientación, educación y comunicación sobre planificación familiar; atención prenatal, parto seguro, atención postnatal; atención en materia de salud del recién nacido y la madre; tratamiento de la infertilidad, tratamiento del aborto y sus consecuencias; tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; información, educación y comunicación sobre sexualidad y salud reproductiva.
Meta:	Para el 2015, lograr que todos los servicios de atención primaria y planificación familiar estén en condiciones de proveer, directamente o por medio de los sistemas de referencia, la más amplia gama de métodos anticonceptivos y de planificación familiar, atención obstétrica esencial, prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera. Para el 2005, el 60% de los establecimientos debería estar en condiciones de ofrecer servicios, cifra que debería elevarse a 80% para el 2010.
Fuente:	Registros administrativos; encuestas especiales.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Es probable que los componentes de los servicios varíen según las normas de cada país. Lo importante es evaluar la disponibilidad de la planificación familiar y la salud reproductiva en un mismo servicio.
Indicador:	<b>Normas de calidad en salud reproductiva</b>
Definición:	Mide la existencia de normas de calidad y el grado de aplicación de la atención en materia de salud reproductiva; debe incluir información y servicios de planificación familiar, atención materna, prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, enfermedades de transmisión sexual y atención de las complicaciones del aborto.
Fuente:	Encuestas especiales (consultas directas).

Comentarios:	El ideal consiste en una norma nacional que garantice la calidad de los servicios y, por tanto, un aumento de su utilización; en realidad lo que se propone es que hayan dos indicadores: uno referido a la existencia de la norma y otro que dé cuenta del grado de aplicación de dicha norma.
Indicador:	<b>Disponibilidad de métodos anticonceptivos</b>
Definición:	Porcentaje de centros de salud que ofrecen la gama completa de los métodos anticonceptivos aprobados por el programa.
Meta:	Libre elección de métodos para regular la fecundidad (calidad de la oferta de servicios).
Fuente:	Encuestas especiales.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Este indicador debiera complementarse con el número de métodos anticonceptivos disponibles al nivel más bajo de atención posible, identificando los distintos tipos de métodos y no dar una idea errónea de disponibilidad.
Indicador:	<b>Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos</b>
Definición:	Porcentaje de mujeres de 15-49 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su pareja los está usando.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Tipo de método; nivel de instrucción, estado conyugal y grupo de edad de las mujeres en edad fértil.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Es una medida complementaria a la tasa global de fecundidad. Para mayor precisión debe distinguirse al menos entre métodos modernos y tradicionales.
Indicador:	<b>Demanda insatisfecha de planificación familiar</b>
Definición:	Expresa la cantidad de mujeres sexualmente activas que desean limitar o espaciar el número de hijos y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres casadas o en unión.
Meta:	Para el año 2005, los países donde exista una brecha entre el uso de anticonceptivos y la proporción de individuos que desean espaciar o limitar sus familias debieran tratar de cerrar esa brecha por lo menos en un 50% sin el establecimiento de metas o cuotas. Para el año 2000 reducir por lo menos un 50% las diferencias de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar que se observan entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; por grupos de edades; nivel de instrucción.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	En algunos casos puede medirse la demanda insatisfecha para el total de mujeres fértiles (unidas y no unidas) ; en otros las mujeres sexualmente activas se restringen a las casadas o en unión. También en algunos países se distingue entre necesidad para espaciar y necesidad para limitar.
Indicador:	<b>Tasa de fecundidad deseada</b>
Definición:	Expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser evitados; su cálculo es similar al de la tasa global de fecundidad, sólo que se toman los nacimientos deseados. Un nacimiento se considera deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo es menor que el número ideal de hijos declarado por la entrevistada.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Nivel de instrucción de la madre.
Comentarios:	El contraste de esta medida con la fecundidad observada (tasa global de fecundidad) permite apreciar el impacto de los nacimientos no planeados sobre la fecundidad.
Indicador:	<b>Razón de mortalidad materna</b>
Definición:	Número anual de muertes por causas maternas (ginecobstétricas) por cada 100 000 nacimientos.
Meta:	Reducir, por lo menos en 50%, la tasa de mortalidad materna del año 2000 respecto a la de 1990, y también las diferencias por zona de residencia, área geográfica y grupo social. Lograr una nueva reducción a la mitad para el año 2015.

Fuente:	Estadísticas vitales.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Este es un indicador de difícil cálculo, ya que necesita una buena codificación de las causas de muerte. Debido a la baja tasa de muertes maternas, las estimaciones indirectas tienen márgenes de error muy amplios.
Indicador:	<b>Atención al embarazo por personal calificado</b>
Definición:	Porcentaje de mujeres que fueron atendidas por personal entrenado por lo menos una vez durante el embarazo debido a razones relacionadas con el embarazo (se excluyen las parteras empíricas).
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; grupos de edad al nacimiento (menos de 20; 20-34; 35 y más); nivel de instrucción.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	Para aumentar la especificidad del indicador se excluyen las parteras empíricas y solo se toman en cuenta las consultas relacionadas con el embarazo. La medición se realiza respecto al último nacimiento de la mujer y en un período fijo previo a la encuesta (3 o 5 años). Esta medida está relacionada con la prevención de la mortalidad materna; este es un objetivo específico acordado en la CIPD. Es posible definir el indicador con un mayor número de los controles considerados como los mínimos necesarios para disminuir el riesgo.
Indicador:	<b>Atención al nacimiento por personal calificado</b>
Definición:	Nacimientos cuyo parto fue atendido por personal de salud con entrenamiento obstétrico (excluidas las parteras empíricas, entrenadas o no) con respecto al total de nacimientos en un período determinado.
Meta:	Para el año 2005, en los países cuya tasa de mortalidad materna sea muy alta, al menos 40% de los nacimientos debe ser atendido por personal calificado, el 50% en el año 2010 y el 60% 2015.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; grupos de edad (menos de 20; 20-34; 35 y más); nivel de instrucción.
Relevancia:	Países en TI, TM y PT.
Comentarios:	En este indicador se excluyen las parteras empíricas, pues en caso contrario el indicador pierde especificidad, ya que su nivel de entrenamiento no se conoce con exactitud. Las encuestas preguntan por los nacimientos de los últimos 5 años. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) utiliza este indicador como una medida del porcentaje de población con acceso a servicios de salud.
Indicador:	<b>Tasa de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas</b>
Definición:	Porcentaje de seropositivas por VIH entre las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal y a las que se les hizo la prueba respectiva.
Fuente:	Registros continuos.
Desagregación:	Total y por grupos de edad.
Comentarios:	Es conveniente restringir este indicador a las zonas urbanas o las grandes ciudades, para evitar procesos de selección en la prueba. Este indicador permite monitorear el avance hacia la prevención y reducción de infección con el VIH.
Indicador:	<b>Prevalencia de VIH en la población de edad fértil</b>
Definición:	Porcentaje de personas seropositivas por VIH entre la población de edad fértil en un período determinado.
Fuente:	Registros continuos.
Desagregación:	Total; por sexo y por grupos de edades.
Comentarios:	Este indicador debe calcularse de la forma más desagregada posible. En vez de una tasa sería deseable contar con 14 tasas de prevalencia (para cada grupo quinquenal entre la población de 15 y 49 años y por sexo) y así poder monitorear adecuadamente cualquier cambio en el patrón de infección.
Indicador:	<b>Existencia de plan nacional sobre ITR y ETS</b>
Definición:	Existencia de un plan estratégico nacional para prevenir y controlar las ITR y las ETS incluyendo VIH/SIDA. Se trata de la existencia de políticas y programas

específicos dirigidos a combatir las infecciones del tracto reproductivo (ITR) y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Fuente: Encuestas especiales.  
Comentarios: Debiera existir una instancia coordinadora a nivel nacional que impulse acciones específicas a nivel nacional tanto en los servicios como en la prevención; para ello pueden agregarse indicadores que permitan visualizar las acciones de cada país.

### 3.c. Salud sexual de los adolescentes

Indicador:	<b>Tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años.</b>
Definición:	Expresa el total de nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad en la población en un período dado.
Fuentes:	Estimaciones y proyecciones de población.
Comentarios:	La importancia de este indicador radica en que una alta proporción de los embarazos en este grupo de edad son no deseados y constituyen embarazos de alto riesgo.
Indicador:	<b>Porcentaje de adolescentes madres</b>
Definición:	Mide qué proporción de las adolescentes son madres. Se calcula haciendo el cociente entre las mujeres de 15 a 19 años que ya tienen al menos un hijo nacido vivo o que están embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, respecto al total de mujeres de ese grupo de edad, por cien.
Fuentes:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total y nivel de instrucción.
Comentarios:	Si bien este indicador está muy correlacionado con la tasa de fecundidad adolescente, su ventaja es que cuando se obtiene de encuestas es posible desagregarlo según características sociales y ubicación geográfica.
Indicador:	<b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>
Definición:	Mide el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos entre los adolescentes. Se calcula haciendo el cociente entre la población de 15 a 19 que conoce al menos un método anticonceptivo y la población de ese grupo de edad, por cien.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; por sexo; y por nivel de instrucción.
Comentarios:	En algunos casos se puede desagregar la información entre jóvenes sexualmente activos y jóvenes sin experiencia sexual. Este indicador, a su vez, puede calcularse para cada tipo de método.
Indicador:	<b>Conocimiento del período fértil</b>
Definición:	Se calcula con el cociente entre las mujeres de 15 a 19 años que identifican correctamente la etapa fértil dentro de su período menstrual en relación al total de mujeres de este grupo etario, por cien.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; por nivel de instrucción.
Comentarios:	El desconocimiento de la fisiología de la reproducción, de los métodos anticonceptivos y de las formas de prevención de las ITS es un factor de riesgo para una salud sexual sana y segura de los adolescentes.
Indicador:	<b>Conocimiento sobre prevención de las ITS</b>
Definición:	Mide la cantidad de adolescentes (15-19 años) que tienen conocimiento de que el condón puede prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA, respecto al total del grupo etario considerado.
Fuente:	Encuestas de demografía y salud.
Desagregación:	Total; por sexo y por nivel de instrucción.
Comentarios:	Si bien se trata de un indicador específico sobre el conocimiento de las ITS, se aprecia que tiene buena capacidad para discriminar entre diferentes grupos de jóvenes. Una alternativa es calcular un indicador de conocimiento medio, a partir de la ponderación de una serie de ítems sobre conocimientos relativos a la prevención y a las formas de contagio de ITS, especialmente del VIH/SIDA .

Indicador:	<b>Centros con servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes</b>
Definición:	Porcentaje del total de centros que prestan servicios de consejería y atención en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
Fuente:	Encuestas especiales.
Comentarios:	Es deseable complementar esta información con una medida que permita evaluar la calidad de los servicios prestados.

**Nota:** Algunos de los indicadores detallados en el punto 3.b. se desagregan por grupos de edades, lo que permite complementar esta sección con el dato para el grupo etario 15-19 años. Los indicadores son: número de nacimientos; tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos; demanda insatisfecha de planificación familiar; tasa de fecundidad deseada; atención al embarazo por personal calificado; atención al nacimiento por personal calificado; tasa de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bertrand, J. y otros (1996), *Evaluación de Programas de Planificación Familiar con Adaptaciones para Salud Reproductiva*, The Evaluation Project, Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- CELADE-CEPAL (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la CEPAL) (2001a), “América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2025”, *Boletín demográfico*, año 34, N° 67 (LC/G.2119-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.3.
- \_\_\_\_\_ (2001b), *Mecanismos de seguimiento del Programa de Acción sobre la Población y el Desarrollo en los países de Latinoamérica y el Caribe*, serie Población y desarrollo, N° 15 (LC/L.1567-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.110.
- \_\_\_\_\_ (2001c), “Estimaciones indirectas para áreas menores: situación en América Latina”, *Notas de población*, año 28, N° 71 (LC/G.2101-P), Santiago de Chile, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.27.
- \_\_\_\_\_ (1999), *ECLAC Sessional Ad Hoc Committee on Population and Development*, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2000), Sistema de indicadores para el seguimiento y la evaluación de las metas del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para los Países de América Latina y el Caribe (LC/L.1340), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1999), Indicadores de género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001, y la Plataforma de Acción de Beijing (LC/L.1186), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1998), The profile of poverty: gender indicators (LC/R.1814), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Follow-Up Report on the Latin American and Caribbean Regional Plan of Action on Population and Development*, Santiago de Chile.
- CEPAL / CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G.1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile.
- CEPAL / CELADE / BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Centro Latinoamericano de Demografía / Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas”, Serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan (1999), “Mortality in Latin America”, *Health and Mortality Issues of Global Concern*, Joseph Chamie y R.L. Cliquet (comps.), Centro de Estudios de la Población y la Familia (CBGS) / División de Población de las Naciones Unidas.
- Chackiel, Juan y Miguel Villa (1992), “Latin America and the Caribbean: the dynamics of population and growth” (DDR/1), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL (1999), *América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Santiago de Chile.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1999), *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México Informe*, México, D.F.
- Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (1993), *Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Deaton, Angus (1997), *The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy*, Washington D.C., Banco Mundial.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998a), "Issues in Measuring and Monitoring Maternal Mortality: Implications for Programmes", Technical and Policy Paper, N° 1, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1998b), *Indicators for Population and Reproductive Health Programmes*, Nueva York, División Técnica y de Políticas.
- \_\_\_\_\_ (1997), "Indicators for Assessing the Performance of Reproductive Health Programmes", A Discussion Paper, Nueva York, División Técnica y de Políticas, abril.
- MotherCare (1999), "Safe motherhood indicators lessons learned in measuring progress", *MotherCare Matters*, vol. 8, N° 1.
- Naciones Unidas (2000), *El marco de financiación multianual: 2000-2003: Informe de la Directora Ejecutiva* (DP/FPA/2000/6), Nueva York, Directorio Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), marzo.
- \_\_\_\_\_ (1999a), *Integrated and Coordinated Implementation and Follow-up of Major United Nations Conferences and Summits* (E/1999/11), Nueva York, abril.
- \_\_\_\_\_ (1999b), *Common Country Assessment Guidelines*, Nueva York
- \_\_\_\_\_ (1999c), *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly*, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Población y desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, Nueva York.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (1998), *Measuring Development Progress: A Working Set of Core Indicators*, París, Comité de Asistencia para el Desarrollo.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997), *Monitoring Reproductive Health: Selecting a Short List of National and Global Indicators* (WHO/RHT/HRP/97.26), Ginebra, División de Salud Reproductiva.
- OMS / UNICEF (Organización Mundial de la Salud / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1996), *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach by WHO and UNICEF*, Ginebra, abril.
- Oficina de Planificación del UNICEF (1997), *Monitoring Progress Toward the Goals of the World Summit for Children. A Practical Handbook for Multiple Indicator Surveys*, Nueva York, Oficina de Evaluación e Investigaciones, División de Programas, enero.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1999), *Indicators and the UNDP Strategic Results Framework: Suggestions and Advice*.
- Pradhan, Menno, Laura Rawlings y Geert Ridder (1998), "The Bolivian Social Investment Fund: An analysis of baseline data for impact evaluation", *The World Bank Economic Review*, vol. 12, N° 3, Washington, D.C., septiembre.
- Ross, John, John Stover y Amy Willard (1999), *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, The Futures Group International.
- RSMLAC / FNUAP (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe / Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998), *Los Consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. La mirada de RSMLAC en cinco países de América Latina: Brasil-Chile-Colombia-Nicaragua-Perú. Proceso Cairo+5, 1988-1989*, Santiago de Chile.
- Rubio, G. y otros (2000), *Monitoring and Evaluation Chapter (Preliminary Draft)*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Schkolnik, Susana y Juan Chackiel (1998), "América Latina: La transición demográfica en sectores rezagados", *Notas de población*, año 26, N° 67-68 (LC/G.2048; LC/DEM/G.186), Santiago de Chile, enero-diciembre.

- Stanton, Cynthia y otros (2000), "An assessment of DHS Maternal Mortality Indicators", *Studies in Family Planning*, vol. 31, N° 2.
- \_\_\_\_\_ (s/f), "Every Death Counts: Measurement of Maternal Mortality via Census", *Bulletin of the World Health Organization*, por aparecer.
- Valadez, Joseph y Michael Bamberger (comps.) (1994), *Monitoring and Evaluating Social Programs in Developing Countries. A Handbook for Policymakers, Managers, and Researchers*, EDI Development Studies, Washington D.C., Banco Mundial.
- Varela, Olmedo (2001), "Procesos y experiencias en la creación de un Sistema Nacional Integrado de Indicadores del Desarrollo Social en la República de Panamá", documento presentado en el Taller Subregional para Centroamérica y Panamá sobre Indicadores para el Seguimiento de las Metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Managua, Nicaragua, 26 y 27 de febrero), Gabinete Social de Panamá / Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- Vos, Robert (1995), "Indicadores sociales. Qué hay que medir? Algunas reflexiones con referencia particular a la educación", *Indicadores sociales y de gestión*, Bogotá, D.C., Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- Westoff, Charles F. y Akinrinola Bankole (2000), "Trends in the demand for family limitation in developing countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, N° 2.



## COMPARACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS CUMBRES

### ➤ Sistema de evaluación común para los países (Naciones Unidas)

Este sistema constituye un esfuerzo de las Naciones Unidas en procura de unificar las distintas listas de indicadores y así contar con un conjunto de indicadores que den cuenta del progreso logrado por los países en solucionar los problemas del desarrollo e identificar las posibles áreas de acción por parte del sistema de las Naciones Unidas.

La lista se construyó con la idea de que los indicadores reflejaran las condiciones de vida de la población en función de los derechos humanos y las normas y principios de las Naciones Unidas. De esta manera, los indicadores muestran la situación en el plano de la seguridad alimentaria, la salud, incluyendo la salud reproductiva, la educación, el acceso a la justicia, la seguridad de las personas, la igualdad de género y otros derechos y principios universalmente reconocidos. La selección se hizo de acuerdo a cuatro componentes: 1) los indicadores referidos a las convenciones y a los acuerdos de las cumbres, 2) los relativos a las convenciones y conferencias sobre la gestión de los asuntos públicos y los derechos civiles y políticos, 3) los que sintetizan las condiciones económicas y demográficas y 4) los referidos a temas específicos con el propósito de profundizar en circunstancias especiales (como el problema del tráfico de drogas).

La selección de indicadores partió de las distintas listas ya existentes y se consideró el criterio de que la disponibilidad de indicadores no debería constituir una carga adicional para los países. Además, y de acuerdo al mismo principio, debiera ser posible elaborar los indicadores a partir de fuentes de información existentes en el país, que permitan obtener medidas confiables y sistemáticas. Con el propósito de que los indicadores sirvan de base para la comparación a nivel internacional, deberían además de ser claros y fáciles de interpretar, proporcionar una medida del progreso alcanzado con respecto a las metas y a los objetivos comunes.

Otro criterio importante establecido en la selección de los indicadores es la posibilidad de desagregarlos para que, además de dar una idea de la situación del país con respecto a ciertas metas, identifiquen la situación de grupos específicos. De esta manera, cuando sea posible, cada indicador debiera poder desagregarse por sexo, zonas urbanas y rurales, distintos niveles geográficos y grupos específicos.

En cada país la selección de los indicadores debería involucrar no sólo a las Naciones Unidas sino que también al gobierno, la sociedad civil, el sector privado, la comunidad donante y las instituciones de Bretton Woods, con el propósito de generar un entendimiento común entre los sectores en torno a la situación del país y a los aspectos claves del desarrollo. Se espera que este proceso dé como resultado un análisis de los retos del desarrollo, y en especial de aquellos problemas que aquejan a los sectores más pobres de la población. Además, y a partir de una base de información común, debe proveer una evaluación de las necesidades prioritarias, de la capacidad nacional y el avance logrado con respecto a los acuerdos. Finalmente, y dado que la información necesaria para construir los indicadores no se encuentra disponible en todos los países, el proceso de preparar los indicadores debe dar como resultado una identificación de las necesidades de información.

➤ **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**

El Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) seleccionó un conjunto de metas de las conferencias de las Naciones Unidas que resumen aspectos claves del desarrollo económico, el bienestar social y la sustentabilidad ambiental. La preocupación principal de la OCDE es la sustentabilidad del desarrollo, por lo que se incluye un conjunto importante de indicadores relativos al medio ambiente y a las condiciones de la economía del país. También se encuentran en esta propuesta un conjunto importante de indicadores relativos a la formación de capital humano, particularmente en lo que se refiere a salud y educación. Los 29 indicadores se han ordenado de acuerdo a indicadores del bienestar económico, del desarrollo social, de la sustentabilidad y regeneración ambiental y de indicadores generales sobre la población y el crecimiento económico.

La selección se hizo procurando que fuese posible tener información de todos los países. La OCDE sugiere interpretar los indicadores como un solo conjunto interrelacionado que da cuentas de los aspectos claves del desarrollo. Cuando sea relevante, los indicadores deben desagregarse por sexo para medir la equidad de género; sin embargo, la lista no fue concebida para su desagregación por áreas o grupos dentro de cada país.

➤ **Conjunto mínimo de datos sociales nacionales**

La Comisión de Estadística de las Naciones Unidas definió un conjunto mínimo de información sobre las condiciones sociales de un país, que contiene 15 indicadores y se refiere fundamentalmente a las condiciones de salud, económicas y de acceso a vivienda adecuada de la población y trata de abarcar metas de varias cumbres en forma simultánea. De acuerdo a la resolución de la Comisión de Asuntos Económicos y Sociales, estos indicadores deben ser considerados como un mínimo y debieran agregarse otros en función de las necesidades y circunstancias nacionales.

➤ **Servicios sociales básicos para todos**

Con el propósito de divulgar los objetivos de las conferencias un grupo de trabajo del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas definió un conjunto de 11 indicadores relacionados con los servicios básicos a los que debería tener acceso la población. Estos indicadores, si bien su mayoría se refiere al acceso a servicios básicos, incluyen indicadores de mortalidad, como la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez, la esperanza de vida y la mortalidad materna. Los indicadores dan una idea de la universalidad de los servicios, la situación de la equidad en materia de salud y de acceso a la educación y a los servicios básicos.

➤ **Indicadores de programación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)**

En procura de definir las necesidades de asistencia en los países y el financiamiento requerido por los programas, el FNUAP definió una lista de indicadores que forman parte del marco lógico de acuerdo al cual se organizan las actividades de cooperación y que fue diseñada en función de las áreas en que se dividen las acciones: Salud Reproductiva; Población y Desarrollo; Información, Educación y Comunicación. El énfasis de los indicadores se encuentra en aquellos relacionados con salud reproductiva e igualdad de la mujer. Los indicadores obedecen a tres fines últimos: que todas las parejas e individuos disfruten de salud reproductiva –incluyendo la planificación familiar y la salud sexual a lo largo de su vida–, que haya un equilibrio entre la dinámica de la población y que funcionen el desarrollo socioeconómico y se logre la equidad de género.

➤ **Indicadores para programas de población y salud reproductiva (FNUAP)**

Además del conjunto reducido de indicadores seleccionados para efectos de programación, el FNUAP desarrolló una lista de indicadores para programas de población y salud reproductiva, que trata de abarcar la gran mayoría de los acuerdos tomados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Como los indicadores pueden adolecer de limitaciones, y dado que en el conjunto se incluyen tanto indicadores de impacto como indicadores de proceso, el informe del Fondo propone que se seleccionen grupos de indicadores para resumir la situación de un problema particular y para monitorear los resultados de las acciones.

A diferencia de otras listas que enfatizan la posibilidad de comparación internacional, esta propuesta del FNUAP incluye un número importante de indicadores intermedios o de proceso, es decir, los que proporcionan información sobre la puesta en práctica de los programas. La incorporación de este énfasis en los programas y administración de proyectos implica la necesidad de fuentes administrativas y, por tanto, los indicadores no pueden ser medidos en todos los países.

➤ **Evaluación de las Metas de la Cumbre Mundial de la Infancia (UNICEF)**

UNICEF ha diseñado una lista de 54 indicadores con el propósito de medir el progreso alcanzado diez años después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, que se agrupan en 27 metas. Los indicadores se refieren especialmente a condiciones de la salud y la educación de la niñez, y algunos de ellos se encuentran en función de monitorear más de una de las metas. Así, por ejemplo, la prevalencia de bajo peso para edad se considera un indicador de la reducción de la desnutrición severa y moderada, de la atención a la salud y nutrición de la niñez y de la expansión del desarrollo en la infancia. Dicha lista contiene un conjunto importante de indicadores que se refieren a los derechos del niño, el manejo de las enfermedades de la infancia, la malaria, y otros sobre el conocimiento y exposición a la infección por VIH. Además, incluye un número importante de indicadores de acceso a los diversos servicios.

➤ **Otras propuestas de indicadores**

Existen otras propuestas de indicadores importantes que ya fueron reseñadas en el documento preliminar sobre indicadores presentado en el período de sesiones de la CEPAL de 2000. Una de las propuestas es el conjunto de indicadores para el monitoreo de la salud reproductiva desarrollado por la OMS. Por otro lado, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) propuso una lista de indicadores para dar seguimiento a las metas del Programa de Acción. Una primera evaluación de las metas del Programa de Acción de la CIPD utilizando los indicadores, se llevo a cabo en cinco países: Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú. La importancia de la propuesta de la RSMLAC es importante por cuanto incluye una serie de indicadores cualitativos. Finalmente, un conjunto de indicadores de género para dar seguimiento a las metas de la Plataforma de Acción de Beijing fue elaborada por la CEPAL a solicitud de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe y su propósito era abarcar la mayor cantidad de temas a partir de las fuentes de información existentes.

## Indicadores de evaluación de los países y seguimiento de las cumbres propuestos por distintos organismos

Indicador	SECP (CCA) (1)	OCDE (2)	CMDSN (3)	SSBT (4)	CELADE (5)	FNUAP (MYFF) (6)	UNICEF (7)	FNUAP (8)
<b>Población y crecimiento demográfico</b>								
Mecanismos intersectoriales para revisar el desarrollo y los planes sectoriales.						X		
Porcentaje de población en área rural, urbana, y principales ciudades.					X			X
Tasa de crecimiento de áreas urbanas (%).								X
Densidad de población en las principales aglomeraciones urbanas.					X			X
Tasa de dependencia por edad (9).					X			X
Porcentaje de hogares compuestos solo por mayores de 65 años.					X			
Porcentaje de nacimientos de madres de 15 a 24 años de edad nacidas en el extranjero.					X			
Tasa de crecimiento de la población y del PNB per cápita.						X		X
Número de habitantes y estructura por edad (10).	X		X	X	X			X
Porcentaje de población por edades (i) menores de 15 años; (ii) 60 años y más.								X
Tasa global de fecundidad.	X	X			X			X
Tasa bruta de mortalidad.								X
Tasa de migración anual neta.								X
Edad promedio de la población.								X
Tasa bruta de natalidad.								X
Número promedio de hijos deseados.								X
<b>Salud y mortalidad</b>								
Porcentaje de población con acceso a servicios de atención primaria de salud.	X			X	X			X
Prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años, por sexo y edad (11).	X						X	X
Tasa de prevalencia del VIH en gestantes menores de 25 años que reciben atención prenatal en ciudades capitales o grandes zonas urbanas (12).	X	X			X	X		
Tasa de mortalidad infantil.	X	X	X	X	X	X	X	X
Mortalidad de menores de 5 años, por sexo.	X	X	X	X	X		X	X
Esperanza de vida al nacer, por sexo.	X	X	X	X	X	X		X
<b>Salud reproductiva</b>								
Tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años (13).						X	X	X
Porcentaje de CDS en el nivel primario de atención con amplios servicios de salud reproductiva (directos o por referencia)					X			X
Existencia de normas de calidad de la atención en salud reproductiva.					X	X		X



<b>Indicador</b>	<b>SECP (CCA) (1)</b>	<b>OCDE (2)</b>	<b>CMDSN (3)</b>	<b>SSBT (4)</b>	<b>CELADE (5)</b>	<b>FNUAP (MYFF) (6)</b>	<b>UNICEF (7)</b>	<b>FNUAP (8)</b>
Existencia de anticonceptivos en los últimos seis meses.								X
Porcentaje de mujeres que en el parto desarrollaron complicaciones obstétricas y recibieron atención obstétrica de emergencia.								X
Porcentaje de hospitales en condiciones de hacer cesáreas y transfusiones de sangre.								X
Porcentaje de partos por cesárea.								X
Porcentaje de embarazadas que tuvieron servicios prenatales y recibieron: (i) hierro/folato (100 tabletas); (ii) vacuna antitetánica (dos dosis).								X
Porcentaje de embarazadas que recibieron servicios prenatales y expresaron satisfacción con: (i) atención prenatal; (ii) servicios de parto; (iii) atención postnatal.								X
Porcentaje de personal de salud que recibió capacitación en servicio durante los últimos dos años.								X
Prevalencia de secreción de la uretra entre hombres de 15 a 49 años.								X
Porcentaje de CDS que ofrecen condón.								X
Porcentaje de CDS que cuentan con prueba de PAP en instalaciones secundarias/terciarias.								X
Porcentaje de clientes satisfechos con los servicios de ITR.								X
Porcentaje de trabajadores de la salud que han recibido capacitación en servicio en los últimos dos años.								X
Número anual de: (i) abortos legales; (ii) estimación de abortos ilegales.								X
Porcentaje de hospitalizaciones obstétricas y ginecológicas debido a complicaciones del aborto.								X
Porcentaje de mujeres que reciben atención por aborto (22).								X
Disponibilidad de capacitación en servicio sobre consejería en PF post aborto para el personal de salud.								X
Prevalencia esterilidad en mujeres de 20 a 44 años (23).								X
Prevalencia estimada de mujeres que han sufrido mutilación de los genitales.								X
<b>Seguridad alimentaria y nutrición</b>								
Porcentaje de menores de cinco años que sufren de malnutrición (24).	X	X		X	X		X	
Porcentaje de población con un nivel inferior al nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (ingesta calórica en el contexto del balance alimentario).	X							X
Porcentaje del ingreso gastado en alimentos por parte del quintil más pobre de los hogares.	X							
Consumo diario de calorías per cápita.								X
<b>Educación</b>								
Tasa de matrícula en la educación primaria y secundaria por sexo (25).	X	X		X	X	X	X	X
Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado.	X	X					X	
Tasa de alfabetismo de la población adulta por sexo (26).	X	X		X	X	X	X	X



Indicador	SECP (CCA) (1)	OCDE (2)	CMSDN (3)	SSBT (4)	CELADE (5)	FNUAP (MYFF) (6)	UNICEF (7)	FNUAP (8)
<b>Ingresos y pobreza</b>								
Porcentaje de hogares con mujeres jefes de hogar.					X			X
Índice de recuento de la pobreza (porcentaje de población con ingreso diario inferior a un dólar de los Estados Unidos).	X	X						X
Índice de recuento de la pobreza (porcentaje de población con ingreso inferior al nivel nacional de pobreza).	X							
Coficiente de la brecha de pobreza.	X	X						
Participación en el consumo nacional de la quinta parte más pobre de la población.	X	X						
Ingresos familiares per cápita (cuantía y distribución).			X					
Valor monetario de la canasta mínima de alimentos.			X					
<b>Vivienda y servicios básicos en el hogar</b>								
Número de personas por habitación o superficie habitable media por persona.	X		X	X				X
Porcentaje de población con acceso a agua segura y a saneamiento.	X	X	X	X	X		X	X
Porcentaje de población con acceso a saneamiento adecuado.	X		X				X	X
Porcentaje de población con energía eléctrica.								X
<b>Medio ambiente</b>								
Emisiones de anhídrido carbónico (per cápita).	X	X						
Biodiversidad: superficie de tierra protegida.	X	X						
PIB por unidad de utilización de energía.	X	X						
Tierra arable per cápita.	X							X
Cambio porcentual en kilómetros cuadrados de tierras boscosas en los últimos 10 años.	X	X						
Porcentaje de población que recurre a combustibles tradicionales en su consumo de energía.	X							X
Países con procesos eficaces de desarrollo sustentable (planes nacionales de medio ambiente).		X						
Tasa de deforestación.								X
<b>Lucha contra la droga y prevención de la delincuencia</b>								
Superficie dedicada al cultivo ilícito de coca, adormidera y cannabis.	X							
Decomisos de drogas ilícitas.	X							
Prevalencia del uso indebido de drogas.	X							
Número de delitos por 100 000 habitantes.	X							



Indicador	SECP (CCA) (1)	OCDE (2)	CMSDN (3)	SSBT (4)	CELADE (5)	FNUAP (MYFF) (6)	UNICEF (7)	FNUAP (8)
<b>Economía</b>								
PNB per cápita (en dólares de los Estados Unidos y PPA).	X	X	X					X
Deuda externa (dólares de los Estados Unidos) en porcentaje del PNB.	X	X						
Tasa de crecimiento decenal del PNB per cápita (en dólares de los Estados Unidos).	X					X		
Ahorro interno bruto en porcentaje del PIB.	X							
Exportaciones en porcentaje del PIB.	X							
Entradas de inversión directa extranjera (IDE) en porcentaje del PIB.	X	X						
Porcentaje del gasto público destinado a los servicios sociales.	X							X
Ayuda externa como porcentaje del PNB.		X						
Comercio como porcentaje del PNB.		X						
<b>Marco jurídico de los países</b>								
Estado de las ratificaciones y reservas de los instrumentos internacionales de derechos humanos y de las obligaciones de presentación de informes.	X							
Estado del seguimiento de las observaciones finales de los órganos de las Naciones Unidas creados por tratados.	X							
Periodicidad de elecciones libres e imparciales.	X							
Reconocimiento jurídico del derecho a la libertad de expresión, asociación y reunión.	X							
Reconocimiento jurídico de las garantías de una administración de justicia independiente e imparcial, así como de la celebración de juicios imparciales.	X							
Reconocimiento jurídico del derecho a recurrir ante la justicia contra los organismos y funcionarios del Estado.	X							
Reconocimiento jurídico de la prohibición de violaciones graves de los derechos humanos que afectan a la seguridad de la persona.	X							
Acceso a las bases de datos de censos y encuestas por parte de instituciones estatales y ONG (31).					X	X		

**Notas:**

- (1) Sistema de Evaluación Común para los Países (CCA: *Common country assesment*).
- (2) Organización de Desarrollo y Cooperación Económica (OCDE). Comité de asistencia para el Desarrollo.
- (3) Conjunto Mínimo de Datos Sociales Nacionales.
- (4) Servicios Sociales Básicos para Todos.
- (5) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Propuesta presentada al Comité de Población y Desarrollo del vigésimo octavo período de sesiones.
- (6) Fondo de Población de las Naciones Unidas (*Multi Year Founding Framework*).
- (7) Conjunto de indicadores para medir el progreso al final de la década.
- (8) Indicadores para población y programas de salud reproductiva.
- (9) (i) Tasa total de dependencia infantil (ii) Tasa de dependencia infantil; (iii) tasa de dependencia de adultos mayores. Existen diferencias en la edad a partir de la cual se define a la población de adultos mayores. En las Naciones Unidas se utilizan los 60 años.
- (10) En general, también se requerirá una clasificación por edades para determinar grupos preferentes, por ejemplo, las personas de edad; la definición debiera ser contextual. En la propuesta de un conjunto mínimo de indicadores sociales también se incluye la estructura por sexo y edad de los grupos étnicos cuando es apropiado y viable.

- (11) En este indicador la especificación de las edades varía. En la evaluación común para los países (CCA) solo se dice adultos, en la propuesta del FNUAP se especifica la prevalencia para adolescentes hombres y mujeres. La prevalencia de la población de 15-49 años es la utilizada por UNSIDA
- (12) UNSIDA usa el total de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal, desagregado por zonas urbanas y fuera de zonas urbanas.
- (13) Para efectos de programación, el FNUAP utiliza el número de nacimientos de mujeres de 15 a 49 años.
- (14) Infecciones del tracto reproductivo, diagnóstico sindrómico, tratamiento y seguimiento de contactos. Gonorrea, clamidia, VIH, candidiasis, vaginosis bacterial, e infecciones iatrogénicas producto de procedimientos médicos, como aborto o inserción de DIU.
- (15) Porcentaje de mujeres casadas en edad reproductiva que desean posponer o detener los nacimientos y no están usando ningún método anticonceptivo.
- (16) El FNUAP ha propuesto el porcentaje de embarazadas controladas por sífilis que acuden a clínicas prenatales y la prevalencia de ITR/ETS entre mujeres que acuden a clínicas ginecológicas.
- (17) En algunas de las listas se habla de "tasa" pero se da la definición de la "razón" de mortalidad materna.
- (18) Algunas definiciones son menos restrictivas y solo se refieren a "personal sanitario calificado", "personal de salud capacitado", o "personal entrenado".
- (19) La definición propuesta por el FNUAP especifica la prevalencia de cada método.
- (20) Legislación o políticas que prohíben la entrega de PF a personas: (i) solteras; (ii) menores de cierta edad; (iii) sin consentimiento del esposo o de los padres.
- (21) (i) ¿Existe una edad mínima legal?; (ii) ¿cuál es la edad mínima legal?; (iii) ¿se respeta la edad mínima legal?
- (22) (i) Que se han sometido a un aborto legal y son referidas a consejería y servicios de PF post aborto; (ii) tratadas por complicaciones derivadas del aborto; (iii) referidas a consejería y servicios de FP post aborto.
- (23) Porcentaje de mujeres de 20 a 44 años que: (i) nunca han estado embarazadas o (ii) han tenido al menos un embarazo en el pasado y quieren embarazarse, no usan anticonceptivos y no han quedado embarazadas en los últimos dos años.
- (24) La medida exacta de malnutrición varía entre bajo peso entre niños en edad preescolar, bajo peso para edad, o desnutrición crónica (desmedro).
- (25) Se refiere a la tasa de matrícula en la educación primaria y secundaria calculada en forma separada para cada sexo. En algunos casos el indicador se refiere únicamente a la matrícula primaria.
- (26) Por adulto se entienden los mayores de 15 años.
- (27) Incluyendo violencia sexual, falta de educación, oportunidades y mala nutrición de las niñas y otras prácticas relativas al matrimonio, al parto y al puerperio.
- (28) Algunas definiciones se refieren únicamente a la enseñanza secundaria.
- (29) Esta medida usada por el PNUD se refiere al grado de éxito en alcanzar la igualdad y equidad de género por medio del reforzamiento de la mujer.
- (30) En algunos casos se refiere únicamente a los menores de 15 años.
- (31) Base de datos nacional sobre población desagregada por sexo con planes de actualizarla a intervalos regulares.