



Análisis de Situación de Población América Latina y Caribe

Diversidad y Desigualdades



Fondo de Población de las Naciones Oficina Regional para América Latina y el Caribe LAC-RO

Septiembre 2007

UNFPA es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos sociodemográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

UNFPA - porque cada persona es importante

Índice

Presentación	
Introducción	9
Evolución de la relación entre población y desarrollo	11
I. Transformaciones demográficas	15
1. Tendencias y cambios	17
La población de ALC en el contexto internacional actual	17
La población de la región ALC	18
2. Proyecciones de crecimiento y componentes demográficos	19
Tasa Global de Fecundidad	20
Esperanza de vida al nacimiento	21
Estructura por edad y sexo de la población	22
Expectativas de crecimiento de los grupos de edad	23
3. Población indígena	24
II. Contexto económico y socio-cultural	25
1. Contexto macroeconómico	25
Producto Interno Bruto	25
Gasto público y distribución de la inversión en educación	27
Gasto público en salud	28
Políticas de infraestructura: el reto de la administración y costo del agua potable	30
El desperdicio de agua	31
2. Pobreza y desigualdad	32
Desigualdad de ingresos y desarrollo	32
Índice de Gini	32
Transición demográfica y pobreza	33
Indicadores de pobreza	34
Políticas para la reducción de la pobreza	37
3. Brechas en educación y bono demográfico	43
Analfabetismo	43
Promedio de años de estudio	44
Asistencia escolar de niños, adolescentes y jóvenes	46
Educación y desigualdades de género	50
Pobreza y desigualdades de género	51
Políticas educativas para la superación de la pobreza y aprovechamiento del bono demográfico	53

4.	Mercados laborales y bono demográfico: desafíos en políticas de juventud y género	53
	Empleo	53
	Desempleo	54
	Desempleo y educación	55
	Programas de aseguramiento del desempleo	55
	Tasas de participación laboral	56
	Trabajo, informalidad y pobreza	58
	Trabajo, informalidad y seguridad social	58
	Informalidad laboral y pobreza	64
	Informalidad y tamaño de las empresas	64
	Superar la informalidad a través del aumento de la productividad de los trabajadores	66
	La baja productividad e informalidad de los micronegocios	66
	El quiebre de los pequeños empresarios pobres y las implicaciones para las políticas públicas	67
	Género, informalidad y pobreza	68
	Derechos, legislación y políticas para conciliar el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres	69
	Asafariados informales: Juventud y baja escolaridad	71
	Informalidad y pobreza: Las desventajas de mujeres y jóvenes y sus implicaciones para las políticas	72
	El acceso a tecnologías de información y comunicación (TIC) como mecanismo de optimización de las capacidades de los jóvenes y reducción de la pobreza	75
5.	Cambios en las familias	77
	Mayor sobrevivencia y estado civil	77
	La jefatura femenina	78
	Matrimonio y maternidad de adolescentes y jóvenes: escasas oportunidades y la reproducción de la pobreza	79
	La mujer adolescente y joven con hijos pequeños	79
	Jefatura femenina y envejecimiento	79
6.	Envejecimiento poblacional	80
	Vida en pareja y viudez femenina al final del curso de vida	80
	Jefatura de los hogares en la vejez	85
	El adulto mayor con seguridad social es el principal contribuyente de sus hogares	85
	Pobreza y soledad en la vejez	86
	Sistemas de Pensiones	86
7.	Migración interna, urbanización y pobreza	88
	Nuevas formas de consumo del espacio	92
	Expansión urbana e informalidad de la tenencia de la tierra	92

	Sustentabilidad y vínculos local, urbano, rural y global	95
	Impactos de la urbanización, cambio climático, vulnerabilidad y desastres naturales	95
	Informalidad de la tenencia y propiedad de la tierra y vivienda: inequidades de género	95
	Migración, urbanización y género	96
	Reorientación de las políticas de reordenamiento territorial	97
8.	Ambiente	98
	Problemas ambientales en la actualidad	98
	La riqueza de recursos ambientales de ALC	99
	Diversidad climática	99
	Efectos por el cambio climático	100
9.	Población desterritorializada y desplazados por conflictos	101
	Consecuencias del desplazamiento: El caso de Colombia	102
10.	Migración internacional	102
	Remesas, pobreza y desarrollo	105
	Migración intrarregional	108
III. El contexto político-institucional: organización y participación de la sociedad civil		108
1.	La perspectiva de los líderes	108
2.	Liderazgo político y género	109
3.	Las organizaciones civiles	109
4.	La perspectiva política de la población	115
5.	Registro civil y derechos de ciudadanía	115
IV. Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el contexto de los procesos económicos y sociales		119
1.	Evolución de la población femenina	119
2.	Salud Sexual y reproductiva	119
	Iniciación sexual	120
	Deseo de limitar la descendencia	120
	Fecundidad no deseada	122
	Uso de métodos y servicios de salud reproductiva	123
	Brechas en el uso de métodos anticonceptivos	123
	Método moderno preferido según los estratos socioeconómicos	125
	Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes	126
	Atención adecuada a los partos para reducir la muerte materna	126
	Atención postnatal	129
	Intervalo entre nacimientos	129

	Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la mujer	129
	Fecundidad adolescente	133
	Embarazo adolescente y desigualdades	134
	Políticas para la prevención del embarazo adolescente	134
	Violencia de género	135
3.	Mortalidad infantil y materna	142
4.	Políticas de salud y Salud Sexual Reproductiva en ALC	147
5.	VIH-SIDA	151
	Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe	151
	Los retos frente a la epidemia persistente y la nueva epidemia	158
	VIH-SIDA en jóvenes y huérfanos por VIH	159
	Jóvenes, pobreza y VIH-SIDA: Tendencias internacionales	160
	Lecciones aprendidas: El caso de Brasil	161
	BIBLIOGRAFIA	165

Presentación

La División del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe tiene el agrado de presentar el documento sobre “Análisis de Situación de Población para América Latina y el Caribe (ASP ALC)”, el cual recibió valiosos insumos de las oficinas de país de UNFPA y del grupo de especialistas que elaboraron la “Guía de Análisis de Situación de Población”.

El documento es una herramienta que contribuye a la identificación de temas relevantes y prioridades en la región considerando los procesos económicos y sociales de cada país, tomando en cuenta la etapa de la transición demográfica por la que atraviesan las poblaciones.

El análisis desarrollado pretende contribuir para el fortalecimiento de la agenda del Caribe y de las capacidades nacionales en la región, como una herramienta de diagnóstico y diálogo político que facilita la inclusión de la salud reproductiva, la equidad de género y de los temas de población y desarrollo en el diseño, implementación y evaluación de las políticas sociales acordes con las necesidades de diferentes generaciones de mujeres y hombres, con énfasis en los grupos sociales menos favorecidos. A la vez es una herramienta útil para el proceso de programación del UNFPA y los procesos de programación conjunta del Sistema de las Naciones Unidas.

A lo largo del documento se analizan las tendencias y cambios ocurridos en la población de la región tomando en cuenta la estructura por edad y sexo, el crecimiento específico por grupos de edad, el bono demográfico, la sobrevivencia conjunta de generaciones y el envejecimiento; procesos que son atravesados por la pobreza y las desigualdades de género, entre generaciones, étnicas, espaciales y socioeconómicas que caracterizan nuestra región.

Durante el análisis realizado se discuten los retos que representan la reducción de las desigualdades en el acceso a educación, empleo, salud, incluida la salud reproductiva, la prevención en VIH y en particular entre grupos específicos de población, representados por las mujeres, adolescentes y jóvenes, las poblaciones indígenas y afro-descendientes.

El documento aborda entre otros temas, la migración interna y los desplazamientos forzados de personas por desastres y conflictos, y su impacto en los procesos de urbanización; la migración internacional, desde un enfoque que incluye los derechos humanos y la equidad de género; los derechos y la salud reproductiva, considerando en particular la salud de adolescentes y jóvenes, la salud materna y la prevención del VIH. Asimismo se presentan ejemplos exitosos de políticas públicas desarrolladas en la región que enriquecen el documento y la gestión del conocimiento.



Marcela del Mar Suazo
Directora
División de América Latina y el Caribe
UNFPA

Introducción

El Análisis de la Situación de la Población en la región América Latina y el Caribe (ASP ALC) es un producto de la Oficina Regional de América Latina y el Caribe en el marco del Proyecto Regional para Análisis de Situación de Población, para la aplicación de la Guía para el Análisis de Situación de Población (Guía ASP) en los países. A diferencia de los ASP nacionales, que deben involucrar diferentes actores en su elaboración, el ASP ALC tiene como objetivo presentar una aproximación analítica y comparativa sobre las principales tendencias de población y desarrollo en la región.

Aquí se reúne información actualizada y comparable de diversos países de ALC en materia de población, pobreza, desigualdad, educación, trabajo, familia, jóvenes, indígenas, urbanización, migración, entre otros, así como se sistematizan algunas lecciones aprendidas en la aplicación de los ASP y en las políticas públicas nacionales. Se espera que el panorama de la situación de población y desarrollo regional contribuya como un apoyo a las oficinas de países en la elaboración de los ASP nacionales, fortaleciendo su capacidad técnica de intervención en la materia, en su trabajo de advocacy junto a los gobiernos, planeadores, tomadores de decisión, responsables por las oficinas de estadística, académicos y organizaciones civiles de la región.

Se pone en evidencia que en ALC persisten percepciones y mitos contruidos entre diferentes agentes, respecto a los componentes poblacionales y la salud reproductiva y su relación con la reproducción de la pobreza y el desarrollo. Por ejemplo, la gran mayoría de las políticas para la reducción de la pobreza no toma en cuenta que la fecundidad es mucho más alta y las elecciones reproductivas son menos libres entre las mujeres pobres, con menor nivel educativo e indígenas, y por tanto no siempre se desarrollan acciones sinérgicas con los sectores de salud y educación para acciones enfocadas a estos grupos. Un segundo ejemplo: se siguen formando maestros de primaria, sin considerar que la mayor parte de los países de la región disminuyó el crecimiento y el número de niños de 6 a 10 años de edad, y que se está generando un excedente de profesores y de escuelas de este nivel, mientras hay una enorme demanda insatisfecha de escuelas y profesores en los niveles de secundaria y preparatoria para jóvenes, un grupo que seguirá creciendo en la próxima década, además de necesitar incrementar su nivel educativo para acceder a trabajos de mayor calidad y mayor ingreso. Un tercer ejemplo: son muy frecuentes las políticas públicas que buscan controlar la migración rural-urbana, a pesar de que éstas no han logrado los resultados esperados y

muchas veces pueden ser contradictorias con las políticas de desarrollo y con la libertad de las personas para buscar mejores condiciones de bienestar (Martine, 2000).

Estos son algunos ejemplos de cómo, a partir de información comparada entre países, se pueden utilizar argumentos claros y útiles para las oficinas de país, que colaboren en sus acciones para el cambio de estas percepciones de forma innovadora y proactiva, en el convencimiento de los diferentes agentes gubernamentales y no gubernamentales sobre la urgencia de tomar en cuenta los temas de población y de diseñar políticas integrales, para que los esfuerzos realizados para reducir la pobreza y alcanzar un mayor desarrollo logren resultados a largo plazo.

Por otro lado, el documento revela que dichas percepciones también se reproducen en las oficinas que generan los censos y encuestas y en el medio académico de los países, pues persisten límites en las fuentes de información nacionales, así como desconocimiento y mitos que reproducen la separación de indicadores y de políticas de población y desarrollo. El documento regional permite identificar muchos de estos vacíos de información y de acciones en algunos países. Las oficinas de país pueden fortalecerse con argumentos desde una perspectiva regional, para promover entre agentes gubernamentales y no gubernamentales la necesidad de generar indicadores combinados y útiles que apoyen el diseño de políticas integrales, capaces de romper con la reproducción de la pobreza en todas sus facetas económicas, sociales y culturales, y al mismo tiempo promover el desarrollo sostenible para todos los grupos sociales.

El documento se escribió entre fines de octubre y el 18 de diciembre del 2006. En el día 5 de noviembre se entregó un avance de resultados en power point que fue presentado en la reunión del UNFPA en Panamá en noviembre de 2006 por el responsable del proyecto. A partir del día 30 de noviembre la consultora encargada fue incorporada al equipo del EAT LAC y siguió trabajando en el presente documento. La primera versión fue entregada en el día 18 de diciembre del 2006. El día 22 de diciembre se realizó una videoconferencia con participación de la Sra. Marisela Padrón, el Sr. Esteban Caballero, la Sra. Martha Moyano, Ana Guezmes y Juan Manuel Contreras. Los comentarios derivados de la videoconferencia fueron incorporados a una segunda versión entregada en el día

17 de enero del 2007 para los comentarios de los asesores de EAT ALC, que retroalimentaron el documento hasta el día 07 de marzo del 2007. Cecilia Maurente y Raquel Child revisaron y reescribieron el apartado sobre VIH-SIDA. Juan Manuel Contreras elaboró el apartado sobre violencia de género. El documento también fue enviado a todos los integrantes del Grupo Responsable de ASP en la región, que tuvieron hasta el día 9 de abril para enviar sus comentarios, particularmente los comentarios de Jorge Rodríguez sobre la información basada en proyecciones de embarazo adolescente fueron relevantes para tomar decisiones y reorganizar este apartado con resultados observados en la materia. El presente documento integra gran parte de los comentarios recibidos.

Durante el mes de marzo contribuyeron con la verificación y captura de información relativa a salud sexual y reproductiva, medio ambiente, poblaciones desplazadas y situación de la mujer las asistentes de investigación Mirthala Adriana Figueroa León y Lourdes Rocío Herrera.

Los indicadores sistematizados en el ASP ALC son relativamente comparables, originarios de documentos y bases de datos de organismos internacionales, como el sistema de las Naciones Unidas, el BID y el Banco Mundial. Los análisis de algunas políticas de reducción de la pobreza, de salud y salud sexual y reproductiva en la región buscan vincular los indicadores y mensajes comunes en materia de población y estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza con los temas de género y salud sexual y reproductiva. También hay referencias a algunas publicaciones académicas y resultados inéditos de investigación. Los comentarios y sugerencias generales para las políticas se introducen junto con el análisis de los indicadores.

Cabe destacar que existen limitaciones en la información secundaria disponible en la región. Las principales lagunas se identificaron en tres campos:

1. La información de las DHS no es estrictamente comparable, debido a la gran diferencia temporal de sus años de aplicación (desde 1996 hasta 2005), pero es útil para indicar los comportamientos normativos en cada país y capturar diferencias a grosso modo.

2. A excepción de Guatemala, todas las demás encuestas sobre salud sexual y reproductiva no incluyen la variable etnia, un tipo de desagregación fundamental para UNFPA. Sería necesario que los países incluyeran la variable etnia en todas las fuentes de información generadas en el futuro. También es fundamental desde ahora comparar las

preguntas referentes a etnia en los cuestionarios, analizar los resultados obtenidos en los países y fomentar una discusión metodológica en ALC sobre las formas alternativas para captar esta información, pues debido a la discriminación histórica que han sufrido los indígenas, por lo general ellos tienden a no declararse como tal¹. Por ejemplo, en el caso de México, Corona y Tuirán (2001) han demostrado que en el censo del año 2000 la pregunta relativa al idioma hablado por las personas y sus padres captura un mayor número de casos que la pregunta relativa a autoadscripción. Por otro lado, los DHS no incorporan la variable sobre afrodesendencia, lo que sería muy recomendable.

3. El tiempo de elaboración no permitió validar la información disponible en fuentes secundarias, que pueden no coincidir con la información oficial de las oficinas de estadística del país. Sin embargo, debido a la necesidad de hacer disponible el documento para el aprovechamiento de las oficinas de los países, no se analizan posibles inconsistencias entre los datos publicados y sus fuentes o bases de datos originales. Posteriormente se podrían llevar a cabo otros proyectos con el objetivo de perfeccionar el sistema de información disponible, su consistencia y potencial de utilización para las acciones del UNFPA.

La utilidad del ASP regional para el trabajo del UNFPA en la región se ha podido comprobar durante este corto periodo de su elaboración. Entre diciembre de 2006 y enero de 2007 se ha concluido la primera versión completa de los CCA de Venezuela y México. El análisis de los CCA nacionales a la luz del análisis de situación de población regional permite establecer comparaciones sugerentes y complementar los CCA en la definición de diagnósticos, prioridades y políticas nacionales en la materia.

¹ Las preguntas usuales en la región han sido referentes a si hablan algún idioma indígena (o distinto del español) y la auto-adscripción (si pertenecen a alguna etnia indígena). En México, tomando en cuenta que ambos conceptos han disminuido para las generaciones jóvenes, se busca capturar el contexto familiar, y se pregunta que idioma hablan los padres, y además, en una familia en que al menos un miembro habla un idioma o pertenece a una etnia indígena, todos los demás miembros también son considerados indígenas.

Evolución de la relación entre población y desarrollo

Las poblaciones se reproducen dentro de contextos socioeconómicos y culturales, y éstos se modifican y son modificados por la estructura, flujos y cambios demográficos.

Históricamente las poblaciones contemporáneas han pasado por cuatro etapas de cambios regulares, descritas en el modelo de transición demográfica (Notestein, 1945; Chesnays, 1986; Coale y Watkins, 1986; Livi-Bacci, 1990):

1. En el régimen antiguo, de equilibrio demográfico "natural": las poblaciones presentaban altas tasas de mortalidad y fecundidad;
2. En la etapa de descenso de la mortalidad y de altas tasas de fecundidad, se acelera el crecimiento demográfico, fenómeno que en América Latina es denominado "explosión demográfica";
3. En la etapa de descenso de la fecundidad se contrae el crecimiento demográfico;
4. En el régimen moderno, la mortalidad y fecundidad son bajas y controladas

En el régimen antiguo las poblaciones Europeas premodernas tenían una esperanza de vida de alrededor de 20 años y cada mujer tenía entre 4 y 8 hijos. Desde el final del siglo XVIII, el desarrollo de infraestructura de saneamiento y las medidas de salud pública permitieron que las poblaciones de Europa aumentaran su esperanza de vida progresivamente, y ésta pasó de 20 a 60 años en un siglo. Las personas lograron ordenar y predecir diferentes eventos en sus vidas: prácticamente ya no habían niños huérfanos, pues los hijos sobrevivían junto con sus padres hasta la vida adulta, y los padres ya no necesitaban tener tantos hijos para contrarrestar la muerte de algunos de ellos. La mayor sobrevivencia y la capacidad de predicción, en una época de gran difusión del conocimiento y de las prácticas anticonceptivas tradicionales, permitieron que el control de la fecundidad cruzara territorios, culturas y lenguajes. Así el descenso de la fecundidad en toda Europa Occidental empezó desde 1820 en Francia, fue progresivo y lento, y continuó extendiéndose progresivamente hasta 1930 en España. (Coale y Watkins, 1986; Livi-Bacci, 1990).

Posteriormente en Europa se observan dos profundos descensos de la fecundidad, en 1960 y 1980, cuando el acceso masivo a los métodos anticonceptivos modernos y efectivos permitió a las mujeres disminuir la fecundidad a

tres hijos y luego a menos de dos hijos por mujer. Al mismo tiempo se observan nuevos incrementos en la esperanza de vida, que alcanzó los 70 y 80 años de edad en las décadas de 60 y 80 (Bongaarts y Bulatao, 1999).

Este largo proceso de transición en Europa Occidental se basó en la adopción de cambios de comportamientos de la población, como la postergación de la nupcialidad y la formación de nuevas familias, las migraciones internacionales y nacionales, además de cambios socioeconómicos, como la industrialización, el desarrollo de los medios de transporte y de comunicación, las nuevas técnicas sanitarias, de higiene, salud, anticoncepción, la educación, entre otros.

Al tener acceso a estos avances en diferentes momentos históricos, las poblaciones de todos los continentes y países han disminuido la mortalidad y la fecundidad, pero a distintos niveles, tiempos y calidades, generándose diferencias entre países y grupos sociales (Chesnays, 1986 y 1990).

Diferencias de niveles, temporales y de calidad de la transición demográfica en ALC

En América Latina y el Caribe (ALC) todos los países han alcanzado la etapa "2", casi todos alcanzaron la etapa "3" de la transición demográfica, y los más desarrollados se encuentran en la etapa "4", con la fecundidad controlada y cercana al nivel de reemplazo intergeneracional (dos hijos por mujer). Sin embargo, en la región esta transición ocurrió en 50 años, y no en más de un siglo, como ocurrió en Europa. La mayor parte de los países de ALC empezó la segunda fase de transición apenas a partir de 1940-50, cuando presentaban las mismas tasas de mortalidad que Europa tenía en el año 1900, pero una fecundidad más alta que la de poblaciones europeas del antiguo régimen (Livi-Bacci, 1990). Como resultado, las tasas de crecimiento poblacional alcanzaron entre 2 y 3% al año, fenómeno denominado en la época como "la explosión demográfica" de ALC.

La transición en la mayoría de los países de la región inicia con el desarrollo y acceso a las tecnologías de saneamiento y salud, incluidas el agua tratada y entubada, los sistemas de drenaje y recolección de basura, la creación de las redes de instituciones de salud pública y privada, así como el acceso masivo a vacunas, antibióticos y métodos anticonceptivos modernos, promoviendo cambios acelerados

en los comportamientos reproductivos y de cuidados de la salud en las poblaciones de la región.

Los avances tecnológicos en salud permitieron reducir las enfermedades infecciosas desde el nacimiento y la primera infancia, permitiendo que muchas generaciones sobrevivieran hasta la vida adulta y la vejez. Una vez controladas las infecciones, predominan las enfermedades crónico-degenerativas del corazón, los cánceres y las diabetes en las edades adultas. Esta transformación del perfil epidemiológico ocurrió en menos de 50 años en la región, y en la actualidad implica cuidados y tratamientos de largo plazo, además de pérdidas funcionales y discapacidades en las edades avanzadas. La sobrevivencia de cohortes numerosas y el nuevo perfil epidemiológico generan mayores costos y retos importantes para el sector salud. Los sistemas de salud de la región empezaron a desarrollarse a partir de las primeras décadas del siglo XX, pero en raros casos lograron ofrecer una cobertura universal, situación que persiste hasta la actualidad, quedándose excluidos principalmente los grupos más pobres y las poblaciones rurales e indígenas (Gomes, 2001).

A su vez, la fecundidad disminuyó en la región en un periodo mucho más corto que la mortalidad. El número promedio de hijos por mujer se redujo a la mitad en menos de 30 años, pues pasó de más de 6 a 3 hijos por mujer entre 1960 y 1990. Asimismo, a diferencia de Europa, en ALC este descenso no se debió a la postergación de la nupcialidad. Al contrario, las mujeres de la región, al sobrevivir más años, siguieron casándose a edades tempranas, y tuvieron sus periodos reproductivos alargados. Como resultado, muchas mujeres sobrevivieron hasta la vida adulta, se casaron y tuvieron muchos hijos (Tuirán, 1997; Gomes, 2001), y prácticamente todos los niños que nacieron sobrevivieron hasta la vida adulta, dando origen al llamado “baby boom” de ALC. Estos sobrevivientes conforman cohortes muy numerosas nacidas en los años 60 y 70 y, actualmente, junto con sus hijos, corresponden al denominado “bono demográfico”: las poblaciones cuentan con muchas personas en edades productivas y reproductivas, respecto a los niños y adultos mayores. Estas generaciones numerosas tuvieron acceso a la educación básica universal en la región, adoptaron los métodos anticonceptivos modernos y generan una gran demanda de empleo desde los años 80 hasta la actualidad.

La expansión de los servicios de educación y salud y la distribución masiva de los métodos anticonceptivos modernos, en muchos casos acompañados del trabajo

femenino, permitieron a las mujeres decidir tener menos hijos y concentrar la maternidad y los cuidados infantiles en un periodo mucho más corto de sus largas vidas: entre los 20-35 años de edad. La duplicación de la esperanza de vida hasta después de los 60 años permitió a las personas tomar decisiones con base en múltiples roles sociales, más allá del ámbito reproductivo, así como planear el futuro y cambiar sus decisiones de acuerdo con los cambios en las múltiples trayectorias de vida que eligen. La mayor sobrevivencia de madres e hijos, y el mayor tiempo de convivencia entre generaciones ha estado también en el transcurso de las renegociaciones de los roles productivos y reproductivos a lo largo de la vida de hombres y mujeres (Pérez y McInnes, 2006). Sin embargo, estas transformaciones empezaron en ALC más de un siglo después que en Europa y su avance fue mucho más rápido. Los hombres y mujeres que experimentaron dichos cambios en la región tuvieron menos tiempo para reacomodar sus prácticas, sus valores y roles dentro de un cambiante panorama demográfico y social.

Por otro lado, los cambios demográficos que se siguieron a la transición tuvieron impactos macroestructurales importantes. La rápida duplicación de la esperanza de vida, que pasó de 35 a 70 años entre 1950 y el año 2000, impactó también la economía, los mercados laborales y las políticas públicas. Pero, a diferencia de Europa, los países de América Latina tuvieron menos tiempo para reconfigurar sus instituciones y políticas frente a los retos de la transición demográfica (Gomes, 2001).

Las diferentes temporalidades del proceso de transición entre sociedades llevaron a la implantación de políticas de población inclusive contrarias, aplicadas en el mismo momento en el tiempo. Por ejemplo, al final del milenio pasado, la mayor parte de los países de América Latina adoptan políticas de promoción de la anticoncepción, particularmente para grupos rezagados y jóvenes, pues éstos están pasando por cambios en la sexualidad y opciones familiares similares a las de Europa, en algunos casos con aumento del embarazo adolescente. Mientras algunos países de Europa adoptan políticas abiertamente pronatalistas, que entregan estímulos gubernamentales monetarios y no monetarios (vivienda, incentivos directos e indirectos) para que las personas puedan constituir familias con hijos y conciliar sus roles productivos y reproductivos (Faria y Barros, 1983; McIntosh, 1986; Zavala, 1992). Las diferencias en las políticas son acordes con las etapas de desarrollo y de transición demográfica que atraviesa cada país, con las diversidades socioeconómicas y culturales de cada sociedad. En América Latina el principal rezago del descenso de la fecundidad se observa entre las comunidades indígenas

y más empobrecidas, carentes de apoyo institucional; en Europa la fecundidad es baja en todos los grupos sociales y alta entre los migrantes de países menos desarrollados.

A pesar de que en ALC, desde hace más de 50 años, se han multiplicado las circunstancias favorables para la difusión de la tecnología de salud e higiene y los métodos anticonceptivos y se han promovido las decisiones libres de las mujeres y las negociaciones de los roles de género, aún en la actualidad se observan desigualdades sociodemográficas, étnicas y de género dentro y entre países de la región. ALC es el continente con los mayores niveles de desigualdad socioeconómica en el mundo, la heterogeneidad social dentro y entre países es mucho más acentuada, comparada con la observada en Europa. Como resultado, en ALC los indicadores promedio de la transición demográfica esconden una gran desigualdad de recursos y de capacidades de nuestras poblaciones, así como la gran diversidad étnica y cultural que existe dentro y entre países. La transición demográfica ocurrió a ritmos diferentes entre países y grupos sociales, debido a la extrema desigualdad de la región. Sobreviven menos años y tienen más hijos las mujeres de Bolivia, Nicaragua y Honduras, así como las personas pobres, indígenas, con menor nivel educativo, y que viven en áreas rurales, en todos los países de la región.

Por tanto, un primer análisis de ALC implica reconocer la necesidad de que todos los indicadores de población y desarrollo reflejen las desigualdades étnicas, de género, entre generaciones y entre niveles de pobreza y educación, para comprender sus consecuencias y perspectivas de evolución futura. Sin embargo, otro rezago importante en la región es la pobreza en la generación y análisis de la información, particularmente la información sobre su heterogeneidad socioeconómica y cultural. La mayor parte de las fuentes de información de la región no considera las variables relativas al ingreso, fundamental para medir la pobreza, ni el idioma o pertenencia étnica. Aun las fuentes de información que toman en cuenta la pertenencia, auto-adscripción o lengua indígena no utilizan criterios homogéneos que permitan su comparabilidad. A este rezago se suman las deficiencias en la formación de recursos humanos para cambiar la situación de análisis relacional entre población y desarrollo, entre las tendencias demográficas y la heterogeneidad socioeconómica y cultural. Muy pocos centros de investigación ofrecen posgrados en población, y éstos se concentran en Brasil y México.

Este conjunto de retos hace más complejo, pero también más interesante, el ejercicio de reflexión, diseño e implementación de acciones del UNFPA para contribuir a que se alcancen mejores condiciones de vida y bienestar en la región.

Transformaciones Demográficas

En la década de los cincuenta, la esperanza de vida era de 40 años, mientras que en la actualidad se vive una media de 70. Esto permite que convivan simultáneamente tres o incluso cuatro generaciones, pudiendo conocer los abuelos a sus nietos y bisnietos.



Jorge Nava

Las políticas públicas deben atender a las personas de todas las edades y promover la tolerancia y solidaridad entre generaciones.

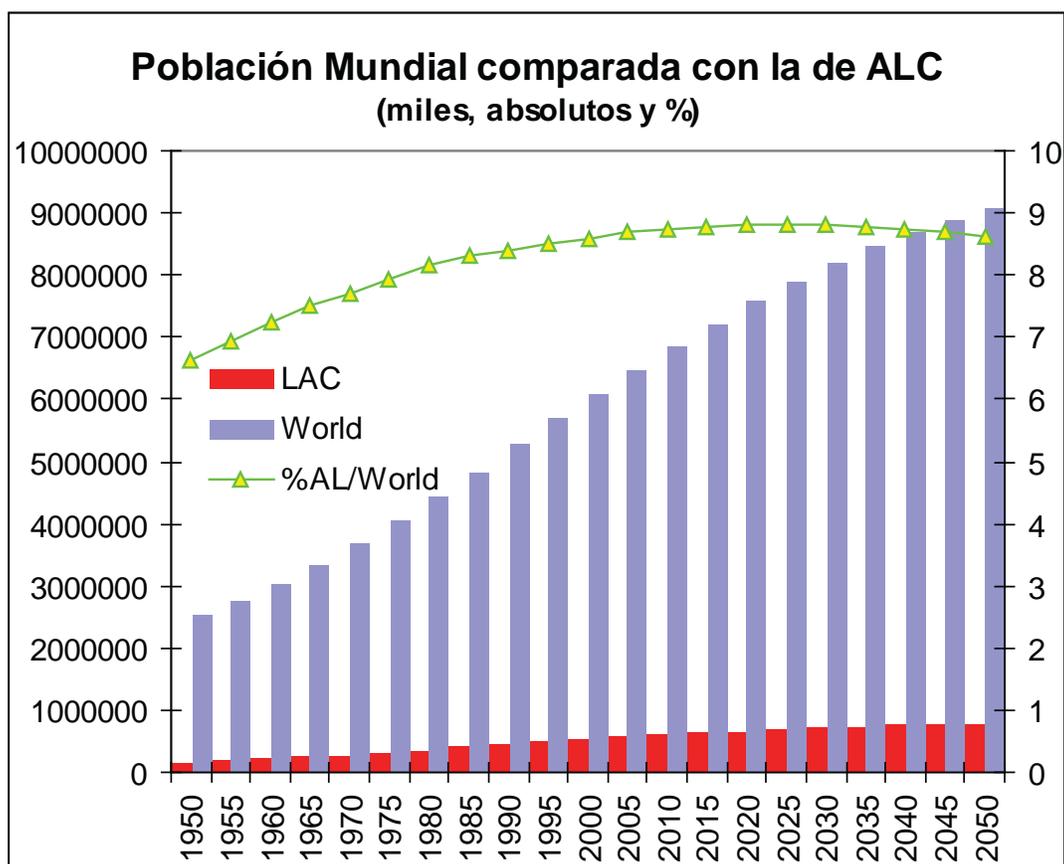
I. Transformaciones demográficas

1. Tendencias y cambios

La población de ALC en el contexto internacional actual

En 2005 la población de América Latina y el Caribe alcanzó 560 millones de personas, que representan 8.6% de la población mundial.

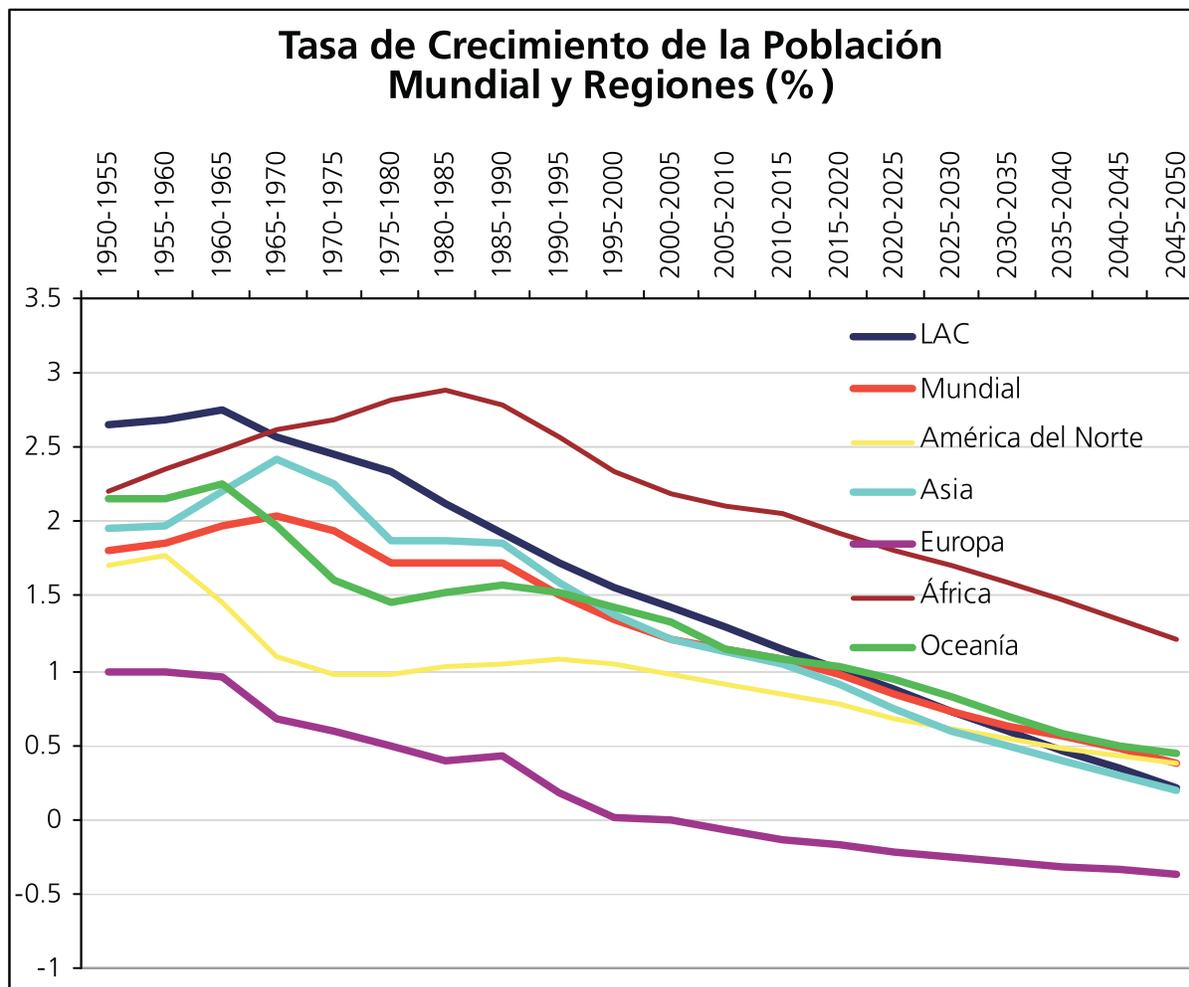
La población de ALC sigue aumentando en términos absolutos, pero su peso relativo a nivel internacional se está estabilizando. La región alcanzará su máximo porcentaje mundial de 8.8% en las próximas dos décadas, y se espera que este porcentaje empiece a disminuir a partir de 2025.



Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision.

Las tasas de crecimiento de las poblaciones están disminuyendo en todas las regiones del mundo, inclusive en África, que todavía presenta tasas de crecimiento superiores a 2% al año. Sin embargo, las tasas de crecimiento pobla-

cional disminuyen más rápidamente en ALC y Asia que, por ejemplo, en América del Norte; mientras la población de Europa ya no crece, sino que presenta tasas negativas de crecimiento.



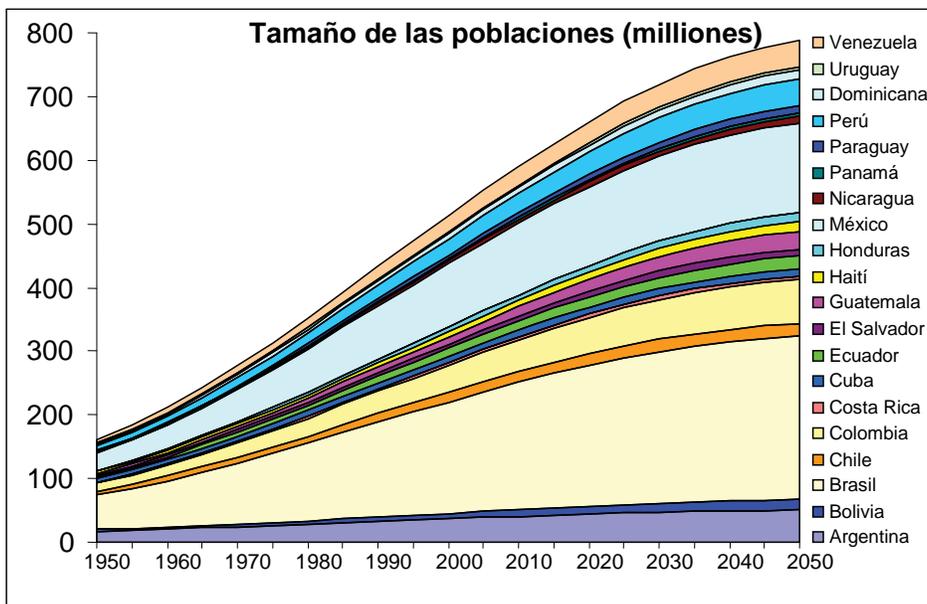
Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision.

La población de la región ALC

Las poblaciones de Brasil y México suman la mitad de la población total de ALC, por lo que las tendencias demográficas observadas en estos países acostumbran reflejar los indicadores promedio de la población regional. Sin embargo, países de menor extensión geográfica, como Haití, Guatemala y Honduras, que presentan las mayores tasas de fecundidad y crecimiento, alcanzarán proporciones cada vez mayores en la composición poblacional de la región de ALC en las próximas décadas. Por tanto, las prioridades en términos de políticas públicas en la región no se pueden orientar principalmente por el tamaño de las poblaciones o por

sus promedios, sino por las tendencias sociodemográficas observadas en cada país, así como por las interrelaciones establecidas entre estas tendencias y la diversidad social y cultural de los países y en la región.

La transición demográfica ha variado históricamente dentro de la región, dentro y entre países, de acuerdo con diversos niveles de desarrollo socioeconómico y humano, y de acuerdo con la multiculturalidad que caracteriza a cada país de la región.

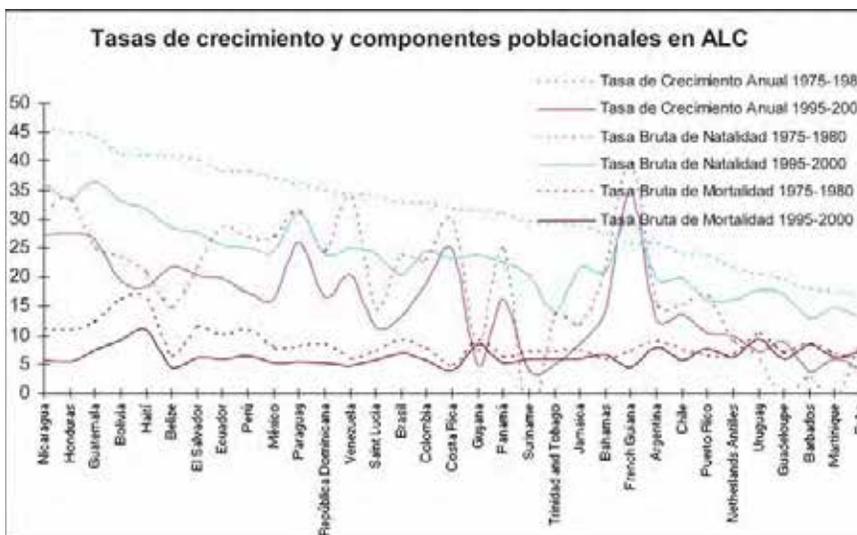


Fuente: CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

2. Proyecciones del crecimiento y componentes demográficos

Por ejemplo, las tasas brutas de mortalidad, que habían disminuido de manera importante desde los años 40, a partir de 1975-80 ya no sufrieron grandes cambios en la mayoría de los países. Sin embargo, en el periodo 1995-

2000, todavía se observan disminuciones importantes en los países rezagados, con más altas tasas de mortalidad, como Nicaragua, Honduras, Guatemala, Bolivia, Haití, El Salvador, Ecuador y Perú. La única excepción es Puerto Rico, donde la mortalidad, que ya había alcanzado niveles bajos, ha vuelto a aumentar entre 1995-2000.



Fuente: CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

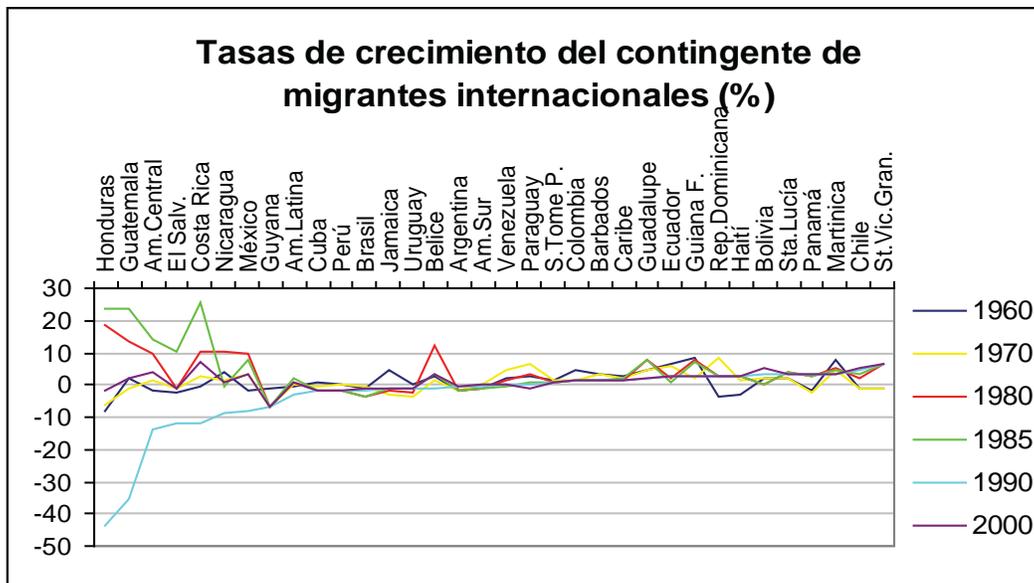
Las tasas de crecimiento disminuyeron de manera im-
presionante en las últimas dos décadas en casi todos los
países de América Latina, excepto en Belice, Surinam, Gua-
dalupe, Barbados y Martinica, así como en Uruguay y Gua-
temala.

Esta disminución de la natalidad fue la responsable
por los importantes descensos de las tasas de crecimiento
en casi todos los países de la región, con excepción de la
Guyana Francesa.

Al analizar los mayores cambios observados entre
1975-80 y 1995-2000, destacan una vez más las disminu-
ciones de las tasas brutas de mortalidad, particularmente en
los países más rezagados; y reducciones en las tasas brutas

de natalidad en Trinidad y Tobago, Perú, Ecuador, El Salva-
dor, México, Belice, Brasil, Honduras y República Domini-
cana.

Respecto a las tasas de crecimiento de migración in-
ternacional, la Organización Internacional para la Migración
(OIM) estima que principalmente en América Central, par-
ticularmente en Honduras, Guatemala, El Salvador, Costa
Rica, Nicaragua, México y Guyana, el contingente de mi-
grantes originarios de otros países registró los aumentos
más considerables en la década de los 80. Durante el año
2000 siguen observándose incrementos migratorios par-
ticularmente en Costa Rica, Caribe, Chile, Bolivia, Panamá,
México, Belice, Haití, República Dominicana, Ecuador y Gua-
temala.



Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision <http://esa.un.org/migration>.

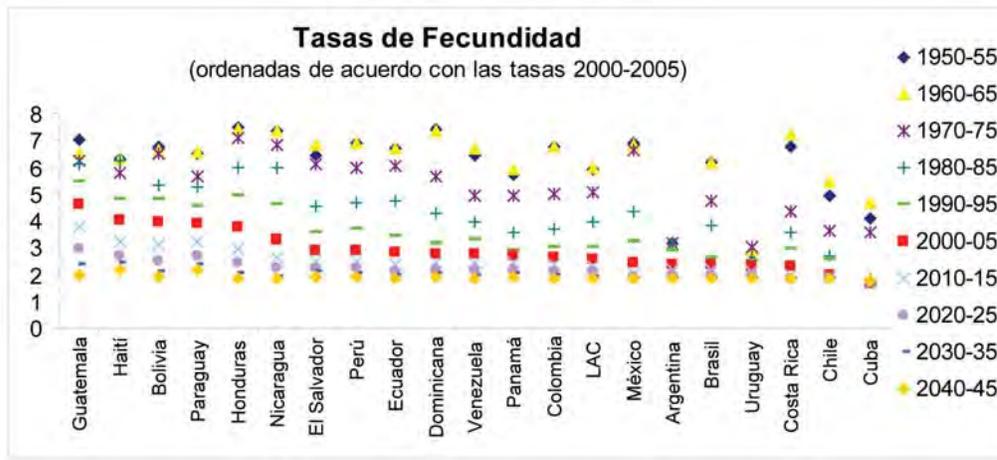
Tasa Global de Fecundidad

Las mujeres de Argentina e Uruguay tenían tres hijos
en promedio desde los años 50, y fueron las precursoras de
la disminución de la fecundidad en la región. Cuba y Chile
iniciaron esta transición desde la década de 60, y al inicio de
la década de 70 ya presentaban una tasa global de fecundi-
dad inferior a tres hijos por mujer.

Paraguay, República Dominicana, Venezuela, Panamá,
Colombia, Brasil y Costa Rica iniciaron la regulación de la fe-
cundidad desde la década de 70, mientras Honduras, El Sal-
vador, Perú, Ecuador y México mostraron una disminución
más importante en los años 80. Nicaragua y Haití tuvieron
importantes disminuciones en los años 90. Finalmente,
Bolivia y Guatemala tuvieron una disminución progresiva en
sus tasas de fecundidad a lo largo de todo el lustro, pero a
una velocidad mucho menor, y todavía no alcanzan los nive-

les de los demás países, motivo por el que se encuentran, junto con Nicaragua y Haití, entre los países de mayor fe-

cundidad hasta la actualidad y, se espera, seguirán en estas posiciones durante los próximos veinte años.

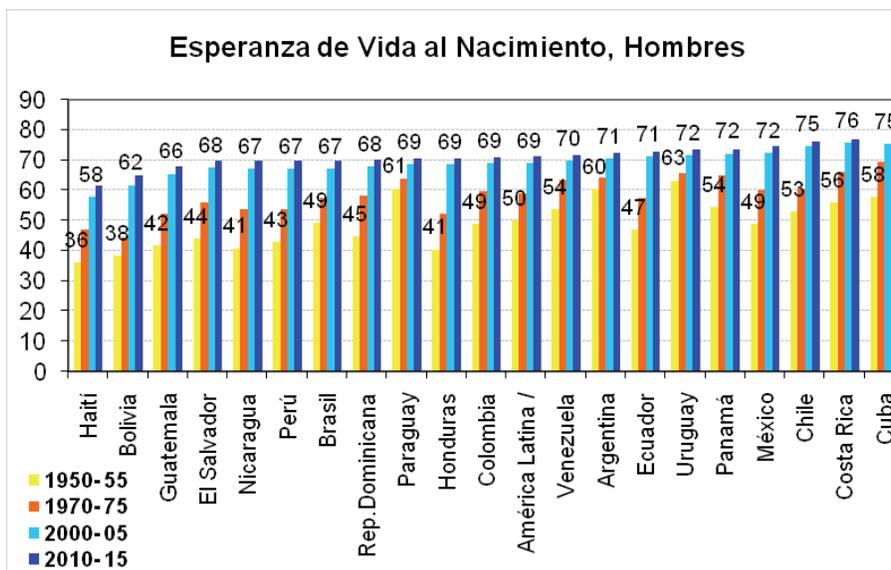


Fuente: CEPAL

Esperanza de vida al nacimiento

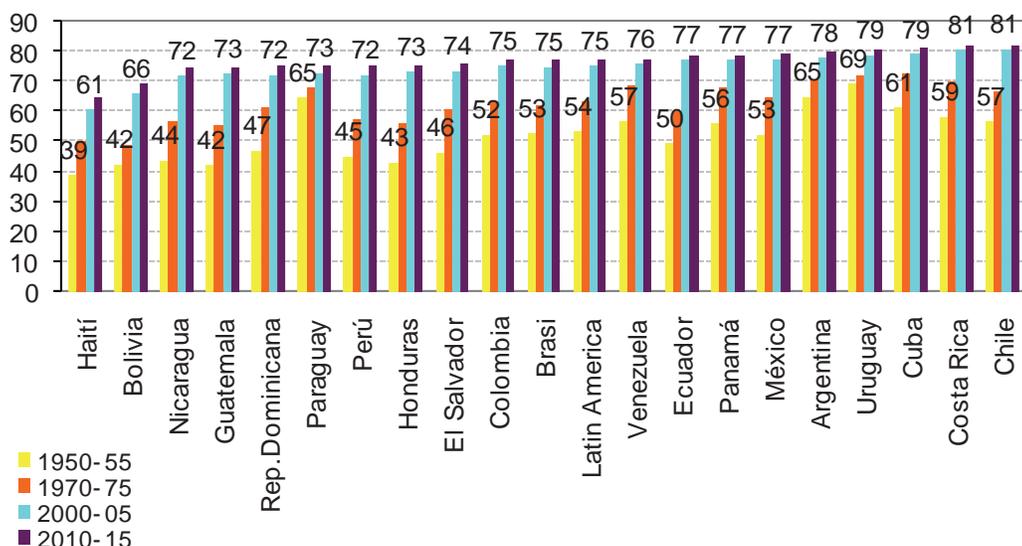
La esperanza de vida en América Latina ha aumentado en todos los países en más de 30 años entre los años 1950 y 2000. Entre los hombres, la esperanza de vida pasó de 36 a 58 años en Haití, el país con menor esperanza de vida, y de 58 a 78 años en Cuba, el país con la mayor esperanza de vida en la actualidad. Las excepciones son Uruguay y Argentina,

que ya tenían una esperanza de vida más alta que todos los demás países desde 1950 (63 y 60 años, respectivamente), y aumentaron sólo diez años de vida en el periodo.



Fuente: CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

Esperanza de Vida al Nacimiento, Mujeres



Fuente: CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

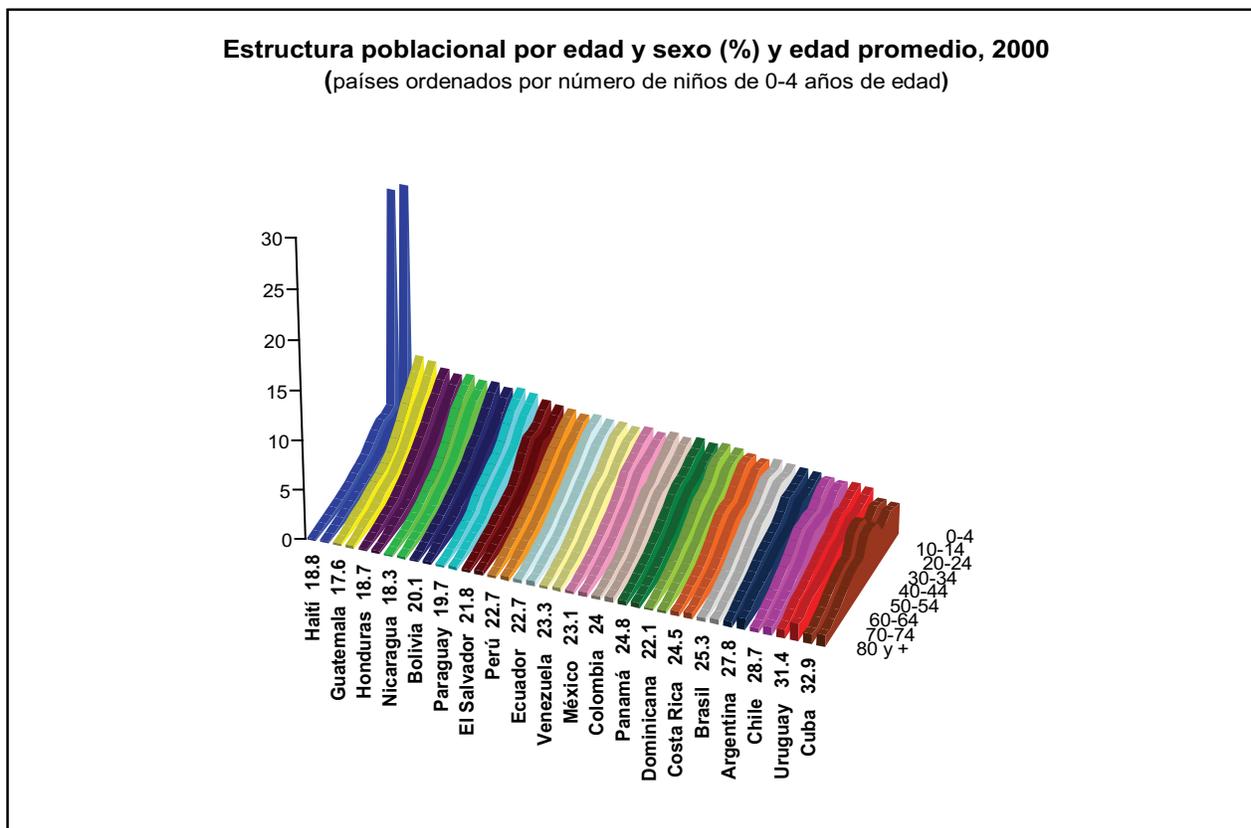
Entre las mujeres los avances fueron todavía más impresionantes pues, como sobreviven más que los hombres desde la gestación, éstas lograron alcanzar tres o cuatro años más de vida.

Estructura por edad y sexo de la población

El país que presenta la estructura de edad más joven es Haití, seguido por Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Paraguay, El Salvador, Perú y Ecuador. Estos países concentran muchos niños en su estructura poblacional, la fecundidad y la mortalidad infantil son altas, y por tanto las prioridades para las políticas de población son la reducción de la mortalidad infantil, la oferta de información, educación y acceso a los métodos anticonceptivos modernos, así como la promoción del empoderamiento de las mujeres, para que ellas puedan decidir libremente cuantos hijos tener. Este grupo de países, Guatemala, Bolivia, Ecuador y Perú, concentra grupos indígenas numerosos en sus poblaciones, por lo que las políticas de reducción de la mortalidad infantil y de salud sexual y reproductiva deben necesariamente tomar en cuenta las barreras culturales y de lenguaje en la determinación de los rezagos demográficos y de la pobreza, particularmente en las poblaciones indígenas.

Los países más envejecidos de la región son Cuba, Uruguay, Chile y Argentina, donde es importante evaluar las políticas existentes o implementar nuevas políticas para garantizar el bienestar de los adultos mayores y hacer recomendaciones en el sentido de reducir la pobreza de este grupo, promover sus derechos al acceso y cuidados de la salud, así como propiciar su empoderamiento. En la región, la gran mayoría de los adultos mayores no completó la educación primaria. A diferencia de las siguientes generaciones, ellos no tuvieron la oportunidad histórica de estudiar, pues cuando eran niños todavía no se habían universalizado los sistemas de educación en la región.

Todos los demás países se encuentran en fases intermedias del envejecimiento demográfico, lo que implica que tienen entre diez y veinte años para prepararse para este proceso. Por lo tanto, también en estos países desde ahora deben ser planeadas e implementadas políticas orientadas a promover el bienestar de los adultos mayores. Asimismo, estos países todavía tienen algún tiempo para desarrollar políticas adecuadas de promoción del empleo productivo y ahorro para la vejez entre las generaciones jóvenes y adultas correspondientes al "bono poblacional". Estas generaciones merecen atención muy especial, porque ellos serán el 30% de adultos mayores en la población latinoamericana envejecida dentro de tres a cinco décadas.

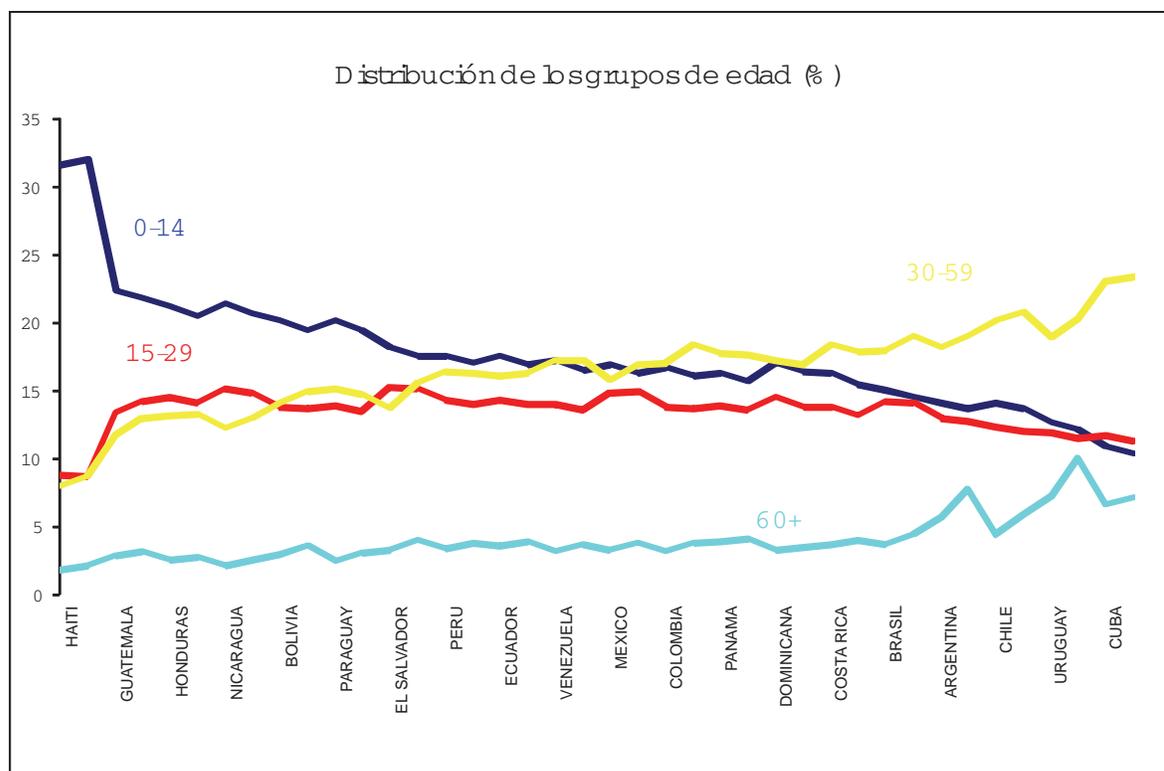


Fuente: CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision.

Expectativas de crecimiento de los grupos de edad

La proporción de niños de 0-14 años de edad es muy alta en Haití, Nicaragua, Honduras, Bolivia, Paraguay, El Salvador y Perú. En estos países, el segundo grupo de mayor importancia relativa son los jóvenes de 15-29 años de edad, excepto en Paraguay, Perú y Ecuador, donde los adultos de 35-59 años también tienen un alto peso relativo como en los demás países en etapas más avanzadas de la transición demográfica. A su vez, la proporción de población mayor de 60 años varía desde 1.7% en Haití hasta 10% en Uruguay. Una vez más se observa que en Argentina, Chile, Uruguay y Cuba las estructuras de edad concentran más adultos mayores, que implican necesidades especiales de salud y pensiones.

Esta diversidad de tendencias confirma que los grupos de edad de mayor importancia absoluta y relativa en cada país merecen atención y políticas especiales. Por tanto, la estructura de edades de las poblaciones debe ser tomada en cuenta en la asignación de presupuestos y en el diseño de las políticas públicas.



Fuente: CEPAL/ CELADE Boletín Demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050.

3. Población indígena

Según los censos de población de los países, la población indígena de ALC suma más de 20 millones de personas, distribuidas principalmente en México (casi 8 millones), Bolivia (más de 5 millones) y Guatemala (más de 4 millones). Asimismo, dentro de la población de cada país, tienen mayor peso relativo los indígenas de Bolivia (66%) y Guatemala (40%).

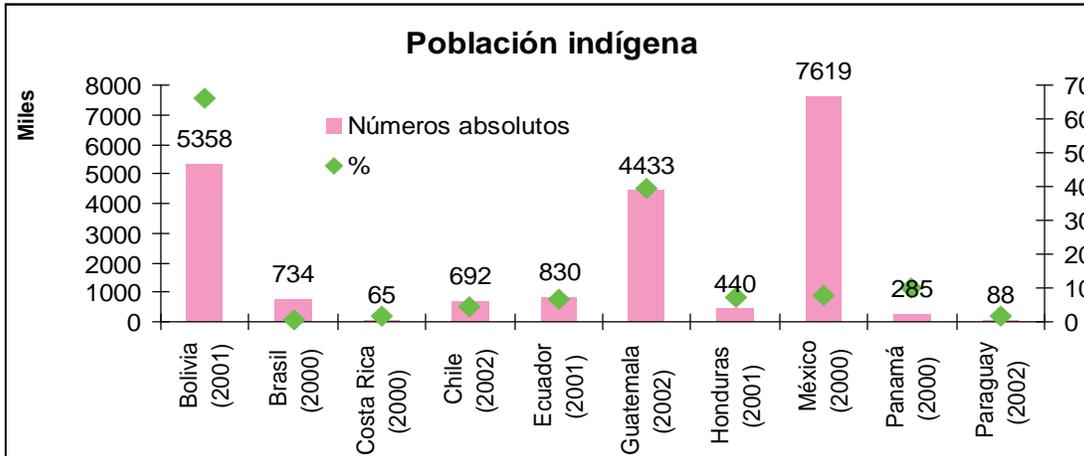
La población indígena se caracteriza por presentar rezagos combinados en todos los componentes demográficos y de desarrollo socioeconómico e humano. Los indígenas tienen mayores tasas de mortalidad y fecundidad, inician las relaciones sexuales y se casan más tempranamente, presentan menores tasas de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, tienen las mayores tasas de demanda insatisfecha y de mortalidad infantil y materna, comparados con la población no indígena. Como resultado, sus pirámides de población son más jóvenes, concentran más niños y adolescentes y sobreviven menos.

En el campo del desarrollo, la población indígena cuenta con menores oportunidades: Menor nivel educativo, menores tasas de asistencia escolar y de acceso a los servicios de salud, mayor concentración rural y trabajo en actividades agrícolas de autoconsumo y mayores niveles de pobreza.

Las políticas para corregir las desventajas históricas de las poblaciones indígenas deben tomar en cuenta las barreras culturales y del lenguaje, para promover un mayor acceso a la información, insumos y servicios de educación y salud, incluida la salud reproductiva. Asimismo, a las barreras culturales se añaden las barreras geográficas y de rezagos del medio rural, donde se concentran estas poblaciones. Por otro lado, el aumento de los flujos migratorios de indígenas a las ciudades genera nuevos retos para las políticas públicas, una vez que su marginalización urbana promueve cambios de comportamiento, particularmente en el ámbito de la salud reproductiva, que no necesariamente se acompañan de la información, educación e insumos para la protección de estos grupos.

Por tanto, es importante considerar a los grupos indígenas que viven en el campo, y también a los que viven en áreas urbanas, en el diseño de políticas para la reducción de la pobreza con énfasis en aspectos de salud reproductiva.

Asimismo, las políticas de promoción de mejores oportunidades de trabajo y de desarrollo y participación en sistemas productivos más avanzados, así como la tecnología, pueden contribuir a dar un salto importante en las condiciones de bienestar de los indígenas.



Fuente: World Bank

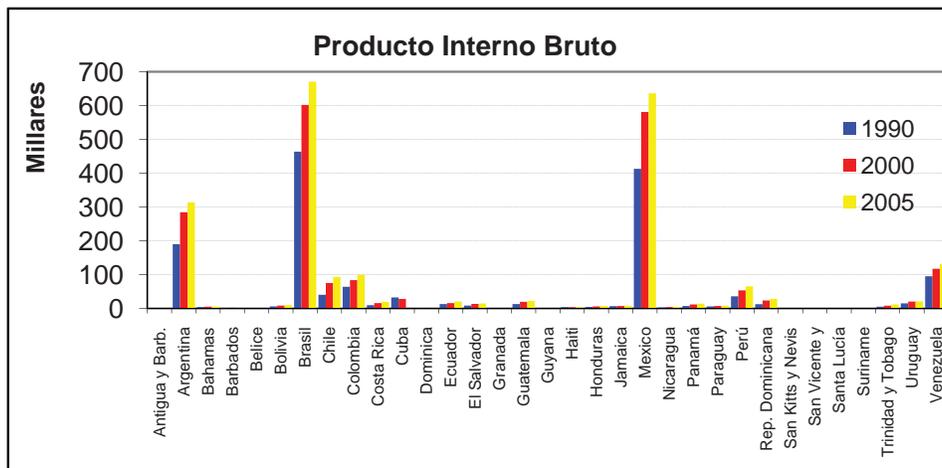
II. Contexto económico y socio-cultural

1. Contexto macroeconómico

Producto Interno Bruto

El Producto Interno Bruto (PIB) ha aumentado entre 1990 y 2005 en prácticamente todos los países de la región.

Como se sabe, el tamaño del PIB guarda correspondencia con el tamaño de la población. Los países con mayores PIB son también los de mayor población (Brasil, México, Argentina, Venezuela, Colombia, Chile y Perú). Sin embargo, llama la atención que el PIB de Colombia y Perú no corresponden al orden del tamaño de sus poblaciones, que son mayores que las de Venezuela y Chile.

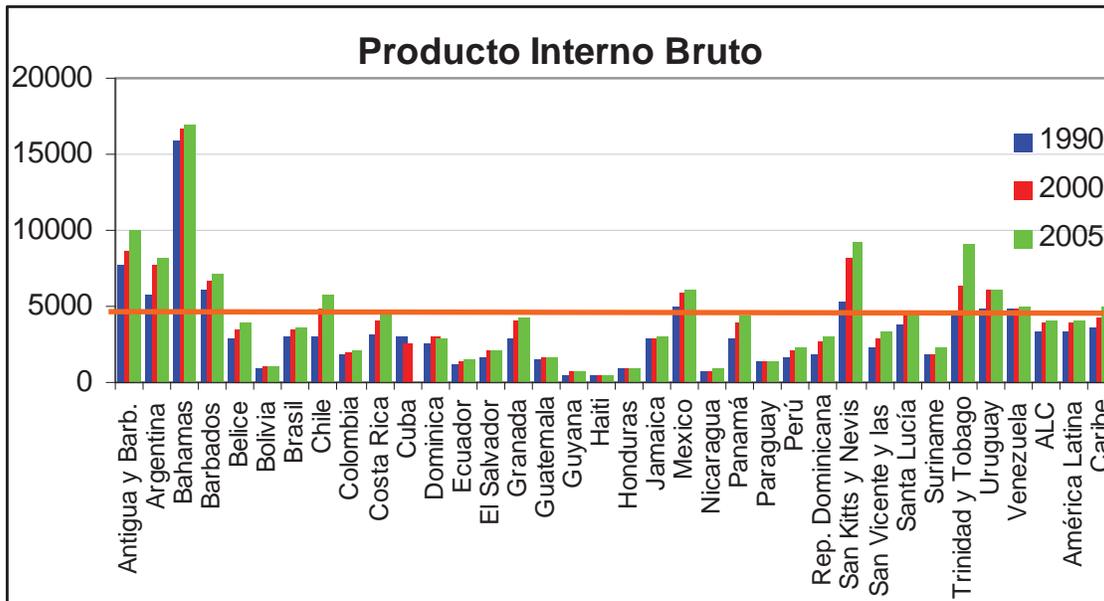


Fuente: World Bank

El PIB per cápita se trata de un indicador que relaciona el tamaño de la riqueza con el tamaño de la población. En casi todos los países de la región esta relación ha mejorado, es decir, la riqueza ha crecido más que la población, excepto en Cuba.

Se encuentran por encima del PIB per cápita promedio de ALC los PIB de Bahamas, Antigua y Barbados, San

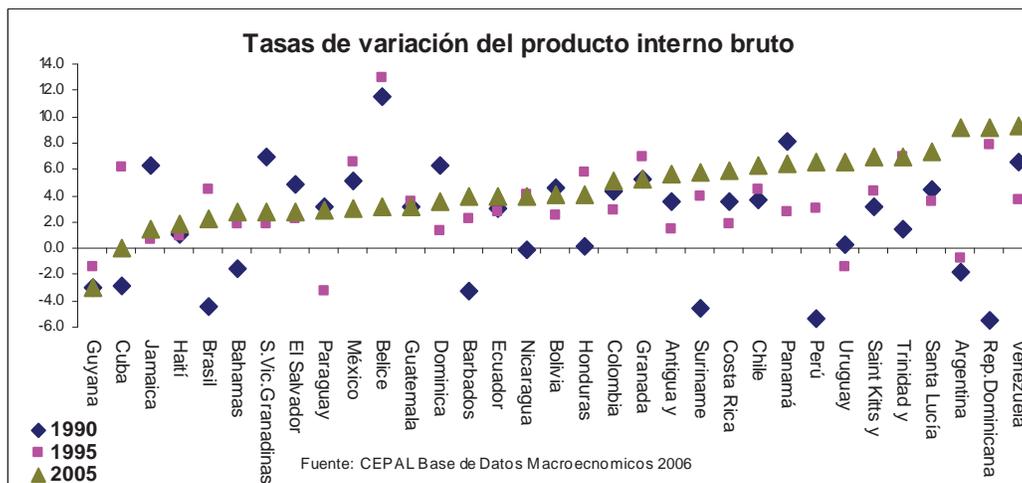
Kitts, Trinidad y Tobago y Granada, además de Argentina, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela. Este último grupo incluye a los países con mayor nivel de desarrollo de la región, y también los dos países petroleros, México y Venezuela, lo que incrementa su PIB respecto al tamaño de la población.



Nota: Producto Interno Bruto per cápita
Fuente: World Bank

Las mayores tasas de variación del PIB en el año 2005 se observaron en Venezuela, República Dominicana

y Argentina, y las más bajas en Guyana (negativa), Cuba, Jamaica, Haití y Brasil.



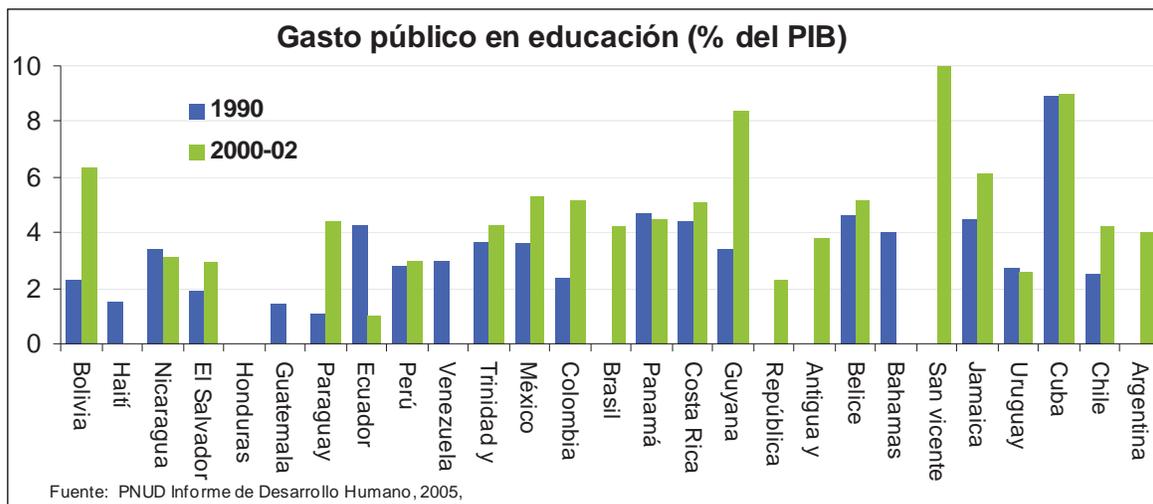
Nota: variación anual

Gasto público y distribución de la inversión en educación

El gasto público en educación como porcentaje del PIB ha aumentado de manera importante entre 1990 y 2000-02 en algunos países: Bolivia, El Salvador, Paraguay, Trinidad y Tobago, México, Colombia, Costa Rica, Guyana Francesa, Jamaica, Chile, Belice, Perú y Cuba. En Uruguay la inversión en educación ha permanecido constante y, al contrario, en Nicaragua, Ecuador y Panamá ha disminuido la inversión en educación. Es muy preocupante que estos últimos países, con enormes rezagos educativos y a la vez con un numeroso

bono demográfico de adolescentes y jóvenes que seguirán aumentando su peso relativo en las próximas décadas, particularmente Nicaragua, Ecuador y Panamá, en vez de aumentar, hayan disminuido sus gastos en educación.

Aun las políticas que buscan maximizar la eficiencia de las inversiones en educación requieren recursos para ser implementadas, por lo que se justifica que la gran mayoría de los países de ALC, que presentan enormes rezagos educativos en generaciones de jóvenes y adultos, deba todavía seguir aumentando las inversiones para lograr mayor cobertura y calidad educativas.



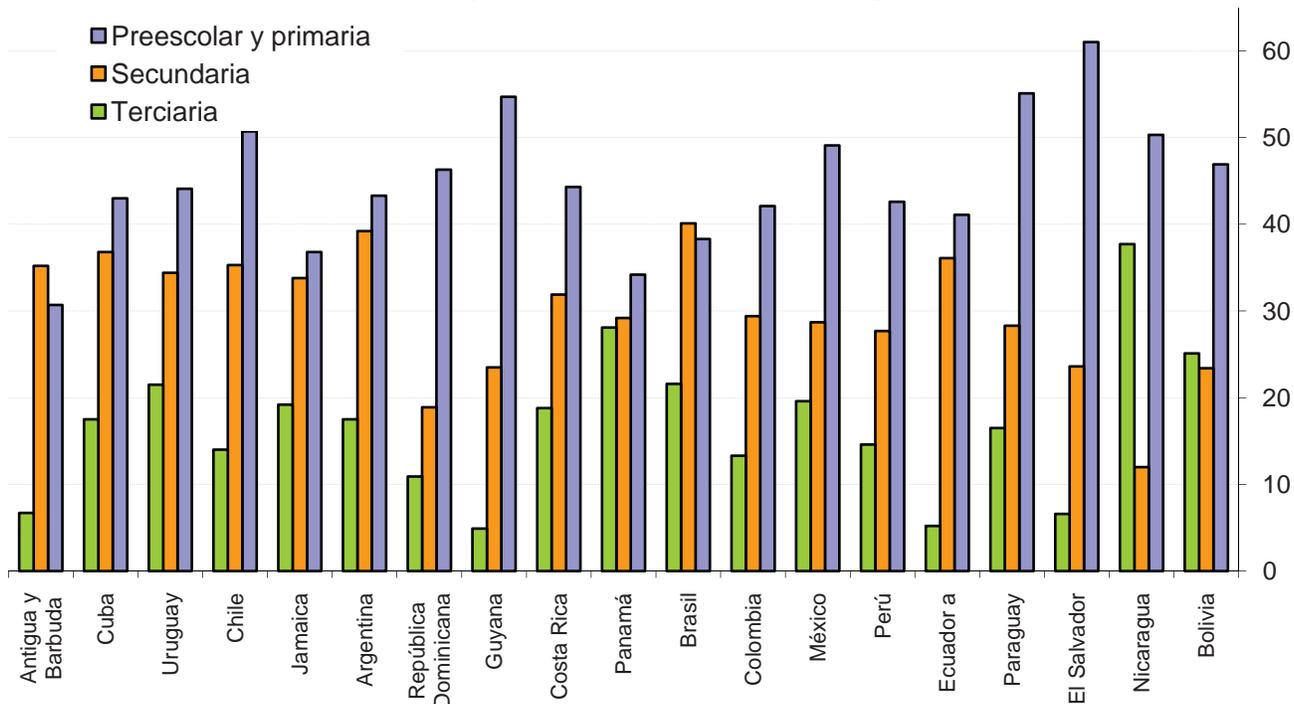
La distribución del gasto en educación por niveles indica que la mayor parte de los países sigue invirtiendo mucho más en la educación básica, mientras sus estructuras poblacionales indican que la cantidad y proporción de niños para atender en este nivel ya empezaron a disminuir de manera importante.

Se puede entender que los países de la región tuvieron poco tiempo para prever el fenómeno y reajustar la formación, capacitación y contratación de profesores de nivel de primaria. Sin embargo, estos datos muestran la importancia de promover que los profesores de este nivel adquieran nuevas habilidades y niveles de formación para que puedan acompañar las extensas generaciones de niños que estarán entrando a la adolescencia y demandando más profesores en la educación media. Es importante estimar si hay sobrantes de profesores de nivel básico respecto al número de niños en este nivel, así como proyectar las demandas futuras por profesores de nivel medio respecto

a las numerosas cohortes de adolescentes que entraron y seguirán entrando a las escuelas secundarias en la próxima década.

Por tanto, los ajustes en el gasto público en educación deben tomar en cuenta las tendencias de la estructura de edades de la población, para estrechar los lazos entre población y desarrollo, optimizando y distribuyendo los recursos invertidos de acuerdo con el tamaño y las demandas de cada generación. Asimismo, es importante garantizar la continuidad de los estudios de las generaciones actuales, y aprovechar la oportunidad que brinda el menor número de niños, invirtiendo en la calidad de su educación, así como en la extensión de la educación pre-primaria.

Gasto público en educación por nivel



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

Asimismo, el impacto de las inversiones en educación sexual para niños, adolescentes y jóvenes, depende de que éstos estén frecuentando la escuela, y justifica también, desde el punto de vista de los derechos sociales, la inversión en educación debe ser suficiente para garantizar el acceso universal y la educación de calidad, incluido el acceso universal a la educación sexual y en salud reproductiva.

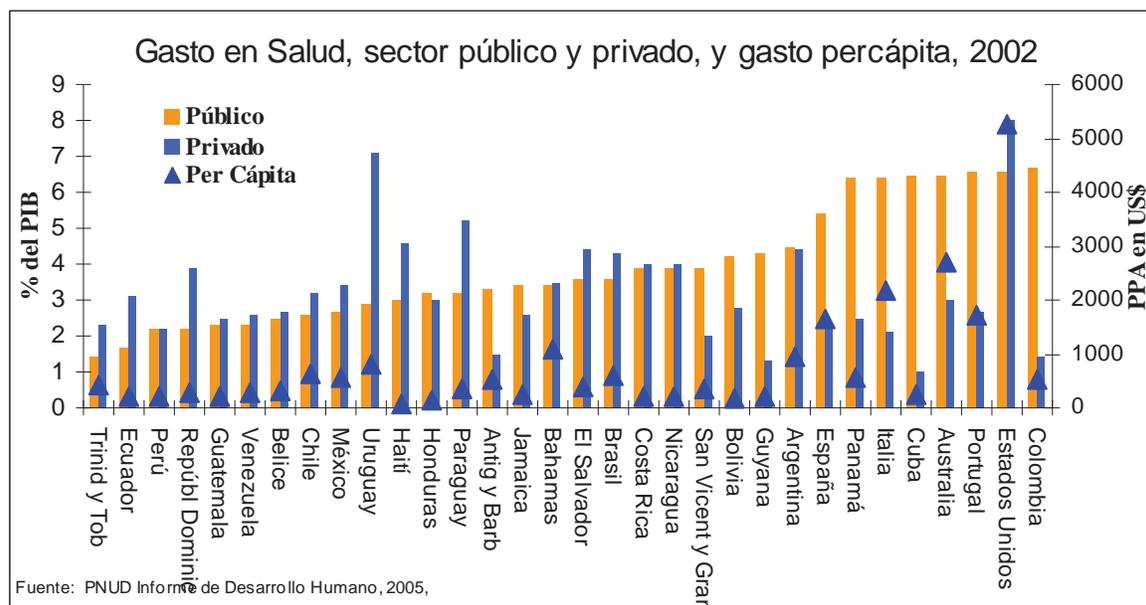
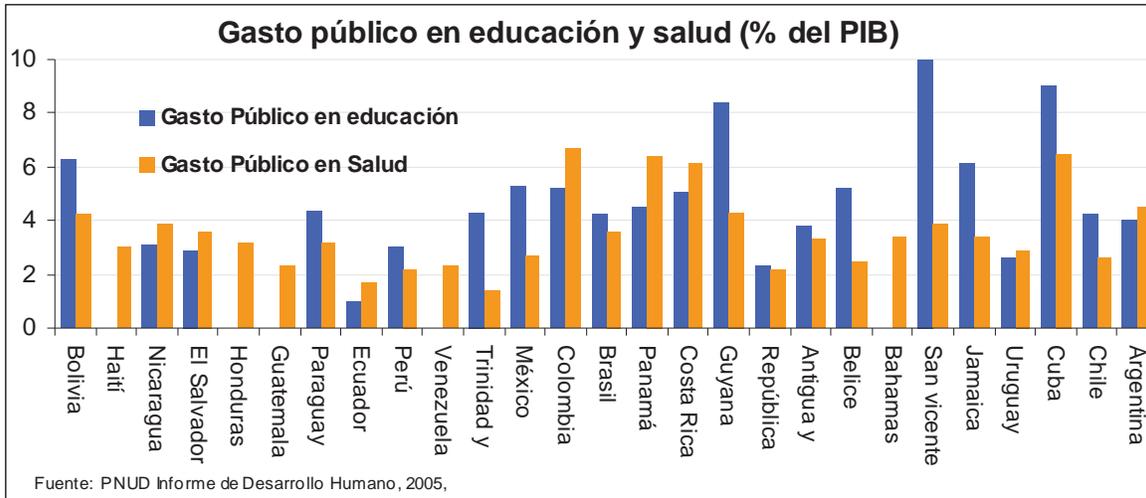
Gasto público en salud

El gasto público en salud es mayor en Cuba, Colombia, Panamá, Costa Rica y Argentina. Asimismo, se invierte más en salud que en educación en Nicaragua, El Salvador, Colombia, Panamá, Costa Rica, Uruguay y Argentina. Estos niveles de inversión no corresponden necesariamente a los resultados en salud de la población. Cuba, Costa Rica, Uruguay y Argentina efectivamente presentan mejores resultados en salud, aunque en estos tres últimos países dichos resultados son históricos, porque corresponden a avances e inversiones sistemáticas desde el inicio del siglo pasado en sistemas de salud más universalizados que el promedio de la región. Sin embargo, en Nicaragua, El Salvador y Colombia, las más

altas inversiones en salud no logran concretarse en mejores condiciones de salud de la población. Por tanto, el aumento de las inversiones en salud, muy necesario en la región, debe acompañarse de una reorientación de la aplicación de estos recursos, buscando mayor eficacia, eficiencia, resolutivez y calidad de los servicios públicos y privados.

La comparación internacional indica que el gasto en salud se concentra más en el sector público en Colombia, Cuba y Panamá, con proporciones similares a las de Estados Unidos, Portugal, Australia e Italia, y superiores a España. Enseguida están Argentina, Bolivia, Nicaragua, Costa Rica, Brasil y El Salvador. A su vez, el mayor gasto en el sector privado de salud se presenta en Uruguay, Paraguay, Haití, El Salvador, Brasil, Nicaragua, Costa Rica, República Dominicana y Argentina, México y Chile. Los menores gastos en ambos sectores de salud, público y privado, corresponden a Ecuador, Perú, Guatemala y Venezuela, países con enormes demandas en salud y salud reproductiva.

Por otro lado, el gasto en salud per cápita es mayor en los países desarrollados cuando hay mayor inversión pública en salud. Sin embargo, en ALC no pasa lo mismo, aún los países en que hay alta inversión en los sectores de salud



público y privado, como son Colombia, Cuba, Uruguay y Paraguay, Argentina, Brasil, El Salvador, Costa Rica y Nicaragua, el gasto per cápita es menos de la cuarta parte del gasto observado en los países desarrollados.

Por tanto, los esfuerzos por aumentar las inversiones en salud en los países de ALC pueden ser insuficientes si no se considera el tamaño y la estructura de las poblaciones a ser atendidas con estas inversiones.

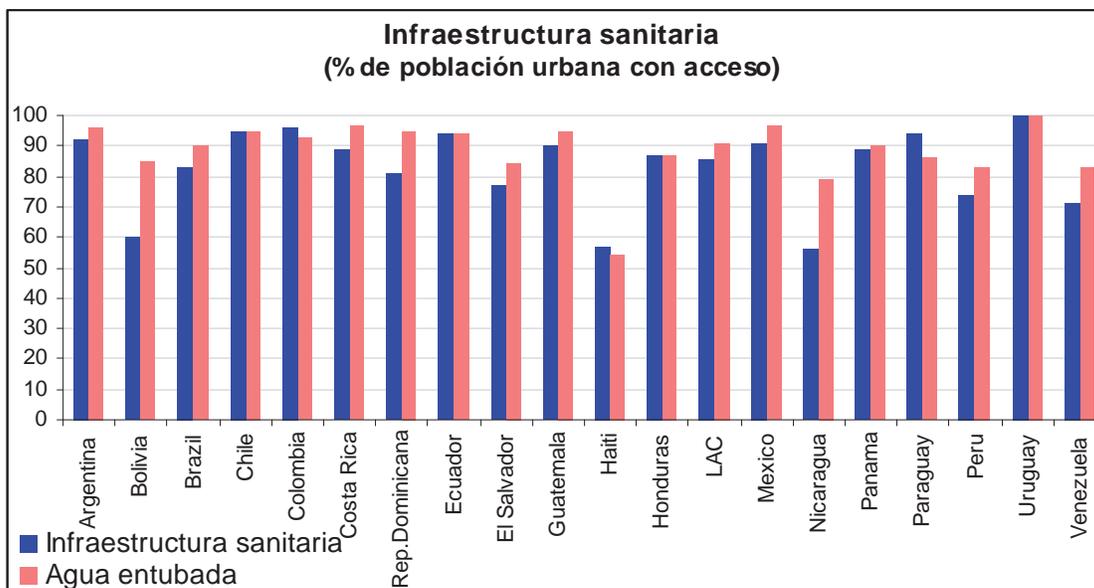
Para obtener mejores resultados en el área de salud es particularmente importante considerar las inversiones en infraestructura sanitaria y de agua entubada. Estos pueden ser considerados componentes no sólo del estado de salud y bienestar, como condiciones necesarias para aumentar la capacidad de las personas, pues su ausencia implica riesgos de salud, por una mayor exposición a enfermedades infecciosas agudas y crónicas, interfiriendo en la asistencia y rendimiento escolar de niños y adolescentes, así como en la salud de las mujeres (Gomes, 2006).

Aun tomándose en cuenta sólo la población urbana, se observan rezagos importantes en estos rubros, particularmente en Haití, donde casi la mitad de la población todavía no tiene acceso a servicios sanitarios y de agua entubada, al igual que en Nicaragua y Bolivia, países en que una gran parte de la población no tiene acceso a servicios sanitarios.

Perú, Venezuela y el Salvador tienen todavía entre 20 y 30% de su población sin acceso a servicios sanitarios y de agua entubada, y aun en países más desarrollados, como Brasil, Panamá y Costa Rica, hace falta ampliar la cobertura de estos servicios.

Las políticas de cobertura y calidad de infraestructura en este campo deben combinarse con las políticas para la reducción de la pobreza y para el aumento de las capacidades, pues por más que las políticas de combate a la desnutrición y de reducción de la pobreza se esfuerzan por entregar becas o alimentos a las familias pobres, la falta de

agua y de redes de sanidad limitan el uso y la eficacia de estos programas. La simple entrega de alimentos o leche a familias que utilizan agua contaminada y no cuentan con las mínimas condiciones sanitarias en sus hogares neutraliza el efecto de los beneficios y de la información y educación con contenidos de cuidados e higiene personal. Estos esfuerzos no podrán llegar a los resultados esperados sin que las personas tengan acceso a las condiciones mínimas de infraestructura de agua y saneamiento en el hogar, para poner en práctica los conocimientos, capacidades y beneficios adquiridos a través de los programas.



Políticas de infraestructura: el reto de la administración y el costo del agua potable

En ALC los gobiernos utilizan los ingresos fiscales –menos de 1% del PIB– para invertir y mantener los sistemas de provisión de agua potable, que siguen deficientes en áreas rurales en todos los países de la región. Al mismo tiempo el sector de infraestructura de agua genera empleos

para miles de personas en la región. Sin embargo, la relación de empleados por millar de tomas es tres veces mayor que la relación considerada adecuada por las empresas privadas que operan en otros países (BID, 2000). Las poblaciones de la región se resisten a cambiar el modelo de gestión guber-

2. Pobreza y desigualdades

Desigualdad de ingresos y desarrollo

La desigualdad de oportunidades y de libertades afecta el desarrollo económico. América Latina y el Caribe es la región que presenta mayor desigualdad en el mundo. El 10% más rico de la población de la región percibe 48% de los ingresos totales, mientras que el 10% más pobre sólo percibe 1,6%. En cambio, en los países industrializados el 10% superior recibe 29,1% del ingreso, mientras que el 10% inferior recibe 2,5%. Si América Latina tuviera el nivel de desigualdad del mundo desarrollado, sus niveles de pobreza de ingreso estarían más cercanos a 5%, en vez de 25%, que se observa en realidad (World Bank, 2006)

Al interior de los países la desigualdad también es impresionante. En el año 2000 el ingreso per cápita en la comuna más pobre de Brasil alcanzaba apenas el 10% de aquel registrado en la comuna más rica; en el caso de México, el ingreso per cápita en Chiapas era sólo un 18% de aquel registrado en la capital. Las diferencias regionales representan más de 20% de la desigualdad en Paraguay y Perú y más de 10% en República Dominicana y en Venezuela. En Bolivia, Honduras, México, Paraguay y Perú, la diferencia en los indicadores de pobreza entre una región y otra es de más de 40 puntos porcentuales (World Bank, 2006).

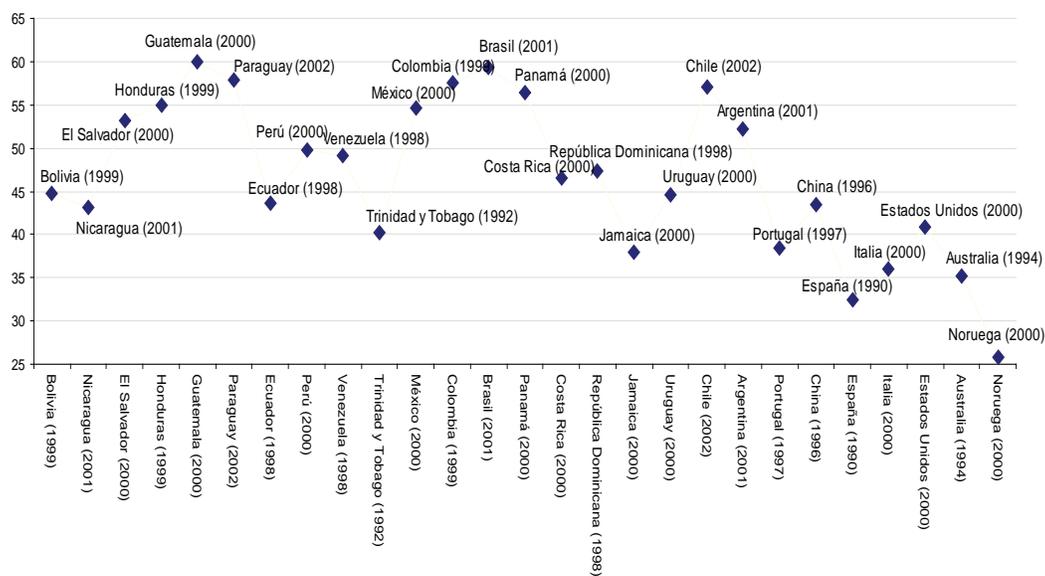
Índice de Gini

El índice de Gini se estima a partir de las curvas de distribución de los deciles de ingresos entre los deciles de la población. Por tanto, el índice de Gini mide la distribución del ingreso, y es considerado un buen indicador de desigualdad socioeconómica. La desigualdad en la distribución de ingresos es más alta en Guatemala, Brasil, Colombia, Paraguay, Chile y Panamá; países en los cuales el total de ingresos es mucho más concentrado entre los dos percentiles² más ricos de la población.

Jamaica, Trinidad y Tobago, Ecuador, Nicaragua, Bolivia y Uruguay presentan el más bajo índice de desigualdad, similar al de Portugal y Estados Unidos, países en que el ingreso es menos concentrado entre las parcelas más ricas de la población. Sin embargo, hay una gran diferencia en estos indicadores, porque los niveles de ingresos son mucho más elevados en los países desarrollados, y la equidad se da porque los pobres de países desarrollados no son tan pobres como los de países en desarrollo, como es el caso de Uruguay. A su vez, en los tres países de ALC: Jamaica, Nicaragua y Bolivia, más de la mitad de la población tiene niveles muy bajos de ingresos y es pobre (gana menos de dos dólares al día); por tanto, la aparente equidad de este indicador sólo muestra que en estos países los pobres son muy numerosos, y más iguales en su pobreza.

² Los dos deciles más altos corresponden a los 10 y 20% de la población que reciben la mayor parte de la riqueza del país.

COEFICIENTE DE GINI



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

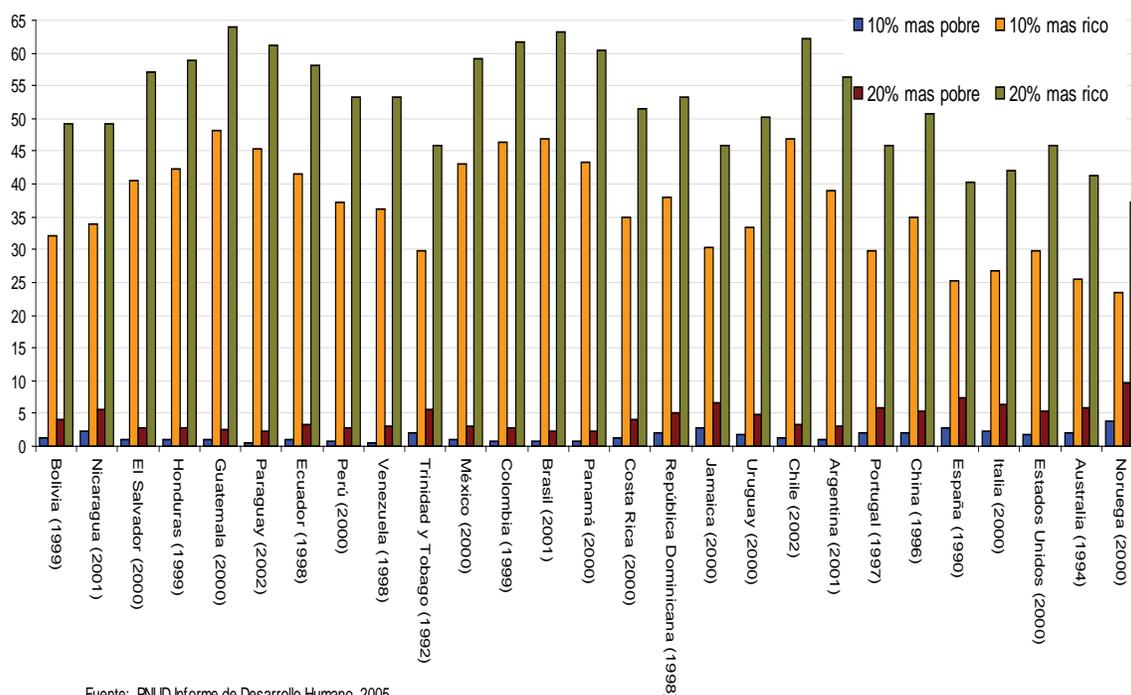
Las personas más pobres de los países (las que corresponden a los 10% y 20% más pobres de toda la población) concentran porcentajes mínimas de la riqueza total, mientras los 20% más ricos concentran más de la mitad de toda la riqueza, y los 10% más ricos retienen entre 30 y 50% de todos los ingresos de sus países.

Los indicadores de desigualdad revelan una simple distribución, la desigualdad no se relaciona necesariamente

con la etapa de la transición demográfica ni con el nivel de desarrollo del país.

Para reducir las enormes brechas que existen entre países y grupos sociales en la región, los estados deben asumir el rol de promotor de la igualdad de oportunidades y derechos, implementando políticas integrales que estimulen el crecimiento y al mismo tiempo reduzcan la desigualdad y la pobreza (Gomes, 2006). La integralidad de dichas políticas

PARTICIPACIÓN EN LOS INGRESOS O CONSUMO



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

implica conocer las múltiples expresiones de la pobreza y de las desigualdades de género, entre generaciones, etnias, grupos sociales y áreas geográficas.

Transición demográfica y pobreza

Amartya Sen define la pobreza como “la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos...”, pero al mismo tiempo reconoce que este concepto necesariamente incluye un componente material y económico: “La perspectiva de la pobreza basada en las capacidades no entraña el rechazo de la razonable idea de que la falta de renta es una de las principales causas de la

pobreza, ya que la falta de renta puede ser una importante razón por la que una persona está privada de capacidades” (Sen, 2000: 114). El autor afirma que la renta y los bienes son la base material del bienestar, y que el acceso a una canasta de bienes o un determinado nivel de ingresos depende fundamentalmente de circunstancias contingentes.

Con base en este concepto, las líneas de pobreza miden la cantidad de pobres de un país de acuerdo con los niveles de ingresos de los hogares y de las personas. Como resultado, el nivel de pobreza está fuertemente asociado con la etapa de la transición demográfica y con el nivel de desarrollo de los países.

En todos los países, las personas pobres, indígenas, residentes en área rural y con menor nivel educativo se mueren más temprano que sus correspondientes y tienen un mayor número de hijos. Sobreviven menos años y tienen más hijos las mujeres de Bolivia, Nicaragua y Honduras.

La desigualdad y la pobreza llevan a que los países de América Latina contengan varios regímenes poblacionales: los grupos más pobres tienen más niños y menor esperanza de vida, mientras los grupos con mejores condiciones socioeconómicas viven más y controlan su fecundidad. La pobreza delinea pirámides demográficas específicas para distintos grupos sociales: los pobres extremos tienen una estructura poblacional con muchos niños, pocos jóvenes y muchos adultos mayores, mientras los grupos no pobres tienen una pirámide con pocos niños y más envejecida (Gomes, 2005).

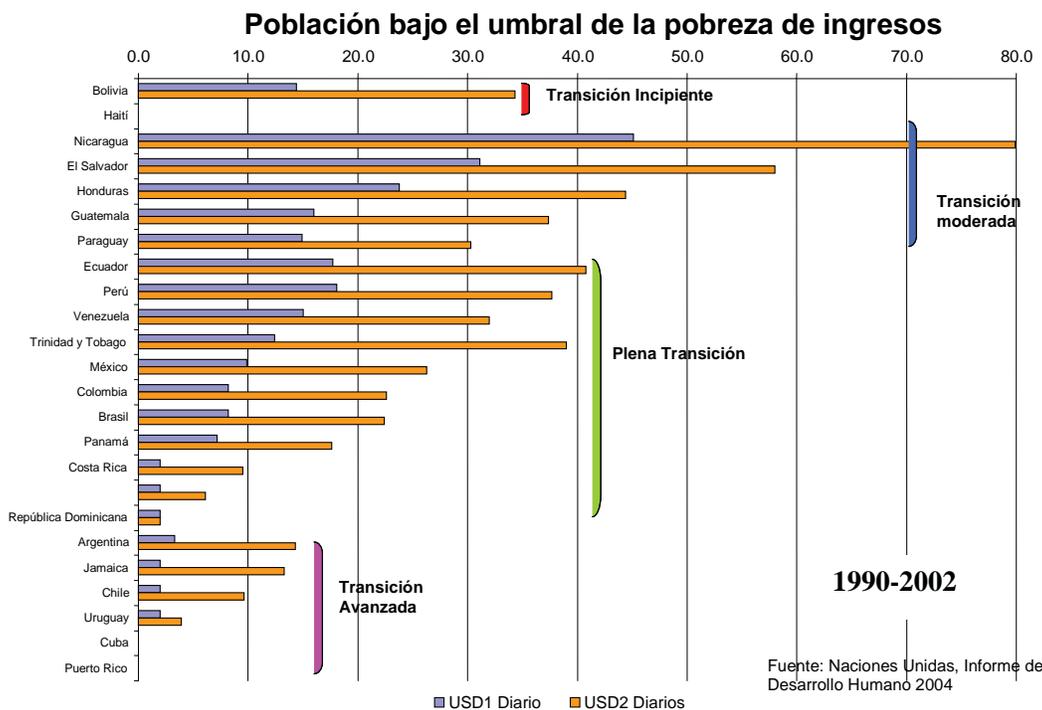
Indicadores de pobreza

El umbral que se elige como línea de pobreza, es decir, el nivel abajo del cual se considera que una persona es pobre, varía mucho entre diferentes autores, lo que permite que, para un mismo país, se puedan encontrar variaciones enormes entre las estimaciones de pobreza.

Los indicadores utilizados por la mayor parte de las agencias de las Naciones Unidas y por el Banco Mundial consideran pobres extremos o indigentes a las personas que viven con hasta un dólar al día, y como pobres los que viven con ingresos entre 1 y 2 dólares diarios. Este indicador está dolarizado y ajustado entre países por la técnica Purchasing Power Parity (PPP), que hace confiable la comparación internacional de los datos.

Al comparar los países de la región se puede observar que la incidencia de pobreza se relaciona estrechamente con la etapa de la transición demográfica por la que atraviesa cada país. Por ejemplo, Bolivia, Nicaragua y Honduras se encuentran entre los países con mayor incidencia de pobreza en la región, y también en la etapa más atrasada de la transición demográfica, en que la mortalidad viene descendiendo, pero la fecundidad todavía es alta.

En el otro extremo, Argentina, Chile y Uruguay empezaron la transición antes que los demás países, y han avanzado más en dicho proceso, alcanzando esperanzas de vida mayores de 70 años y una fecundidad cercana a dos hijos por mujer. A la vez, estos países presentan menores niveles de pobreza.



Fuente: Naciones Unidas, Informe de Desarrollo Humano 2004

A su vez, los indicadores de la CEPAL miden la pobreza como el porcentaje de personas cuyo ingreso es inferior al doble del costo de una canasta básica de alimentos, e incluye las personas en situación de indigencia. Mientras la indigencia es definida como el porcentaje de personas cuyo ingreso es inferior al costo de una canasta básica de alimentos. Como se puede concluir, este indicador de pobreza está afectado por el costo de la canasta de alimentos de cada país.

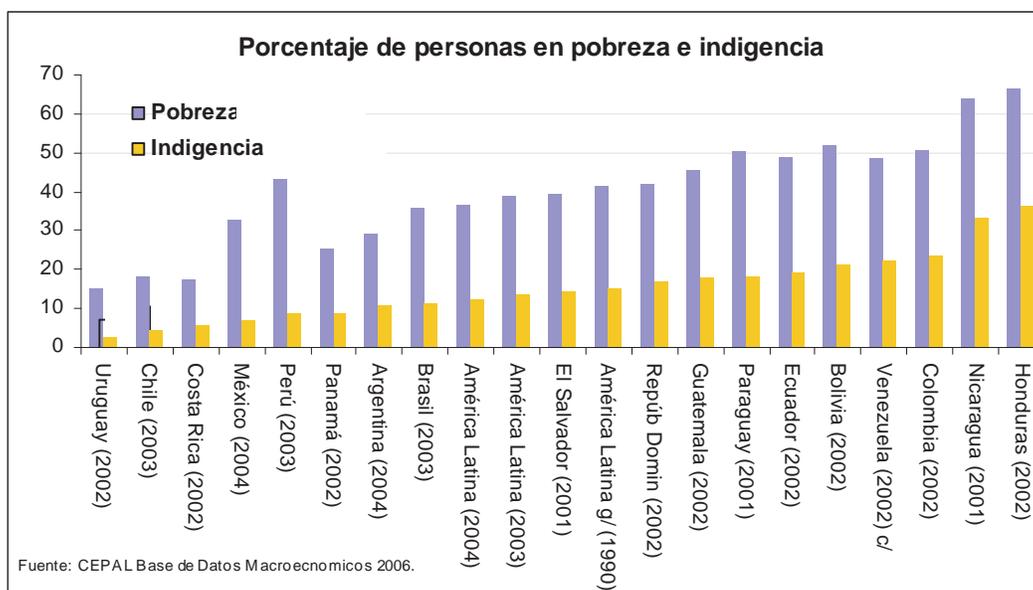
Sin embargo, como se puede observar, tanto según el criterio de las agencias internacionales como según el criterio de CEPAL, la incidencia de la pobreza se relaciona casi directamente con el nivel de desarrollo económico y demográfico de los países.

Con base en la estimación de pobreza e indigencia de la CEPAL, Uruguay, Chile, Costa Rica, Panamá y Argentina tienen menos de 10% de sus poblaciones abajo de la línea de indigencia y menos de 30% de pobres. Al mismo tiempo son países que se encuentran más avanzados en la transición demográfica y en proceso de envejecimiento poblacional. Asimismo, son países con los mejores indicadores de desarrollo socioeconómico en la región.

En el otro extremo, según la CEPAL, Honduras y Nicaragua tienen más de 35% de sus poblaciones en situación de indigencia, y más de 65% viviendo en pobreza, seguidos por Bolivia, Ecuador, Paraguay y Guatemala, con alrededor de 25% de indigentes y 50% de pobres. Al mismo tiempo, estos países están más rezagados en la transición demográfica, tienen numerosas cohortes de niños, jóvenes y adultos jóvenes en edades reproductivas, y fecundidad y mortalidad más altas, comparados con el promedio de la región.

Los países que se encuentran en etapas intermedias de la transición demográfica presentan situaciones ambiguas. México, Perú y Brasil presentan altos porcentajes de pobreza, pero la población indigente es inferior al promedio de la región, lo que podría ser resultado de una mayor oferta de políticas para la reducción de la pobreza extrema en estos países ³. La oferta de beneficios en dinero o especie implica que los pobres pueden acceder a más alimentos de la canasta básica, así como a otros productos no alimentarios. A su vez, las poblaciones de Colombia y Venezuela acumulan muchos pobres y también muchos indigentes, y de hecho estos países cuentan con políticas de cobertura mínima para apoyar a estos grupos.

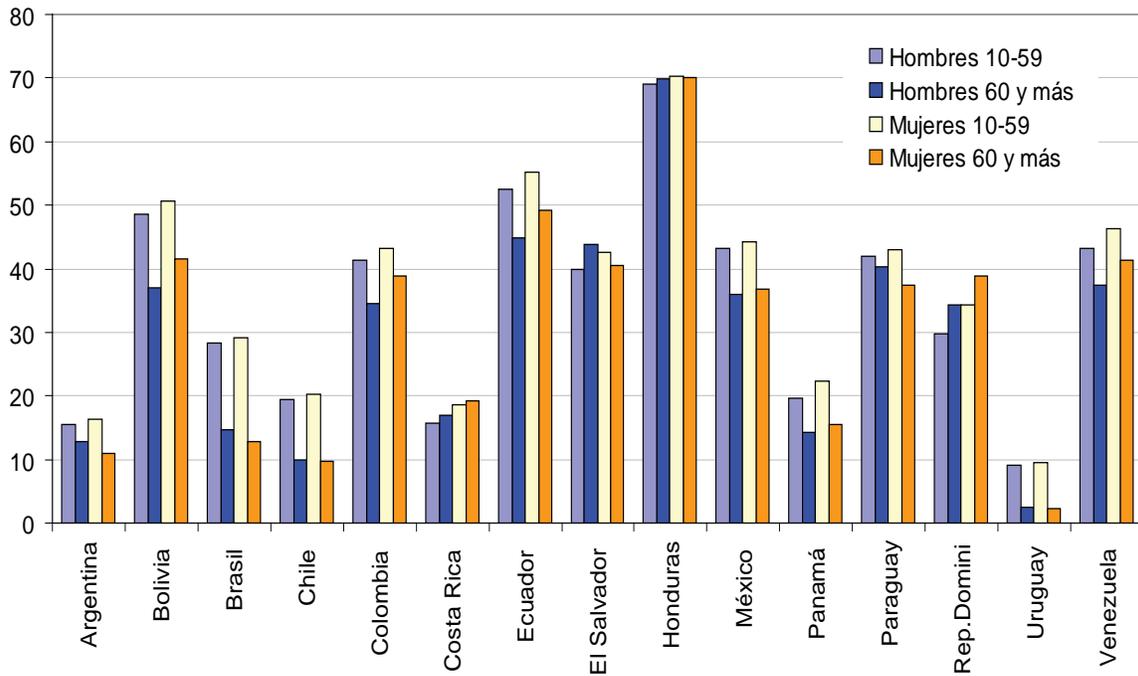
³ Ver este mismo estudio, en el apartado sobre políticas para la reducción de la pobreza.



En todos los países la pobreza rural es mayor que la pobreza urbana. Sin embargo, no se observan mayores diferencias entre hombres y mujeres o entre

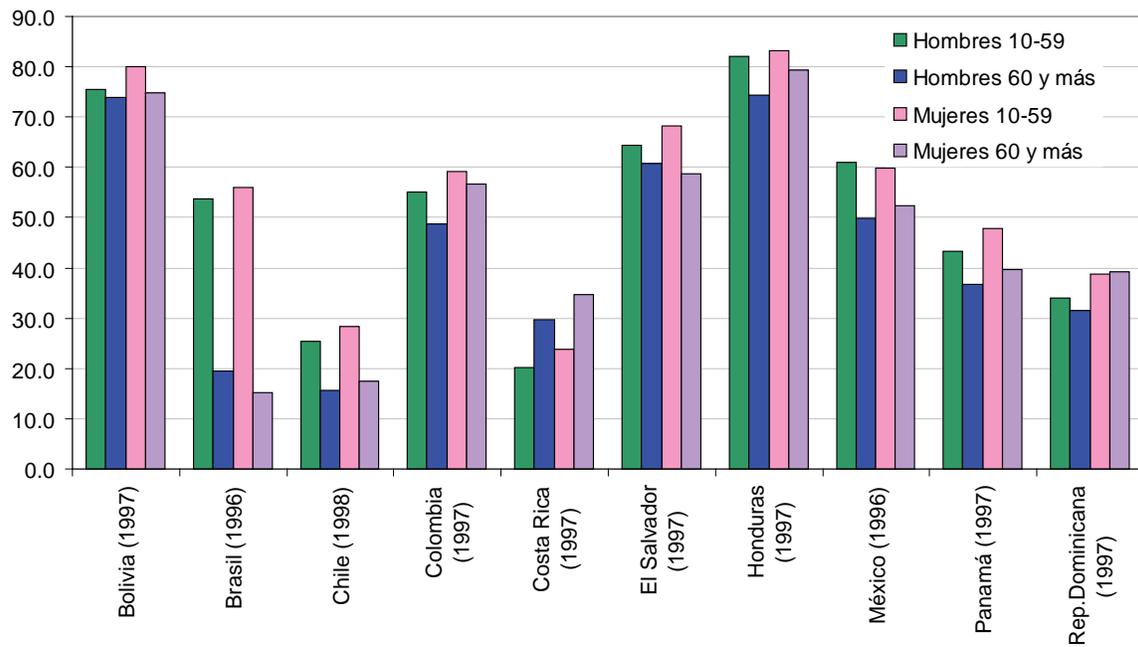
adultos mayores (60 años y más) y el grupo de niños, jóvenes y adultos (10-59 años).

Incidencia de la Pobreza en las zonas urbanas por grupo de edad y sexo



Fuente: CEPAL, Base de datos macroeconómicos, 2006

Incidencia de la pobreza en áreas rurales, por grupo de edad y sexo



Fuente: CEPAL, Base de datos macroeconómicos, 2006

En los últimos 15 años, la pobreza disminuyó ligeramente en América Central (de 30% a 29%), en el Cono Sur (de 24% a 19%) y en el Caribe y Jamaica; pero aumentó en la Comunidad Andina (de 25% a 31%) y en República Dominicana. La persistencia de la pobreza ha tenido un efecto negativo sobre el crecimiento en ALC. Se estima que un aumento de 10% en la pobreza reduce el crecimiento anual en un punto porcentual. Por ejemplo: China experimentó tasas anuales de crecimiento per cápita de aproximadamente 8,5% entre 1981 y 2000 y logró reducir la pobreza en 42 puntos porcentuales, mientras ALC tuvo una reducción de su PIB per cápita en 0,7% durante los años ochenta y un pequeño aumento de 1,5% durante los años noventa, pero sin cambios en los niveles de pobreza. En promedio, por cada 1% adicional en el crecimiento económico, la pobreza disminuye en 1,25% en América Latina (World Bank, 2006).

Si bien el crecimiento es clave para la reducción de la pobreza, la pobreza también impide alcanzar tasas de crecimiento altas y sostenidas. Por tanto, América Latina necesita reducir la pobreza para impulsar el crecimiento y competir con economías más dinámicas, como las de Asia.

Políticas para la reducción de la pobreza ⁴

Las políticas económicas de equilibrio financiero buscan eliminar o reducir los subsidios sobre los precios de alimentos, aumentar los ingresos y el consumo, y reducir los gastos gubernamentales, con el objetivo de disminuir los déficits fiscales y restablecer el equilibrio macroeconómico. Aunque estos resultados macroeconómicos son fundamentales para mantener bajos niveles de inflación y garantizar el poder adquisitivo de los pobres sobre bienes básicos, por otro lado, los resultados macroeconómicos positivos, sin acompañarse de políticas sociales adecuadas, pueden generar más pobreza y desigualdad, así como nuevos riesgos y retos para las regiones y grupos poblacionales que no están adecuadamente insertos en el mercado y en los procesos de globalización, quedándose excluidos o siendo expulsados de sus puestos de trabajo.

Frente a estos resultados no deseados, los países de ALC han desarrollado reformas en las políticas sociales y nuevos mecanismos para la reducción de la pobreza. Sin embargo, los nuevos programas impulsados presentan

⁴ Resultados preliminares del estudio que compara políticas para la reducción de la pobreza en cuatro países de ALC, cedidos por las instituciones propietarias (UNFPA CST LAC) y FLACSO-México, y el gobierno mexicano (Programa Oportunidades).

diferentes diseños, formas de implementación y evaluación, con distintos resultados e impactos sobre los indicadores de pobreza en cada país y en la región.

Los programas que buscan tener un impacto sobre la reducción de la pobreza, promovidos desde la década de 90, buscan proveer un apoyo directo a grupos vulnerables y/o pobres, para aumentar el acceso a los alimentos y atender a otras necesidades básicas. Estos diseños se basan en diferentes conceptos sobre las causas de la pobreza y de los mecanismos para su reducción, recurriendo a distintos tipos de beneficios. Las dos principales vertientes son el concepto de seguridad alimentaria con entrega de alimentos, y el concepto promoción de capacidades con libertad de elección del beneficiario, que entrega dinero efectivo a las familias. El concepto de Amartya Sen, basado en la promoción de las capacidades y en el reconocimiento de la diversidad de las personas, ha impulsado la idea de intersectorialidad de acciones, permitiendo que algunos programas para la reducción de la pobreza abarquen también responsabilidades en educación, salud y empleo. Como resultado se han desarrollado esquemas mixtos de beneficios que consideran la multicausalidad de la pobreza.

Los programas basados en el concepto de seguridad alimentaria suponen que la mejor forma de reducir la pobreza es la entrega de raciones alimentarias para reducir la desnutrición y, por esta vía, mejorar la salud y las capacidades de la población. Ejemplo de programas de seguridad alimentaria son el Vaso de Leche en Perú, el Hambre Cero en Brasil, Nutrición para niños menores de cinco años y a mujeres embarazadas en Bolivia, y los diversos programas de desayuno y almuerzo escolar en muchos países de la región, entre otros.

A su vez, los programas que entregan beneficios en efectivo buscan reducir la pobreza a través del aumento del nivel de ingresos del hogar, dando flexibilidad a las personas para decidir qué productos necesitan adquirir y en qué cantidad, sean alimentos, ropas, calzados, útiles escolares, etc. para aumentar sus capacidades. Esta perspectiva reconoce que las necesidades de los pobres van más allá de los alimentos, y que las personas pobres deben contar con la libertad de decisión sobre sus rubros de necesidades, gastos y ahorros, con el objetivo de promover sus capacidades y un mayor empoderamiento. Este es el caso del programa Oportunidades en México, el programa Bolsa Familia en Brasil, el programa Jefes y Jefas de Hogar en Argentina, entre otros.

También se han diseñado estrategias para la reducción de la pobreza a través de la generación de empleo, como es el caso del programa Jefes y Jefas de Hogares en Argentina, y diversos programas de microcréditos para pequeños negocios familiares en diversos países de ALC.

Finalmente, todas las estrategias para la reducción de la pobreza podrían combinar alimentos, dinero en efectivo y/o programas de empleo con paquetes básicos de servicios de educación, salud, infraestructura, vivienda, entre otros. Para potenciar sus resultados, muchos de los programas afirman su intención de articularse con las demás políticas sociales, también a través de diversos mecanismos. Algunos de los programas incorporan el desarrollo y la extensión de la infraestructura básica educativa y de salud, de agua y saneamiento, orientada especialmente para las comunidades rurales en situación de pobreza, según el modelo UNHábitat; mientras otros establecen requerimientos a los beneficiarios para que cumplan con metas de educación, salud y nutrición.

Esta diversidad de estrategias sociales para la reducción de la pobreza en América Latina invita a reflexionar sobre la real articulación entre los conceptos planteados, el diseño e implementación de los programas, así como a una evaluación de los resultados, límites y alcances de cada uno de ellos.

Una investigación realizada en 2004-2005 por la FLACSO-México y el UNFPA EAT ALC compara al menos los cuatro programas para la reducción de la pobreza que tienen mayor cobertura en Argentina (Jefes y Jefas de Hogar), Brasil (Bolsa Familia/Hambre Cero), México (Oportunidades) y Perú (Vaso de Leche). A continuación se presentan algunos resultados preliminares de dicho estudio.

El programa Jefes y Jefas de Hogar supone que el desempleo y la pobreza resultan de la aplicación indiscriminada de políticas de ajuste estructural, y deben ser reducidos de inmediato. También supone que, en situaciones de crisis económica, política y social profundas, los programas de reducción de la pobreza deben implementar una política social de emergencia, con el objetivo de reducir rápidamente la pobreza y el desempleo. El programa otorgó transferencias monetarias a los jefes y jefas de hogar desocupados y pobres, con hijos en edad escolar, a cambio de prestación de trabajo social o conclusión de grados de educación, con la idea de superar las causas de la pobreza, más que sus efectos inmediatos.

El programa Bolsa Familia de Brasil inició en 2002 con el concepto de Seguridad Alimentaria y entrega de

alimentos (Hambre Cero), pero paulatinamente migró los beneficiarios de múltiples programas hacia la entrega de beneficios en efectivo para que los niños pudieran ir a la escuela, en vez de trabajar. En el último año el programa, orientado sistemáticamente por funcionarios del programa Oportunidades de México, asumió un concepto multidimensional de la pobreza, que busca articular la entrega de dinero en efectivo con el acceso a servicios básicos de educación y salud, y la racionalización de recursos a través de un catastro único que evite la duplicación de beneficios.

El programa Oportunidades de México (antes Progresa), opera desde 1997, adopta el concepto de pobreza como límites en las capacidades y en el desarrollo humano de las personas, y promueve una política integral e incluyente. Combina la entrega de servicios de educación, salud y alimentación. Se otorgan transferencias monetarias a cambio de inversión en capital humano por parte de las familias (asistencia a la escuela y a servicios de salud). Al igual que en Argentina, esta idea busca prevenir las causas de la pobreza más que sólo combatir sus efectos, y también busca romper el ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza, pero basada en la entrega de apoyos en efectivo, a diferencia de la capacitación para el trabajo y empleo, beneficios que caracterizan al programa argentino. Una característica importante del programa Oportunidades es el corte explícito de género: la beca se entrega a la mujer, y las becas de niñas tienen un valor mayor que las de niños, lo que llevó el país a lograr la equidad de género en educación primaria y secundaria.

El programa Vaso de Leche de Perú se basa en el concepto de inseguridad alimentaria como principal causa de la pobreza, aunque también reconoce que ésta tiene causas múltiples. Se entregan alimentos, servicios de salud y educación. Este concepto se basa en los indicadores de deficiencia nutricional desde el embarazo, que causa retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños. El Estado reconoce que debe favorecer la transferencia de ingresos y/o subsidios alimentarios como forma de inversión social, para ampliar las oportunidades y capacidades de los pobres, de manera que ellos puedan salir de la pobreza de manera definitiva. El programa entrega leche a las mujeres de las comunidades pobres. Sin embargo, no se ofrece una canasta alimentaria diversa o apoyos monetarios que permitan al beneficiario cubrir diferentes necesidades alimentarias. El corte de género del programa se basa en que las implementadoras y beneficiarias son mujeres de las comunidades.

Los primeros tres programas están bajo la responsabilidad de un ministerio del gobierno federal, tanto en su diseño como en su implementación y evaluación, mientras la participación de la sociedad civil ocurre a través de comités de participación ciudadana. Un caso especial es el programa Oportunidades, que cuenta con una estructura gerencial separada de la Secretaría de Desarrollo Social, y su estructura administrativa es muy reducida y altamente costo-efectiva. A diferencia, en Perú, aunque el programa es coordinado por el Ministerio de Hacienda, la población de las localidades son implementadoras de los programas: las mujeres responsables del programa no son funcionarias del gobierno y no reciben un sueldo, pero seleccionan y catastran a las familias, reciben y distribuyen alimentos. Ellas componen los Comités del Vaso de Leche, que son organismos sociales de base, descentralizados y semi-institucionalizados desde hace más de un siglo en casi todas las municipalidades del país.

En Argentina y Brasil el gobierno federal cuenta con un registro de los beneficiarios, pero en Argentina el programa tenía un candado y no permitía la entrada de nuevos beneficiarios, mientras en Brasil no existe un control de entrada y salida de beneficiarios. En México existe un registro que es certificado cada dos años a través de un censo de la población beneficiaria. En Perú ni el gobierno federal ni los municipales cuentan con un registro de beneficiarios, sólo existen las listas locales, conocidas y manejadas por las mujeres implementadoras.

Respecto al corte de género, en Argentina no se establece una preferencia explícita por las mujeres pero, de hecho más de 60% de los beneficiarios son mujeres. En Brasil no hay preferencia de género, pero sí afirmación positiva para grupos étnicos: a los indígenas y afrodescendientes se ofrecen facilidades especiales para ser seleccionados (se les libera de presentación de documentos oficiales). En México se establece una clara preferencia de género: se entregan los beneficios a las mujeres, las becas escolares para niñas tienen un mayor valor, y se promueve y evalúa que las niñas tengan asistencia igualitaria en primaria y secundaria, con resultados positivos ya evaluados en este ámbito. En Perú la selección también da preferencia a las mujeres como beneficiarias, particularmente a madres embarazadas y lactantes pobres, además de que se promueve el empoderamiento y organización de las mujeres en sus localidades, inclusive como organizadoras del programa.

Respecto a las sinergias con las demás políticas sociales, en Argentina se establecen corresponsabilidades para los beneficiarios, que consisten en prestar tareas

comunitarias y sociales y/o completar los niveles educativos y de capacitación profesional, para facilitar la reinserción laboral, vía convenios establecidos entre el estado y las empresas. Asimismo se hace un seguimiento de resultados, en términos de reducción del desempleo. En Brasil se establece la obligatoriedad de que toda la familia asista a los servicios de salud y pláticas de educación alimenticia, y que los niños asistan a la escuela. Sin embargo, a fines de 2006 un estudio de la OIT indica que, a pesar de que se ha reducido la pobreza a nivel agregado, no se ha reducido el trabajo infantil. Por tanto, no se puede demostrar que la reducción de la pobreza sea un resultado del programa, porque también se podría deber en parte al ingreso que los niños aportan a sus hogares. Esta información indica que el monitoreo del trabajo infantil debe ser tomado en cuenta en la evaluación de las estrategias de la reducción de la pobreza. En México existe un seguimiento estricto de asistencia a las pláticas y consultas de salud y de asistencia de los niños a la escuela. Como el programa incluye en su diseño mecanismos explícitos de evaluación, se logra identificar los efectos del programa, particularmente en la asistencia escolar y en la equidad de género. Sin embargo, la evaluación indica que los resultados en el área de educación y salud son ambiguos e insuficientes, porque un reto que persiste para el programa en los próximos años es alcanzar mejores niveles de calidad en los servicios de educación y salud que se entrega a los pobres. Las corresponsabilidades en educación y salud pueden ser cumplidas por el beneficiario más como una "obligación", generando irregularidades y resultados no deseables, como acuerdos con profesores y profesionales de salud para lograr el cumplimiento formal de las corresponsabilidades, pero sin un compromiso efectivo con el aumento de las capacidades. En este sentido, un reto pendiente es lograr mejorías en la eficiencia, resolución y calidad de las acciones implementadas en estos sectores. Finalmente, en Perú no existe ningún tipo de corresponsabilidad establecida o seguimiento del programa. De hecho los gobiernos federal y municipales no cuentan con un registro único de beneficiarias. El registro único es un instrumento central para que los gobiernos puedan monitorear y evaluar el programa, asignando los recursos con base en evidencia e indicadores gerenciales.

Finalmente, respecto a la cobertura, en Argentina el programa cubrió a 2 millones de personas en el año 2005, correspondiendo a 7.6% del total de la población, y a 100% de todas las personas pobres y desocupadas del país. En Brasil el programa cubrió a 8.7 millones de personas, correspondientes a 4.7% de la población y a 20% del total de pobres del país. En México el programa cubrió a 25 millones de personas, 25% de la población total y 100%

de los pobres extremos. Y en Perú el programa cubre a 5 millones de personas, 20% del total de la población del país, y entre 14 y 28% de los pobres, dependiendo del indicador de pobreza que se utilice.

Como se puede observar, existen grandes ventajas en los programas que combinan las políticas para la reducción de la pobreza con otros sectores, como es el caso del empleo en Argentina y la educación y salud en México. Cuando no se logran resultados y evaluaciones combinadas entre sectores, los resultados pueden ser preocupantes, como en el caso de la persistencia del trabajo infantil junto con la reducción de la pobreza que se observó en Brasil en 2006, y los problemas de la calidad de los servicios de educación y salud persistentes en México y Brasil.

En Brasil y México, donde se buscó establecer sinergias entre las políticas para la reducción de la pobreza y la promoción de la salud, no se han logrado resultados satisfactorios, debido a que es más difícil monitorear las acciones desarrolladas en este sector, y porque es muy complejo implementar sistemas de evaluación de la calidad de los servicios entregados a los pobres en el área de salud. En México se ha dado cierta prioridad a la salud sexual y reproductiva. Por un lado, se ofrecen pláticas obligatorias cada seis meses a los beneficiarios, que incluyen temas como el cáncer cérvico-uterino, los anticonceptivos, el cuidado de los niños y de las madres embarazadas, entre otros. Por otro lado, todos los miembros del hogar deben recibir al menos una consulta médica anual para que la familia siga recibiendo el beneficio económico. Sin embargo, las evaluaciones sobre resultados en salud, particularmente en salud sexual y reproductiva, son ambiguas e inconclusas⁵.

Los principales obstáculos para que se cumplan con estas corresponsabilidades en salud se localizan en la misma estructura del sector, y aun estableciéndose claramente los mecanismos de sinergia, monitoreo y evaluación por parte de los programas para la reducción de la pobreza, éstos no han logrado romper con muchas de las barreras a las que se enfrentan las mujeres pobres para acceder a los servicios de salud con calidad, y particularmente a los servicios de sa-

⁵ Por ejemplo, la evaluación oficial del programa sobre su incidencia en la mortalidad materna, realizada por una institución externa, no logró comprobar que la mortalidad materna se ha reducido entre las beneficiarias. Una tesis de maestría desarrollada en otra institución indica que las mujeres pobres, casi todas beneficiarias del programa, siguen teniendo una mayor probabilidad de no tener un parto en una institución de salud con personal capacitado, comparadas con las mujeres no pobres. Y finalmente, la evaluación del nuevo componente para adultos mayores indicó que la gran mayoría de las mujeres mayores de 70 años que son beneficiarias del programa, aun después de haber comparecido a su primera consulta obligatoria, nunca habían realizado un examen preventivo de cáncer de mama o de útero en toda su vida, y tampoco habían recibido el paquete básico de salud que el programa garantiza para los beneficiarios a través de sus reglas de operación.

lud reproductiva, que podrían tener un gran impacto sobre la reducción de la fecundidad y de la mortalidad materna, una vez que las mujeres pobres tienen mayores índices de fecundidad no deseada y mayores riesgos frente a complicaciones del parto por barreras culturales y de acceso.

Por tanto, además de diseñar estos mecanismos sinérgicos con el sector salud para la reducción de la pobreza, es fundamental que los gobiernos establezcan mecanismos claros y eficaces de los seguimiento, evaluación y control de calidad de los servicios de salud que se entregan a la población pobre.

Por ejemplo, la inclusión y empoderamiento de las mujeres pobres e indígenas no se dará exclusivamente a través de la mejoría de su ingreso económico o principalmente con la obligatoriedad de que ellas participen en pláticas y consultas médicas, sin que se promueva un acercamiento más estrecho a las barreras culturales y del lenguaje, además de tomar en cuenta las desventajas históricas que estas personas viven, como el analfabetismo, el bajo conocimiento de sus derechos y reglas de operación del programa, y el menor empoderamiento, comparadas con las mujeres no indígenas.

Hace falta también establecer corresponsabilidades, mecanismos de transparencia y de rendición de cuenta por parte del personal y de las instituciones de salud, así como corresponsabilidades institucionales y condicionamientos de calidad de la atención. Estas corresponsabilidades podrían condicionar la entrega de mayores recursos a este sector para que se enfoquen acciones especiales para la población pobre. Por ejemplo, en el caso de México, el programa para la reducción de la pobreza entrega un presupuesto extra y personal médico al sector salud, para que se preste atención especial y gratuita a las familias pobres. Sin embargo, la poca transparencia en la rendición de cuentas del sector salud no permite que el programa Oportunidades garantice que los recursos entregados a este sector, para la realización de exámenes, procedimientos y medicinas, lleguen efectivamente a las poblaciones pobres que deberían beneficiarse de ellos. La focalización del programa para la reducción de la pobreza se pierde en una desordenada red de salud, y ésta, a pesar de que recibe recursos adicionales por parte de la estrategia para la reducción de la pobreza, sigue reproduciendo la exclusión histórica de los grupos más pobres. Inclusive se registran irregularidades, como el cobro por los servicios o medicinas y reactivos para exámenes. Estos mecanismos irregulares permiten al personal del sector salud absorber gran parte del beneficio económico que el gobierno entrega a las familias pobres.

Brechas en Educación y Bono Demográfico

En América Latina y el Caribe hay cada vez menos niños y más adolescentes y jóvenes. Sin embargo, cuatro de cada diez adolescentes no terminan la escuela secundaria y la población tiene en media tan sólo siete años de educación



©UNFPA/Wint

El acceso, la calidad y las nuevas tecnologías en la educación mantienen el adolescente en la escuela, promocionando la productividad y permitiendo que reciban mejores ingresos en el futuro.

3. Brechas en educación y bono demográfico

La pobreza expresa la falta de capacidades y de oportunidades económicas para garantizar el bienestar de las personas. Las inversiones en educación son un elemento central para que las personas puedan alcanzar mejores niveles de ingresos en la vida adulta.

Analfabetismo

El analfabetismo todavía sigue siendo un problema social en la gran mayoría de los países de ALC. Aunque siempre habrá un residuo de analfabetismo entre la población con discapacidades graves y definitivas desde la primera infancia, los índices esperados de analfabetismo por motivo de salud deberían ser inferiores a 1% en el total de una población.

Sin embargo, en Honduras, El Salvador y Bolivia todavía hay más de 20% de la población entre 15 y 59 años de edad que es analfabeta, y estos países presentan los mayores diferenciales de género en la región, indicando la persistencia de grandes desventajas educativas para las mujeres. En República Dominicana, Brasil y México hay todavía entre 15 y 20% de hombres y mujeres jóvenes y adultos que también siguen siendo analfabetos. A su vez, en Costa Rica, Colombia, Panamá y Venezuela hay alrededor de 10% de analfabetos en la población joven y adulta.

Estos indicadores son preocupantes, porque en los últimos 50 años los esfuerzos por erradicar el analfabetismo y promover más oportunidades para estos grupos sociales que se quedaron rezagados históricamente han sido importantes, pero insuficientes. La erradicación del analfabetismo puede ser muy rápida y poco costosa, por ejemplo a través de campañas de intercambio de conocimientos de una gran mayoría de jóvenes y adultos que sí se alfabetizaron, como se ha realizado en Cuba hace décadas. Para los grupos indígenas se puede recurrir a personas bilingües y alfabetizadas de la comunidad, lo que también tiene un costo muy bajo. Asimismo, programas de este tipo serían muy adecuados, en un momento en que el gran número de profesores de educación primaria va generando excedentes, debido a que la reducción de la fecundidad ha reducido el número de niños y la demanda de profesores de este grado en la mayoría de los países de ALC. El aprovechamiento y capacitación de los profesores de nivel primaria para que atiendan a las necesidades de niños, adolescentes, jóvenes y adultos con rezagos educativos

sería una excelente oportunidad para aprovechar estos recursos humanos con los conocimientos que ya cuentan, y al mismo tiempo actualizarlos en tecnología, métodos y conocimientos innovadores. Dentro de pocos años muchos profesores de primaria, en vez de desaprovechados, podrían dar clases a jóvenes con niveles más elevados de educación, a personas discapacitadas, adultos con rezagos educativos y adultos mayores, grupos que seguirán creciendo en la región en las próximas dos décadas.

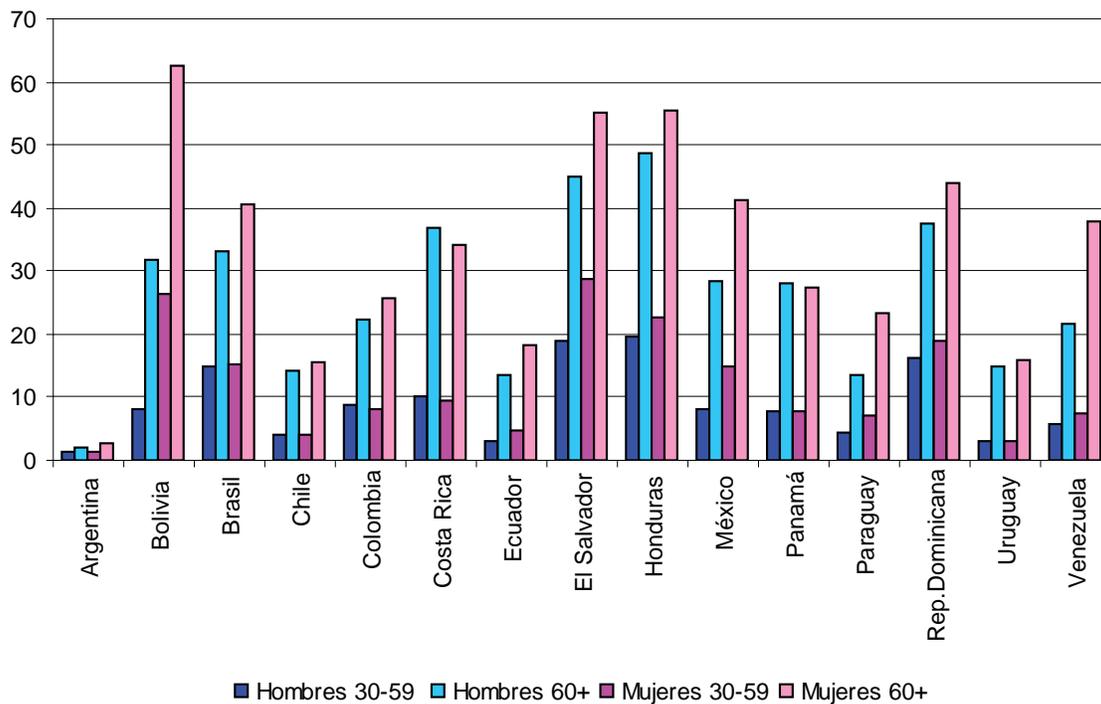
En casi todos los países las proporciones de analfabetas son más del doble entre adultos mayores que entre los adultos en casi todos los países. Para este grupo sería necesaria una formación en técnicas especiales de educación, de acuerdo con las limitaciones de salud física y mental de los adultos mayores. Aún en países como Uruguay y Chile, que introdujeron sus sistemas educativos antes que el promedio de ALC, todavía hay menos de 5% de hombres mayores de 60 años analfabetas, pero más de 15% de mujeres mayores de 60 años analfabetas, que no tuvieron la oportunidad de alfabetizarse.

Esta situación es particularmente grave en otros países más rezagados en la transición demográfica. En Bolivia, El Salvador, Honduras y República Dominicana, que tienen porcentajes muy inferiores a 5% de personas mayores de 60 años en su población, más de 30% de los adultos y más de la mitad de las adultas mayores todavía son analfabetas. En otros países en etapas un poco más avanzadas de la transición, como Venezuela, Brasil, Costa Rica, Panamá, México y Colombia, entre 20 y 30% de los hombres y entre 30 y 40% de las mujeres mayores de 60 años son analfabetos.

Respecto al género no se observan diferenciales tan importantes en la mayor parte de los países, siendo una excepción Bolivia, país que presenta una impresionante brecha de analfabetismo entre hombres y mujeres en todas las edades, con desventaja para las mujeres.

El analfabetismo se trata de un indicador social vinculado, por un lado, con el proceso de envejecimiento en los países de transición demográfica avanzada, y por otro, con las desigualdades sociales en los países menos desarrollados, y con la desigualdad de género, una vez que las desventajas educativas también implican límites a los que se enfrentan las mujeres en el acceso a la información y para el aumento de sus capacidades, que les permiten tomar decisiones libres.

Porcentaje de personas analfabetas según grupos de edades y sexo.



Fuente: CEPAL, 2003

Promedio de años de estudio

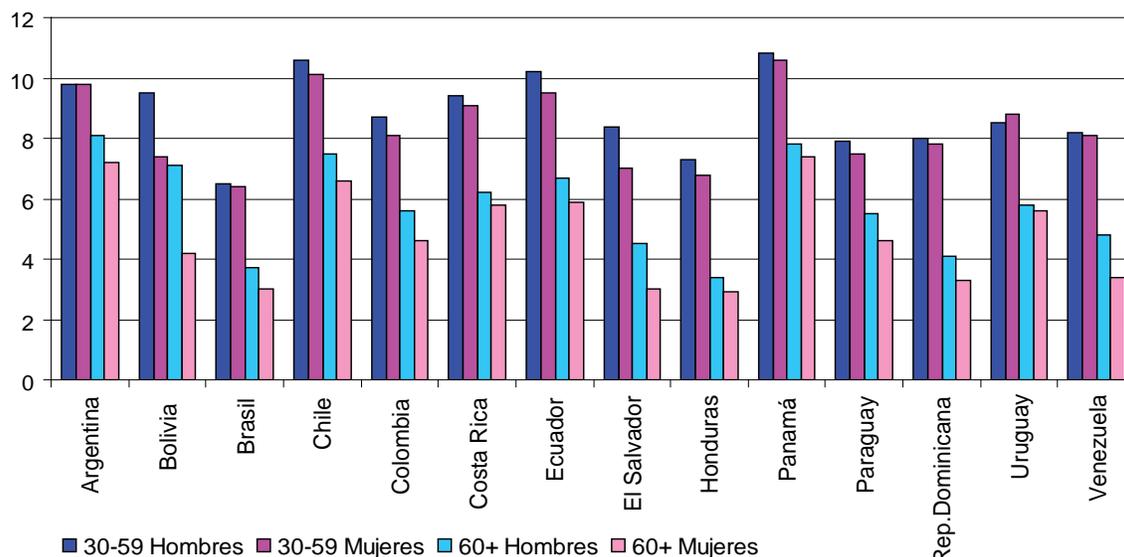
El promedio de años de estudios es un indicador fundamental para el desarrollo del país. El Banco Mundial ha estimado que todos los países que dieron un salto significativo en términos de productividad y competitividad, logrando aumentar la oferta de empleos calificados, tuvieron que superar los 11 años promedio de educación de sus poblaciones adultas, que corresponde a que más de la mitad de la población cumple con la educación media superior. Ningún país de ALC cumple con este requisito, ni siquiera Argentina, Chile, Panamá y Ecuador, cuyos hombres y mujeres cuentan con los mayores promedios de años de estudio en la región, pero aún así se encuentran en alrededor de 10 años de educación, con un rezago de un año a ser añadido a toda la población. Asimismo, la calidad de la educación es un reto fundamental en la región.

El país con uno de los mayores rezagos educativos es Brasil, donde, aun considerándose sólo su población urbana, ésta cuenta con tan sólo seis años promedio para

hombres y mujeres, y por tanto tiene un rezago de cinco años para alcanzar el mínimo aceptable (11 años). Enseguida están las áreas urbanas de Honduras y El Salvador, cuyas poblaciones adultas cuentan en promedio con siete años de educación, y tienen un rezago promedio de cuatro años; y Paraguay, República Dominicana, Venezuela, Colombia y Uruguay, cuyas poblaciones urbanas tienen sólo ocho años de educación promedio, y necesitan añadir mínimo tres años más de educación al promedio educativo de hombres y mujeres.

Respecto a la desigualdad de género, en las áreas urbanas el promedio educativo de las mujeres es menor que el de hombres por menos de un año en la gran mayoría de los países, excepto en Argentina, donde hay igualdad de género, pero el rezago de un año es igual para hombres y mujeres.

Promedio de años de estudios de la población, según grupos de edades y sexo (Urbana).



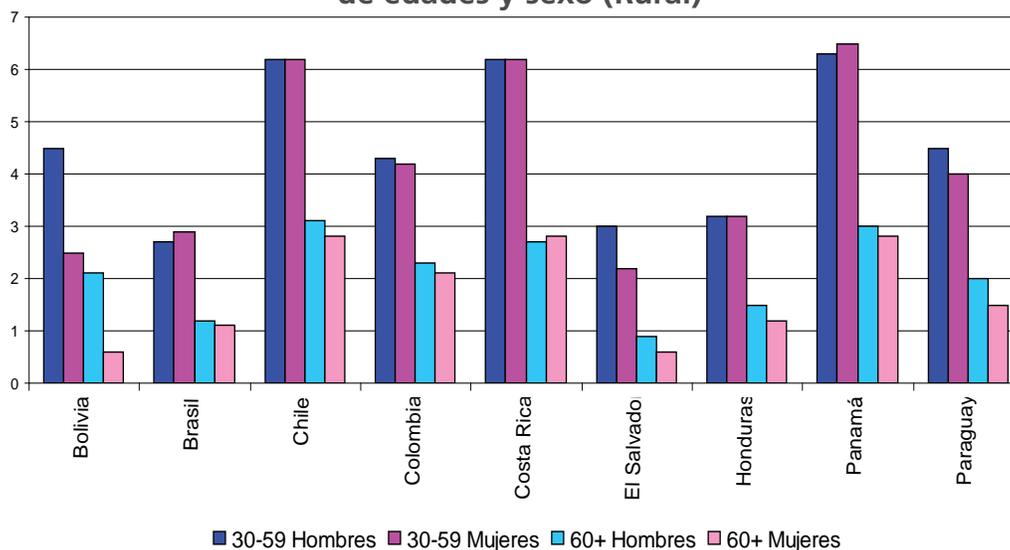
Fuente: CEPAL, 2003

Para las áreas rurales se cuenta con información de pocos países. Pero se puede observar que Panamá, Chile y Costa Rica también tienen los mayores promedios educativos en el campo, aunque la población rural de estos países cuenta, en promedio, con menos de cuatro años de educación, comparada con la población urbana. A su vez, Brasil, El Salvador, Honduras y Bolivia presentan una situación crítica, pues su población rural cuenta con menos de tres años promedio de educación, es decir, la población interrumpe la primaria en el tercer año, mientras en los otros

países, Colombia y Paraguay, en promedio la población rural interrumpe la primaria en el cuarto año escolar.

Tanto en áreas urbanas como rurales, en Bolivia y El Salvador se presentan enormes diferencias de género en el promedio de años de estudios de la población, motivo por el que se deben sugerir acciones específicas de inclusión de las niñas, jóvenes y mujeres adultas en los sistemas escolares, para eliminar estos rezagos históricos en oportunidades educativas y generar mayor equidad.

Promedio de años de estudios de la población, según grupos de edades y sexo (Rural)

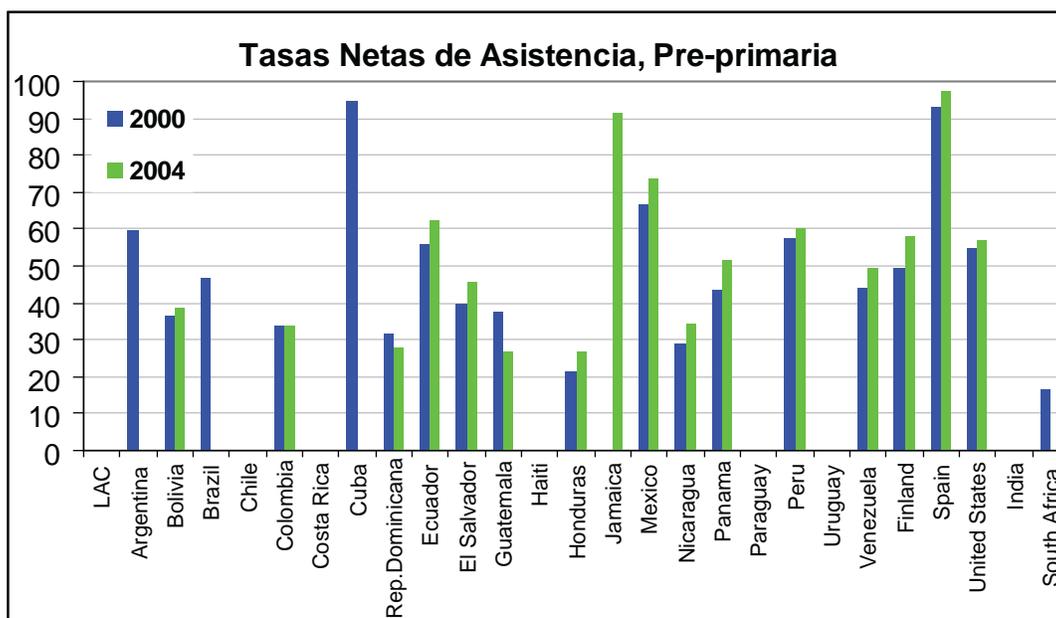


Fuente: CEPAL, 2003

Asistencia escolar de niños, adolescentes y jóvenes

Otro indicador que nos acerca más a la situación de las cohortes que actualmente deberían estar frecuentando la escuela son las tasas de asistencia escolar. La educación pre-escolar es cada vez más valorada como un requisito para garantizar un mejor rendimiento escolar en los niveles educativos consecutivos. Asimismo, las guarderías son espacios fundamentales para que las mujeres puedan liberar parte de su tiempo del trabajo de educación de los niños menores de seis años, y conciliar su rol reproductivo con el productivo.

Los niños menores de seis años de Cuba y Jamaica cuentan con oportunidades educativas similares a la de los españoles: 90% de ellos asisten a la pre-primaria. Enseguida están los de México, con 70% de asistencia, Ecuador, Perú y Venezuela, con 60%, niveles similares a los de Finlandia y Estados Unidos. Entre 40 y 50% de los niños de Brasil, El Salvador y Panamá asisten a la escuela pre-primaria, mientras en Bolivia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala y Nicaragua uno de cada tres niños tiene acceso a este nivel educativo.

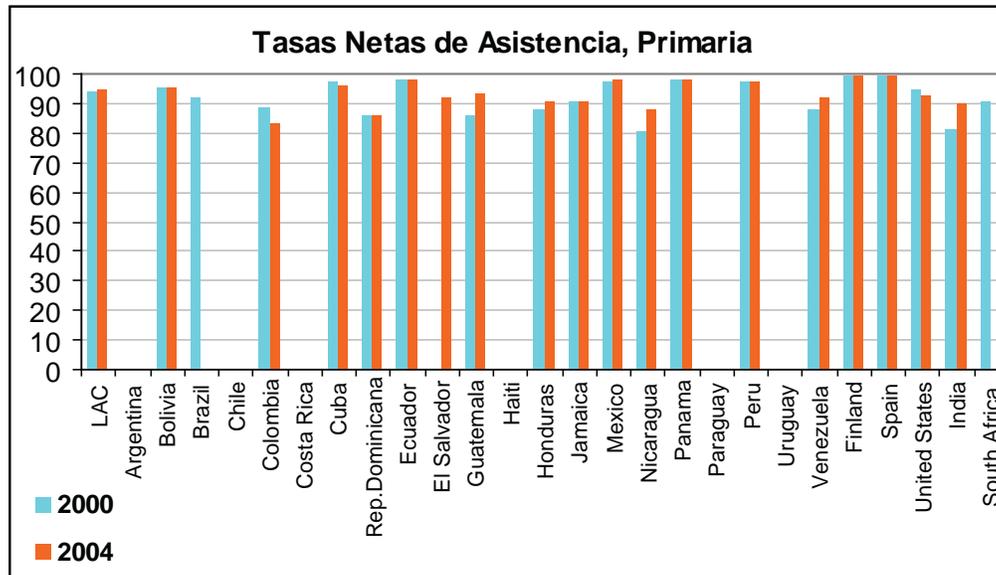


Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

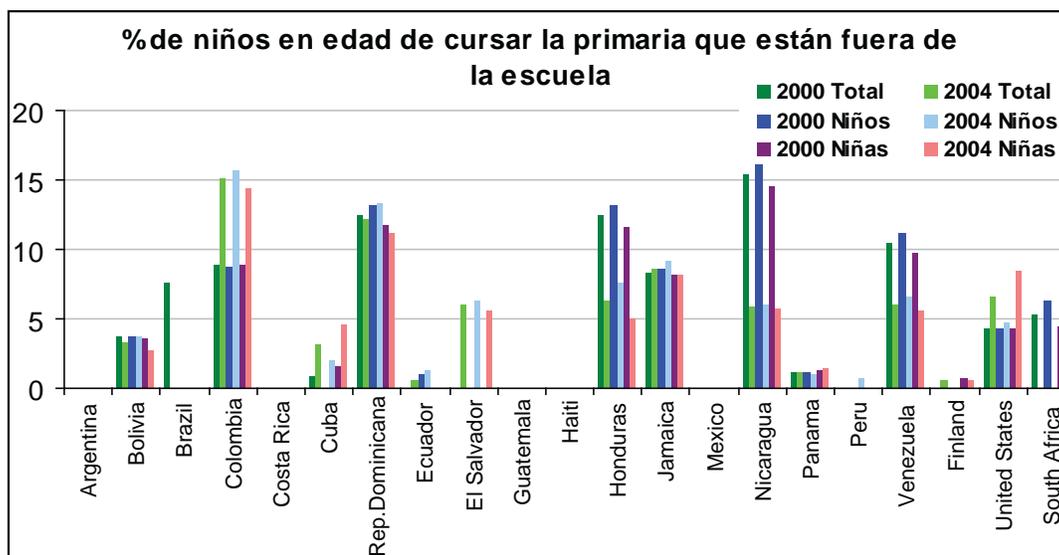
La asistencia a la educación primaria ya es una realidad para más de 95% de los niños de Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Panamá y Perú. Este nivel es más elevado que el de los Estados Unidos, aunque en Finlandia y España todos los niños están efectivamente en la escuela primaria. Los mayores rezagos se observan en Nicaragua, Colombia y República Dominicana, donde todavía hay entre 10 y 15% de niños y niñas que no asisten a la escuela primaria, índices similares a los de India. También en Guatemala, Honduras, Jamaica, Venezuela y Brasil hay todavía 10% de niños por cubrir en términos de educación primaria.

El buen resultado de México se debe a que el programa para la reducción de la pobreza, que cubre a prácticamente a todos los pobres extremos del país (25 millones, o una cuarta

parte de la población), reglamenta una corresponsabilidad para las madres que, para recibir la beca escolar de los niños, deben garantizar su asistencia y desempeño escolar. En Bolivia, Ecuador y Perú sería importante revisar los métodos de estimación del indicador y, en caso de que estén bien estimados, estudiar los programas educativos de estos países, para conocer a través de que mecanismos se garantizan tasas tan altas de asistencia a la primaria.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

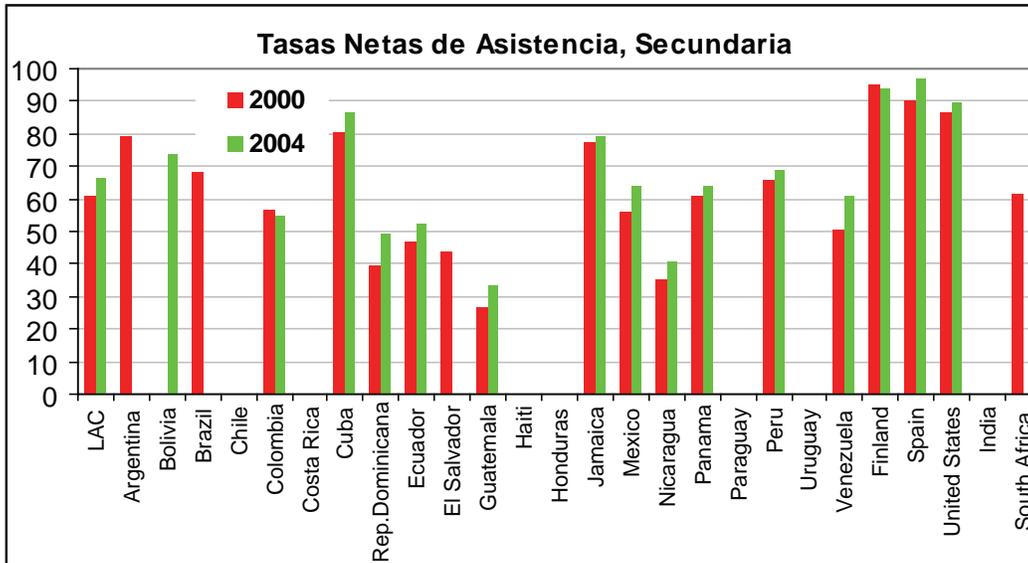


Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

El gran rezago educativo de ALC se observa en la educación secundaria. Mientras Finlandia, España y Estados Unidos cuentan con más de 90% de su población adolescente asistiendo a la escuela secundaria, la tasa más alta de ALC, que es Cuba, alcanza alrededor de 85%. Enseguida los países con mayor asistencia a educación secundaria son Argentina, Jamaica y Bolivia, con más de 70%, y después Brasil, México, Panamá y Perú, entre 60 y 70%. Los países con menor asistencia de adolescentes a este

nivel educativo son Guatemala (30%), Nicaragua (menos de 40%), República Dominicana, El Salvador y Ecuador (menos de 50%). Colombia y Venezuela se encuentran también rezagadas, aunque más de la mitad de sus adolescentes frecuenta la escuela secundaria.

Por tanto, los rezagos educativos de estos países siguen acumulándose entre generaciones, pues después de terminar la primaria, en la mayoría de los países de América



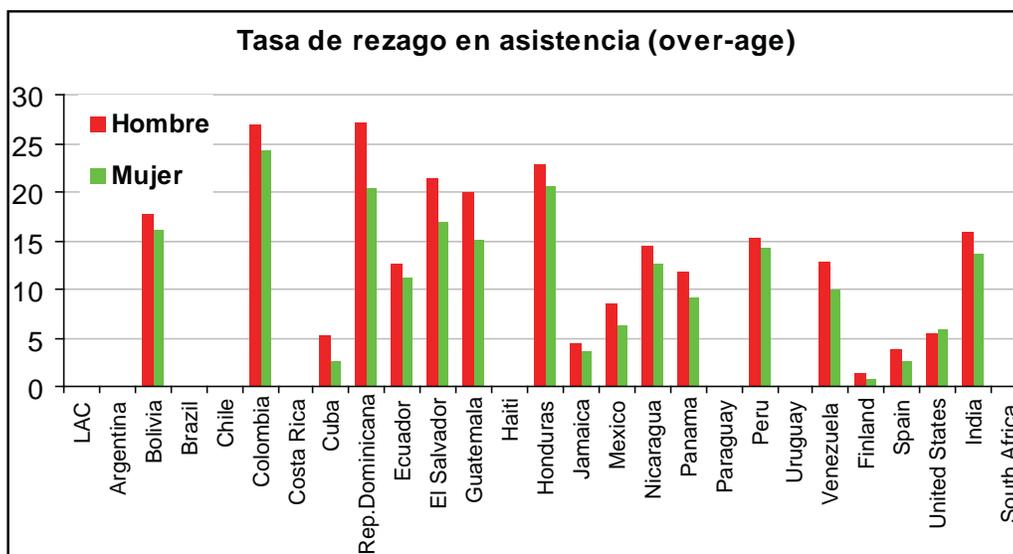
Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

Central más de la mitad de los adolescentes no está cursando la secundaria. Mientras en el resto de América Latina, hay entre 30 y 40% de ellos que no continúan los estudios después de la primaria.

Después de abandonar la escuela secundaria, a partir de los 13 años de edad, los adolescentes buscan un trabajo o se quedan sin trabajar ni estudiar, expuestos a mayores riesgos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los adolescentes que no estudian son los que tienen mayor riesgo

de embarazo adolescente y podrían estar más expuestos a los riesgos de adquirir enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH-SIDA, debido a que están desvinculados de las instituciones educativas, de la información, educación y programas de salud sexual y reproductiva.

El rezago educativo debido a años de retraso en la escuela, de acuerdo con la edad en que el niño o adolescente debería estar cursando determinado grado, es más alto en Colombia y República Dominicana, seguidos por Honduras,



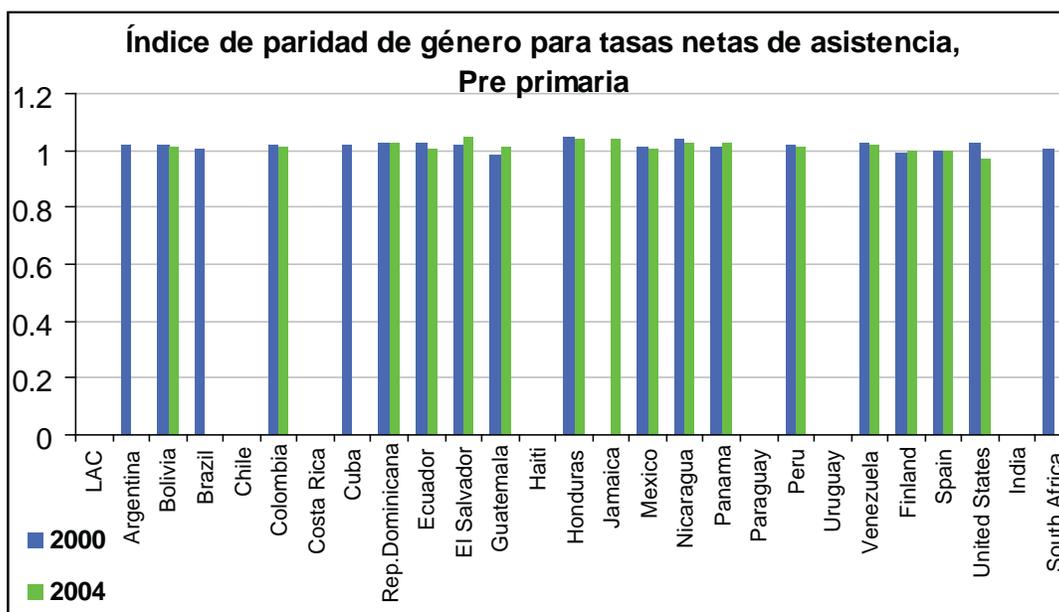
Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

El Salvador y Guatemala y Bolivia, Perú, Nicaragua, Ecuador, Venezuela y Panamá. Estos últimos cinco países tienen niveles de rezago similares al de India.

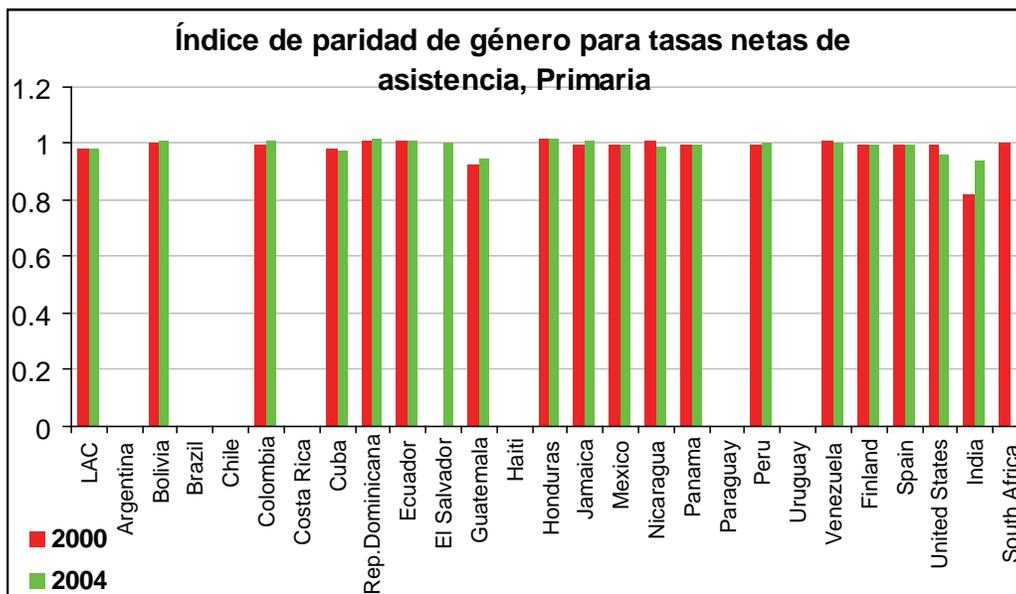
asistencia a la escuela no implica que se disfrute de una educación de calidad, al contrario, en la región éste es un desafío pendiente.

Los países con menores tasas de rezago escolar son Cuba y Jamaica, donde el rezago escolar es menor inclusive comparado con Estados Unidos. De todos modos, la simple

Tanto las altas tasas de inasistencia a la escuela secundaria, como el bajo promedio de años de estudio y el rezago educativo muestran que ALC no está



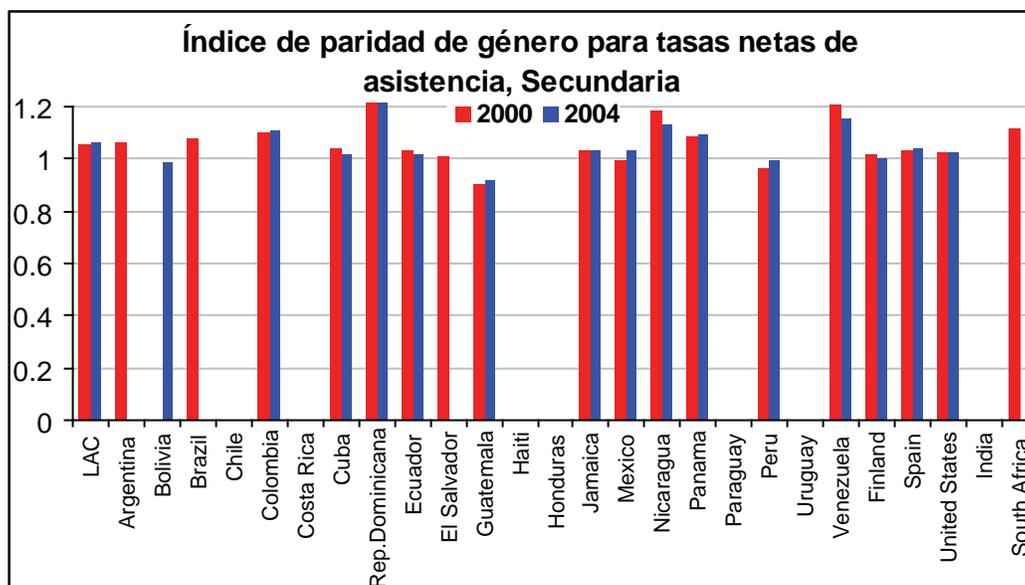
Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

respondiendo con políticas educativas adecuadas para un mejor aprovechamiento del bono demográfico disponible, y sus adolescentes y jóvenes pueden quedarse altamente rezagados frente a los procesos globales, que exigen a estas

generaciones conocimientos y capacidades muy avanzadas para poder insertarse en el mercado laboral de forma productiva y con mejores salarios.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la UNESCO

Educación y desigualdades de género

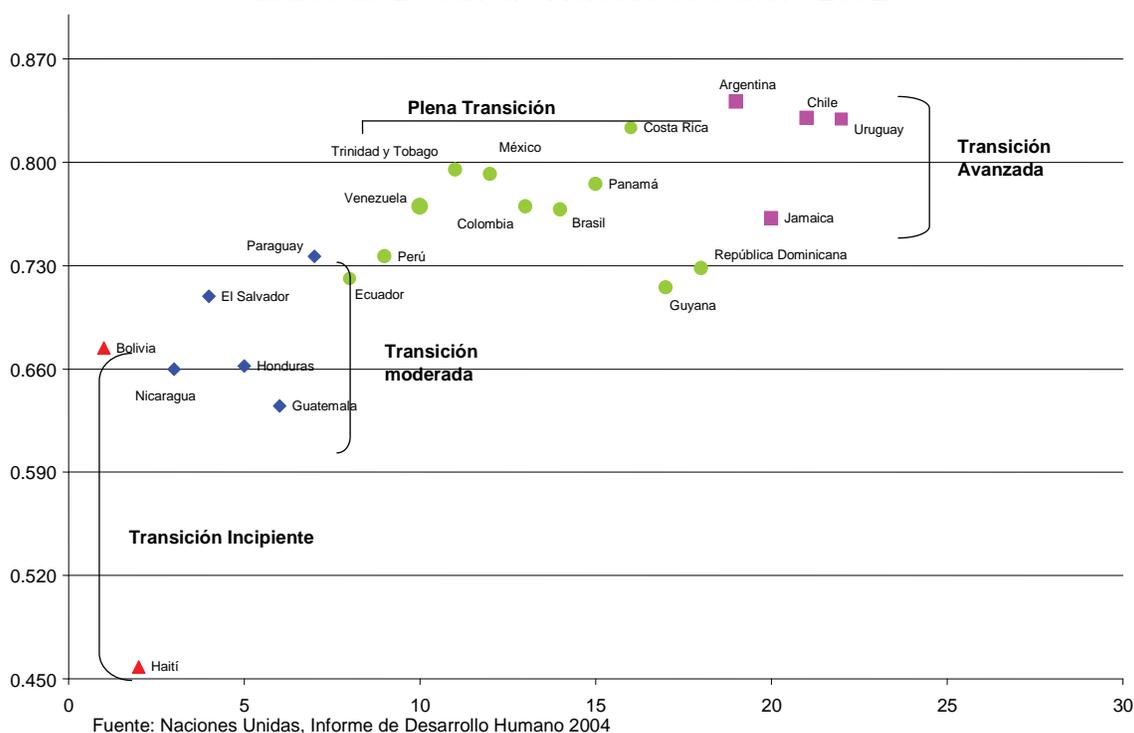
La desigualdad de género ha disminuido en la asistencia a la escuela pre-primaria, pero no es así en la asistencia a la educación primaria donde, en los casos de El Salvador, Guatemala y Panamá inclusive han aumentado las desventajas de las mujeres.

En la educación secundaria, no sólo son mayores los rezagos educativos, sino también la desigualdad de género. En países como Colombia, Guatemala, México, Panamá y Perú la desigualdad y desventaja para las mujeres ha aumentado en la asistencia a escuelas secundarias, en el periodo 2000-2004. Un indicador agregado que expresa mejor la heterogeneidad de la equidad de género en la región es el Índice de Desarrollo de Género (IDG) estimado por Naciones Unidas, que ajusta el progreso medio en las desigualdades entre hombres y mujeres a través de una combinación de indicadores sociodemográficos ⁶.

Esta estimación muestra claramente cómo esta combinación de factores guarda una relación casi directa con la transición demográfica: Argentina, Chile, Uruguay y Jamaica presentan los más altos de IDG, y en el extremo inferior están Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guatemala, países en transición incipiente o moderada y con IDG muy inferiores.

⁶ Se toman en cuenta los siguientes aspectos: disfrutar de una vida larga y saludable, medida según la esperanza de vida al nacer; disponer de educación media según la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en primaria, secundaria y terciaria; y un nivel de vida digno, medido según la estimación de los ingresos percibidos (estimado en Purchasing Power Parity y en dólares estadounidenses).

Índice de Desarrollo Relativo al Género 2002



Pobreza y desigualdades de género

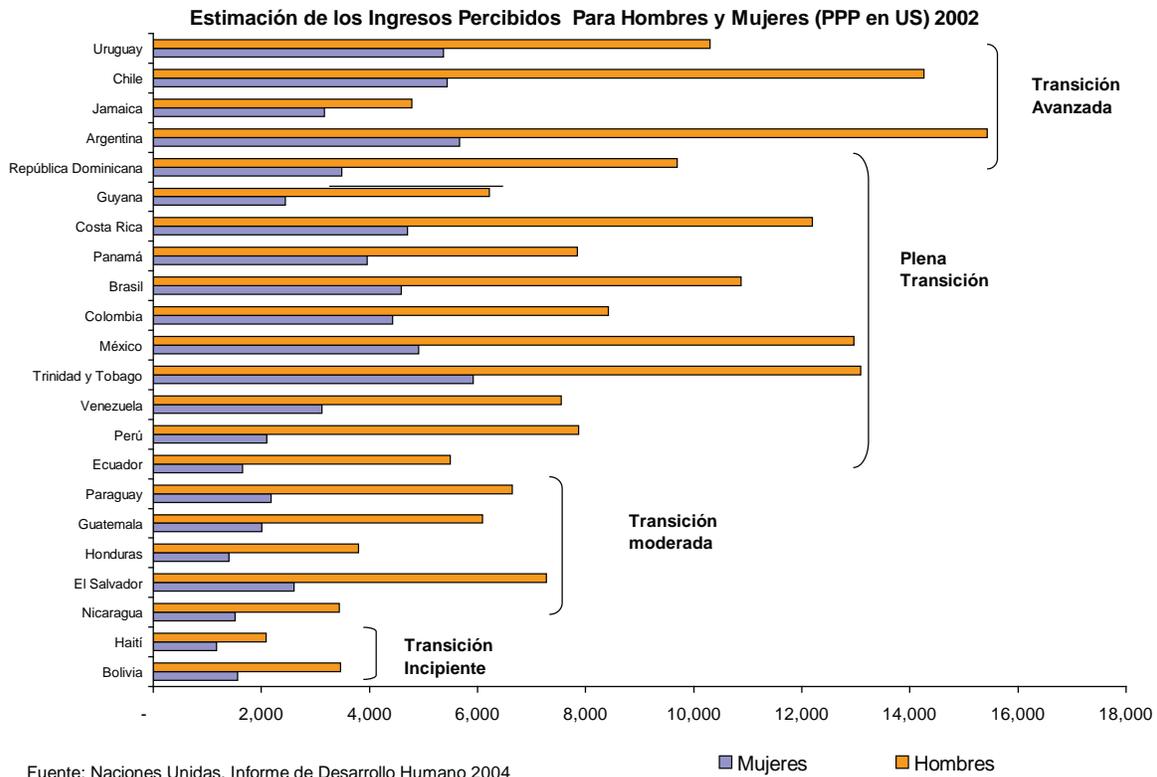
La relación entre pobreza y rezago demográfico es sugerente para el análisis de las desigualdades de género. Si las condiciones demográficas precarias (alta mortalidad y fecundidad) implican un mayor trabajo reproductivo para las mujeres, en estos regímenes ellas se enfrentarían a fuertes límites para liberarse de algunas tareas domésticas y para asumir roles productivos, pues la mayor parte de sus vidas estaría dedicada a la crianza de sus muchos hijos. Para tomar en cuenta el papel que juega la autonomía de las mujeres en la relación entre pobreza y rezago demográfico se consideran diferentes indicadores que expresen las oportunidades de participación laboral de la mujer y la desigualdad de género en los diferentes países.

Un indicador frecuentemente utilizado para analizar la discriminación de género es la brecha de ingresos entre hombres y mujeres. Los estudios de género han demostrado que los ingresos masculinos acostumban ser inferiores a los femeninos, aun controlándose la profesión y posición laboral (Chant, 1999). El análisis de los países latinoamericanos muestra que los diferenciales de ingresos entre hombres y mujeres no guardan una relación directa con la etapa de la

transición demográfica o con la situación de pobreza de los países.

Por un lado, el alto nivel de ingresos de los hombres en Chile y Argentina no encuentra correspondencia con el nivel de ingresos de las mujeres, sino al contrario, las brechas de género observadas en estos países son mucho más profundas que las observadas en países como Panamá y Colombia. Por otro lado, en Bolivia y Nicaragua las brechas de género son claramente menores que en los demás países de la región. En estos contextos y países en que predomina la pobreza, las pequeñas brechas de género pueden reflejar simplemente una homogeneidad de la pobreza para hombres y mujeres. Las medidas de desigualdad son relativas, por tanto, cuando la desigualdad relativa es pequeña, pueden reflejar simplemente que hay una mayoría absoluta de pobres o una mayoría de mujeres en situación de desventaja social.

Por otro lado, los países más desarrollados, cuyos mercados de trabajo son más especializados, este proceso de especialización ocurrió bajo un contexto social de



reproducción de las desigualdades de género, desde la escuela hasta el mercado de trabajo y las pensiones.

En ALC las mujeres todavía tienen menores oportunidades para alcanzar mayores niveles educativos, y la educación es el principal determinante del nivel de ingreso. Aún considerándose a los hombres y mujeres con el mismo nivel de educación, los puestos de trabajo más especializados y bien remunerados son ocupados en mayores proporciones por los hombres, y las mujeres se insertan en los puestos menos especializados, en las posiciones de menor rango y peor remuneradas.

Las diferencias de género se reflejan en los ingresos, pero sus raíces están en las desigualdades de roles sociales y de inserción laboral: en las edades jóvenes y adultas las mujeres trabajan principalmente en empleos informales, y los empleos formales asumen posiciones de menor rango y remuneración. En la vejez el valor de sus jubilaciones serán también inferiores al de los hombres, y son muchas más las que no logran jubilarse por no contribuir a un sistema de seguridad social durante el número de años previsto por ley. Asimismo, las adultas mayores indígenas, de áreas rurales, analfabetas y pobres, acostumbran no contar

con registro de nacimiento y matrimonio, lo que limita su capacidad de comprobar su estado civil para obtener una pensión. Estas diferencias de ingresos, de derechos civiles y de ciudadanía en la vejez también juegan un papel en los diferenciales salariales de género observados en los países más desarrollados de la región.

Las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres varían entre 12% en México y 47% en Brasil. Asimismo, la raza y la etnia constituyen la fuente todavía más importante de desigualdad de ingresos: la población indígena de la región percibe en promedio 46% a 60% de los ingresos que reciben quienes no son indígenas, mientras los pardos (personas mestizas) y las personas afro-descendientes perciben apenas la mitad del ingreso promedio que reciben los individuos de raza blanca (World Bank, 2006).

Políticas educativas para la superación de la pobreza y aprovechamiento del bono demográfico

Los déficits en escolaridad secundaria y media superior muestran que el mejoramiento de las capacidades a través de la educación formal ha sido mucho más lento en América Latina y el Caribe que en Asia Oriental.

Un jefe de familia requiere al menos de un certificado de educación secundaria para obtener ingresos suficientes para su familia y salir de la pobreza. Asimismo, en ALC sólo la educación superior asegura un nivel de ingresos que permita a las familias vivir en condiciones adecuadas de bienestar. Sin embargo, los títulos universitarios benefician más a los ricos que a los pobres. En países como Chile, Nicaragua y El Salvador, los profesionales con títulos universitarios mejor pagados disfrutan de una rentabilidad de la educación terciaria que supera en 30% a 40% la rentabilidad de los profesionales universitarios en trabajos de menor remuneración. La rentabilidad de la educación terciaria también es menor para los pobres, puesto que suelen estar en desventaja por la calidad de la educación que reciben, el menor acceso a las escuelas, la menor calidad en la formación de los profesores, entre otros factores, que se combinan con las desventajas en la información y en el acceso a los trabajos mejor remunerados (World Bank, 2006).

Los niños y jóvenes del 20% de las familias más pobres enfrentan mayor riesgo de fracaso escolar en comparación con aquellos provenientes de familias de clase media. En Chile y El Salvador los hijos de madres con educación primaria tienen un riesgo mucho mayor de deserción escolar que los hijos de mujeres con estudios universitarios. Si el padre también tiene bajo nivel educativo, el riesgo de fracaso escolar aumenta en hasta 1,4 veces en Chile y en 40% en la República Dominicana (World Bank, 2006).

Las estrategias para la reducción de la pobreza y promoción del desarrollo no pueden soslayar la urgencia de incluir todos los niños y jóvenes en las escuelas secundaria y media-superior, además de mejorar la calidad de la educación para los pobres, incluyendo la mejor capacitación y actualización de habilidades de los profesores, y la formación de alumnos y profesores en nuevas tecnologías. ALC sigue reproduciendo numerosas generaciones de profesores y jóvenes pobres que son “analfabetas tecnológicos”, lo que marca una diferencia cuantitativa y cualitativa con países con el mismo grado de desarrollo económico y en la misma etapa

de transición demográfica, como los de Asia Oriental. Esta diferencia es la que puede enmarcar de manera definitiva la futura inserción de los jóvenes latinoamericanos y caribeños en mercados de trabajo globales. Sin acceso a las tecnologías ellos se insertarían en ocupaciones no especializadas y con bajas remuneraciones, reproduciéndose la pobreza entre generaciones.

Un esfuerzo innovador en este sentido es el programa “Una laptop por niño”, implementado en Brasil y Argentina que, se espera, debe acompañarse de acciones para garantizar la formación y valorización de los profesores, mejorar la infraestructura de las escuelas, establecer y monitorear co-responsabilidades de las familias, profesores y escuelas para el éxito del programa.

4. Mercados laborales y bono demográfico: desafíos en políticas de juventud y género

Empleo

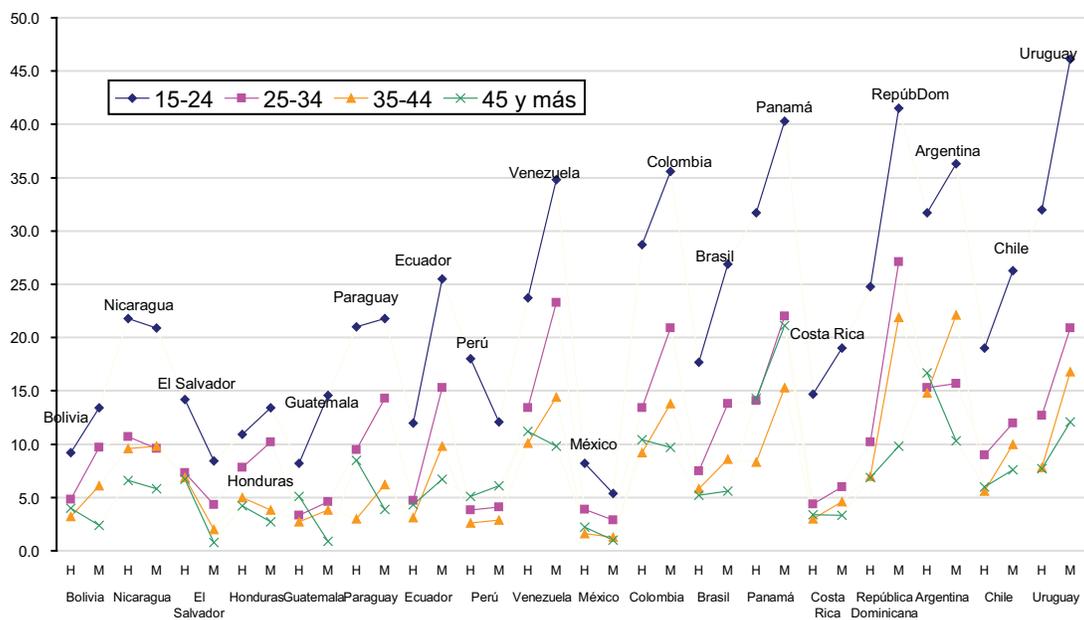
Los mercados laborales de ALC se han debilitado en las últimas dos décadas. En 1980 la tasa de desempleo regional urbano era de 6% y en 2004 alcanzó más de 10%. El poder adquisitivo de los salarios mínimos se redujo 24% y en siete países se redujo en más de 50%, siete de cada diez nuevos trabajadores se ubican en el sector informal y la cobertura de la seguridad social ha disminuido. Finalmente, la encuesta Latinobarómetro indica que 12% de los entrevistados no alcanzaba llegar hasta el fin del mes con el ingreso familiar, además de que 76% de los que trabajan están preocupados por perder su empleo dentro de un año. Las mujeres, jóvenes, poblaciones indígenas y afrodescendientes se encuentran todavía en desventaja en este panorama laboral (Partida, 2006). El desempleo, el subempleo y el trabajo precario mantienen a la mayor parte de la población circulando entre empleos de muy baja productividad, con ingresos irregulares y sin protección social. La informalidad laboral refleja una diversidad de actividades económicas que, en su mayoría, requieren poco capital, tecnologías simples y salarios marginales. Parte de las grandes empresas descentraliza los procesos productivos y subcontratan mano de obra, y por otro lado, los trabajadores abren nuevos puestos de trabajo informales por cuenta propia, que operan con muy baja productividad, sin registro o legalización del negocio ni del trabajador.

Las propuestas de políticas que se discuten en los siguientes apartados se basan en el objetivo de superar la pobreza y la informalidad laboral a través del aumento de los niveles y calidad de la educación y de la incorporación de tecnologías de información y comunicación al proceso productivo y laboral, contribuyendo a aumentar la productividad y competitividad de la región y a generar trabajos más productivos, estables y mejor remunerados. A estas políticas se sumarían las de promoción de la capacidad de ahorro y el desarrollo de sistemas de protección social para los trabajadores pobres e informales.

Desempleo

Como en otras regiones del mundo, en ALC las tasas de desempleo son siempre mucho más elevadas entre los jóvenes de 15-24 años, comparados con los demás grupos de edad. En casi todos los países el desempleo es mayor entre las mujeres, excepto en Nicaragua, El Salvador, Perú y México, donde se registran mayores tasas de búsqueda de empleo entre hombres que entre las mujeres. Estos países se encuentran en fases menos avanzadas de la transición demográfica y de desarrollo económico, así como cuentan

TASAS DE DESEMPLEO ABIERTO, SEGÚN SEXO Y EDAD 2003



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

con mayores proporciones de jóvenes en su población. Sin embargo, todos los grupos de edad presentan tasas de desempleo muy inferiores a las de Uruguay, Chile y Argentina, países más desarrollados en la región, con menores proporciones de jóvenes, y donde éstos cuentan con un mayor nivel educativo.

Contradictoriamente, estos tres últimos países, que más invirtieron en educación y en la equidad educativa entre hombres y mujeres, son los que menos han absorbido a los

jóvenes en el mercado laboral, pues presentan las mayores tasas de desempleo para estos grupos. Asimismo, son los países que presentan las mayores brechas de género, con desventajas para las mujeres, que buscan empleo en mayores proporciones que los hombres.

Este concepto permite reconocer que el mayor nivel educativo de los jóvenes, particularmente de las jóvenes, genera mayores expectativas laborales y salariales. Sin embargo, a pesar de sus inversiones y esfuerzos, los y las

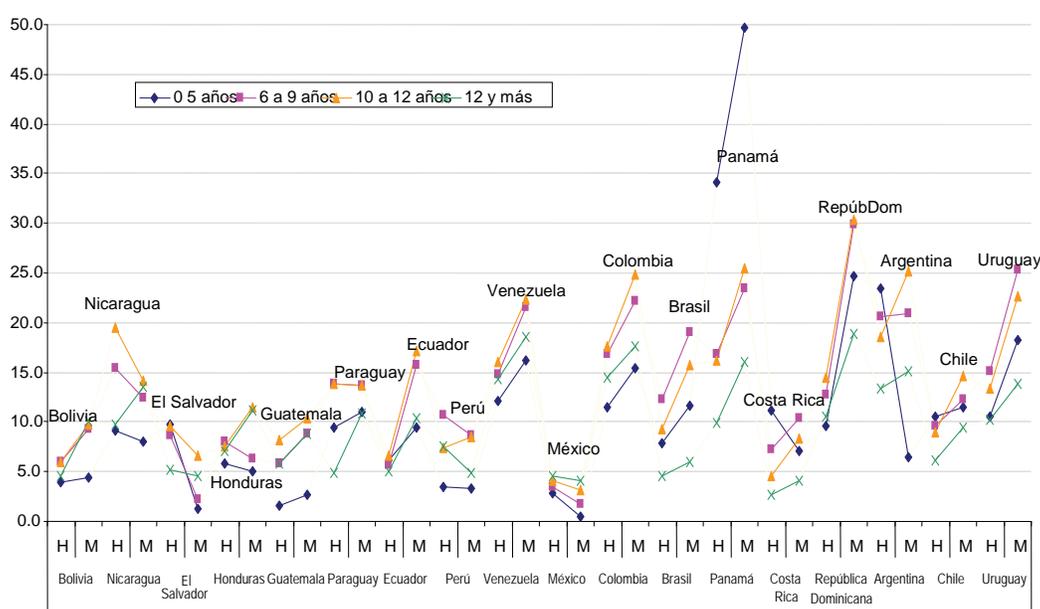
jóvenes y las mujeres adultas se enfrentan a rígidos límites en el mercado laboral para atender a sus demandas por empleo más calificado⁷.

Por tanto, los esfuerzos del Estado por aumentar la cobertura, calidad y tecnologización de la educación deben sumarse a los de generación de puestos de trabajo especializados y productivos, para absorber a los jóvenes que inviertan fuertemente en su educación y capacitación para el trabajo.

Desempleo y educación

La relación entre desempleo y niveles educativos es un tanto ambigua. En casi todos los países de la región las personas con 10 a 12 años de educación, es decir, las que accedieron o terminaron la educación media superior, son las que más buscan empleo. Enseguida, los que más buscan trabajo son los que cursaron la educación media. Prácticamente no se observan diferencias en las tasas de desempleo entre las personas con educación media y media superior.

TASAS DE DESEMPLEO ABIERTO, SEGÚN SEXO Y NÚMERO DE AÑOS DE INSTRUCCIÓN 2003



Programas de aseguramiento del desempleo

El seguro para el desempleo es escaso e insuficiente en ALC y, cuando existe, asume un carácter de programa de asistencia social para desempleados, pero no de un seguro propiamente dicho, con carácter contributivo y financiado por las cotizaciones de empleados y empleadores.

Las políticas de protección al desempleo existen en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela. El beneficio tiene una duración de entre 2 y 12 meses y no cubre a la mayor parte de los desempleados.

⁷ Este resultado contradictorio sugiere un análisis de la pregunta que se aplica a las personas en los censos y encuestas para medir el desempleo, que más bien se refiere a si ellas estuvieron en "búsqueda de empleo". Por tanto, en los casos en que muchas personas no declaran que estuvieron buscando empleo, puede significar simplemente no lo buscaron, y las razones para no hacerlo pueden ser desde una opción personal porque los sueldos eran bajos, por baja capacidad de buscar empleo, u cualquier otro motivo, inclusive las bajas expectativas para encontrarlo.

Características de los Programas de Seguro y Asistencia Social para el Desempleo. 1997-2001

Países	Primera Ley y ley vigente	Cobertura de empleados asalariados		Prestaciones		
		Totalidad	Parte	% de ingresos	Periodo de pago (semanas)	Periodo de espera (días)
Argentina	1967, 1991, 1995	x ^{a/}		60	17-52	0
Brasil	1965, 1986, 1990, 1990	x		1-3 salarios mínimos	17	0
Chile hasta 2001	1937, 1981	x		"	26-52	0
Chile 2002	2001	x ^{c/}		50	4-21	0
Ecuador	1951, 1988		x ^{e/}	"		60
Uruguay	1944, 1981		x ^{g/}	50-60	26	0
Venezuela	1990		x ^{h/}	60	13 – 26	30

Fuente: OIT, basado en Mesa Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio (1998) y actualizado para Chile con datos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2001).

a/ Excluye empleados públicos

c/ Excluye a trabajadores de casa particular, ya que tienen un sistema propio que los protege

e/ Pensión por cesantía para empleados entre 60 y 65 años de edad.

f/ Suma mensual fija

g/ Empleo privado asalariado, excluye al sector bancario, la agricultura y empleados domésticos

h/ Empleados en los sectores privado y público, con contratos de plazo fijo, quienes están cubiertos por el sistema de seguridad social, excluye a empleados de casa particular.

La implementación de los programas de seguro para el desempleo debería incluir también a los jóvenes, las mujeres y las personas que viven en pobreza, grupos que presentan las más altas tasas de desempleo en la región, además de que podrían articularse con las políticas de salud, salud reproductiva y de conciliación de los roles productivos y reproductivos, orientadas específicamente para estos grupos, excluidos con mayor frecuencia del mercado laboral.

Tasas de participación laboral

Las personas que menos buscan trabajo son los grupos extremos en el rango educacional: los que entraron al nivel

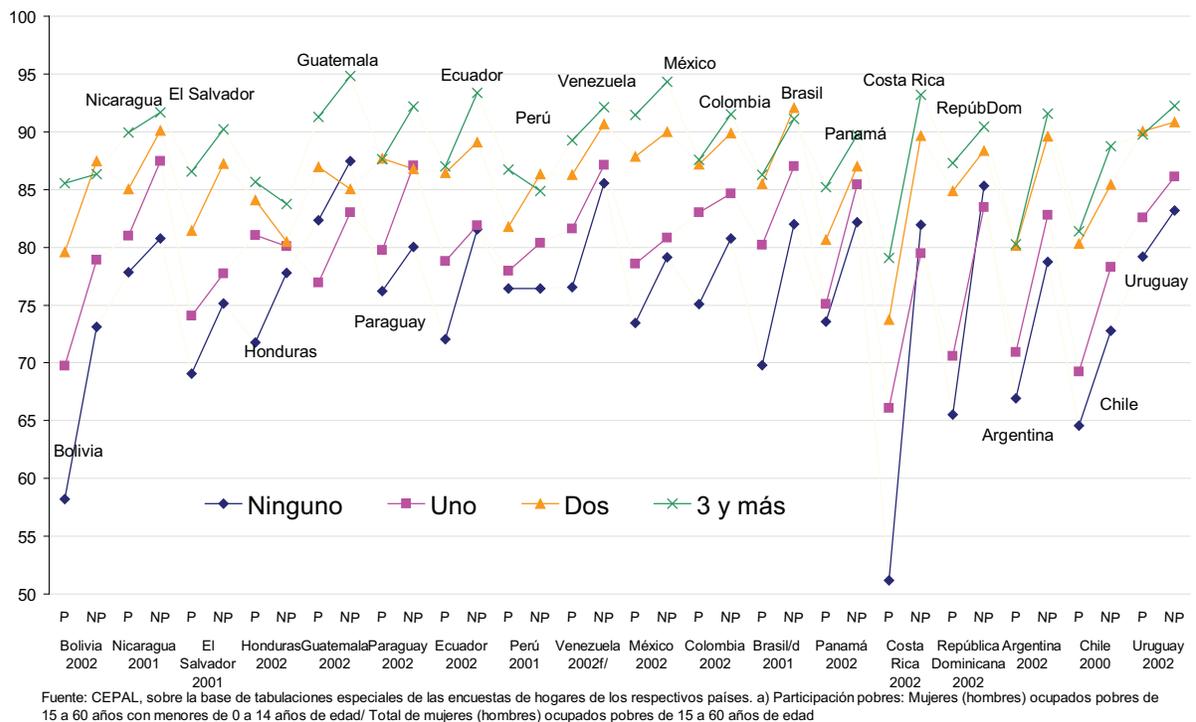
de educación superior y los que no terminaron la primaria. Al comparar estos dos grupos extremos, los que más buscan trabajo son los que no terminaron la primaria, excepto en México, Colombia, Venezuela, Perú, Guatemala, Nicaragua y Bolivia, donde la búsqueda de trabajo es más frecuente entre las personas de mayor nivel educativo. Parece ser que en estos países las escasas oportunidades laborales para personas más calificadas es un problema muy importante y presente.

A su vez, la relación entre las tasas de ocupación, género y pobreza es muy clara. En todos los países los hombres y mujeres pobres tienen mayores tasas de ocupación que los no pobres. Las tasas de ocupación son mucho más altas

entre los hombres que tienen dos o más hijos menores de 14 años (80% de ellos trabajan), y mucho menor entre los que no los tienen (entre 65 y 75% de ellos trabajan). Esta

tendencia se reproduce tanto entre pobres como entre no pobres, y en todos los países.

TASA DE PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES DE 15 A 60 AÑOS POR POBREZA a/. SEGUN NÚMERO DE MENORES EN EL HOGAR. (Menores de 0 a 14 años)

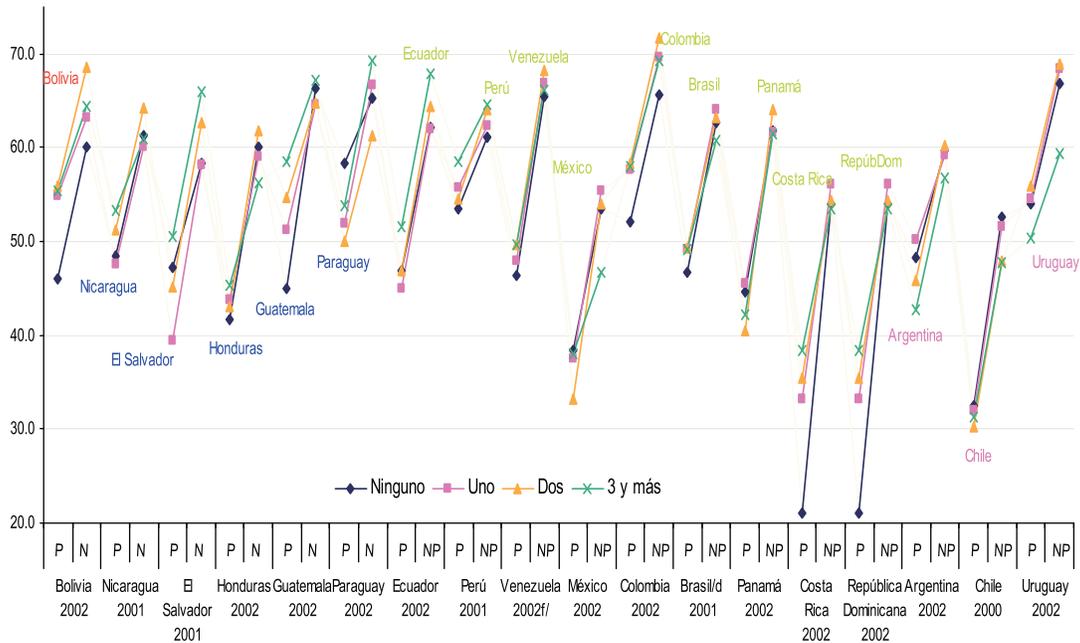


Muy probablemente este resultado está interferido por la edad de las personas analizadas, pues la mayor parte de las personas de 15 a 19 no tienen hijos y no están ocupados, pero están estudiando. Por otro lado, los adolescentes y jóvenes que tienen hijos apenas alcanzaron el grado de estudios que les fue posible pero, por su menor edad y poca experiencia, encuentran mayores barreras para encontrar trabajo.

con y sin hijos desaparecen, pues en todos los países ambos grupos presentan tasas de ocupación muy similares.

En el caso de las mujeres, se profundizan las diferencias entre las pobres, que trabajan en muy menores proporciones que las no pobres, pues éstas últimas, en su gran mayoría, están ocupadas. Este resultado muestra el importante papel que juega el trabajo femenino para que los hogares salgan de la pobreza. Por otro lado, las diferencias entre las mujeres

TASA DE PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES DE 15 A 60 AÑOS POR POBREZA a/.
SEGUN NUMERO DE MENORES EN EL HOGAR. (Menores de 0 a 14 años)



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a) Participación pobres: Mujeres (hombres) ocupados pobres de 15 a 60 años con menores de 0 a 14 años de edad/ Total de mujeres (hombres) ocupados pobres de 15 a 60 años de edad

Trabajo, informalidad y pobreza

La posibilidad de establecer relaciones entre pobreza y momento demográfico depende del indicador de pobreza que se utilice. En la mayor parte de los países de América Latina la pobreza es estimada con base en los ingresos per cápita de los hogares, que reúnen principalmente los valores de sueldos por trabajo, divididos igualmente entre todos los miembros de los hogares. Por tanto, el trabajo y las jubilaciones⁸ derivadas del trabajo formal constituyen dos pilares para el bienestar de los hogares, medido desde el punto de vista del ingreso.

⁸ Sin embargo, existen diferencias entre los países respecto a la información sobre ingresos. Algunas fuentes de información incluyen sólo el ingreso del trabajo, otros incluyen también jubilaciones y pensiones, y otras también incluyen ingresos de remesas, rentas, interés, indemnizaciones, premios de lotería, etc. Estas diferencias subyacen cualquier indicador de pobreza que se utilice para establecer comparaciones entre países de la región.

Trabajo, informalidad y seguridad social.

Los países más avanzados en la transición demográfica y con mayores niveles de educación también presentan mayores tasas de trabajadores formales y asalariados que contribuyen para el sistema de seguridad social (Chile, Uruguay, Costa Rica y Argentina tienen más de 50 por ciento de personas ocupadas y asalariadas contribuyendo para estos sistemas). Sin embargo, Brasil y México, que se encuentran en una etapa más atrasada de la transición demográfica, presentan tasas de cobertura del sistema de seguridad social similares a estos países. A su vez, Perú, Paraguay y Bolivia también presentan tasas similares, pero menos de 30 por ciento de los trabajadores contribuyen para un sistema de pensiones por vejez.

Eso se debe a que la cobertura de los sistemas de pensiones no depende solamente de la cantidad de trabajadores o empleos formales e informales, sino también obedece a las reglas y contextos institucionales del sistema

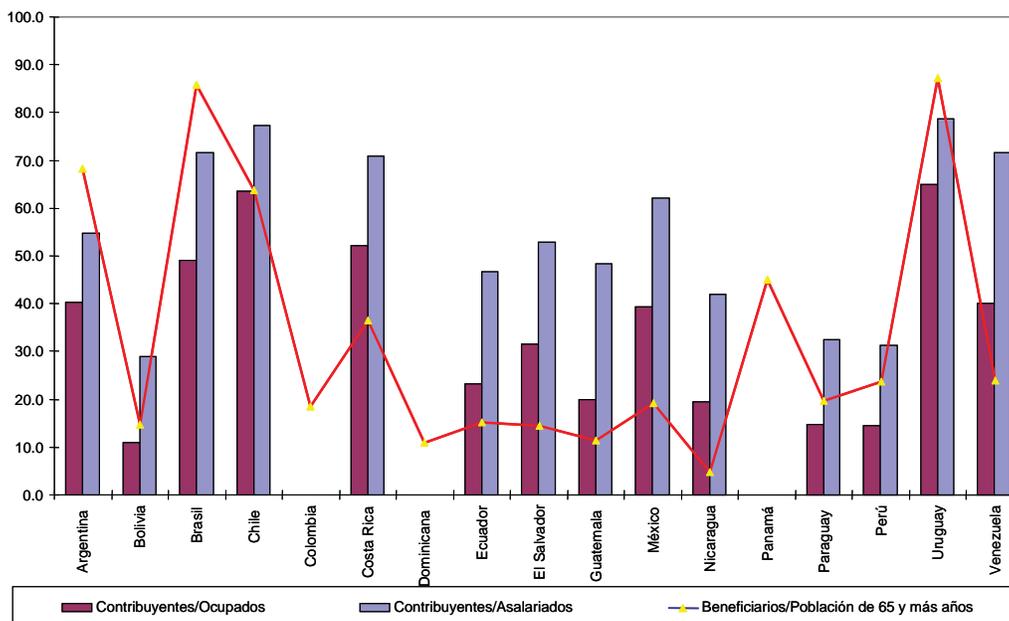
de seguridad social en cada país, que pueden excluir o incluir a los trabajadores informales. Al inicio de 1997 ocho países latinoamericanos implementaron reformas estructurales en los sistemas de pensiones; algunos cerraron el programa anterior de fondo público y lo sustituyeron por otro de capitalización plena e individual con administración privada o múltiple (Chile, Bolivia, El Salvador); otros incorporaron al programa anterior un componente integral de sistema mixto (Argentina y Uruguay); otros crearon programas paralelos que eliminan el monopolio público de la seguridad social (Perú y Colombia); y en México se creó un sistema sustitutivo con administración múltiple (Mesa Lago, 2000).

Después de dichas reformas, la cobertura de estos sistemas de seguridad social sigue siendo muy similar a la que tenían los sistemas anteriores, y continúa acorde con las características de la economía y del mercado laboral de cada país. Los sistemas de seguridad social reciben contribuciones de 80 por ciento de la población económicamente activa en Argentina, Chile y Uruguay; menos de 50% en Brasil; 38 por ciento en México y Colombia, 32 por ciento en Perú, 23 por ciento en El Salvador y 12 por ciento en Bolivia. La edad a la jubilación varía entre 55/60 años en El Salvador y 57/62 años en Colombia; hasta los 60/65 años en Argentina, Chile, Uruguay; y los 65 años en México y Bolivia (Mesa Lago, 2000).

Sin embargo, a estas proporciones de contribuyentes no corresponden proporciones similares de pensionados. De la población mayor de 65 años, 80 por ciento son pensionados en Brasil y Uruguay, sólo entre 60 y 70 por ciento son pensionados en Chile y Argentina, menos de 40 por ciento en Costa Rica, y menos de 20 por ciento en Colombia, México, Guatemala, El Salvador, Ecuador, Bolivia y Nicaragua. En Brasil, Argentina y Uruguay las proporciones de adultos mayores pensionados son mayores que las de contribuyentes. En Brasil eso se debe a que la reforma constitucional de 1998 garantizó la pensión universal y creó un sistema no contributivo para los trabajadores rurales. Asimismo, en Brasil los trabajadores independientes, inclusive empleadas domésticas, cuentan con planes especiales de contribución para pensionarse y muchos de ellos participan; mientras en Argentina y Uruguay los trabajadores independientes están obligados a participar. En Chile ellos no están obligados a participar, cuentan con planes especiales pero optan por no contribuir.

En todos los demás países las proporciones de personas pensionadas son mucho menores que las de contribuyentes en la vida activa. Esta situación se debe a que las reglas de los sistemas de seguros, como en Chile y México, no son atractivas y restringen el acceso a las pensiones para gran parte de los contribuyentes independientes y residentes en áreas rurales.

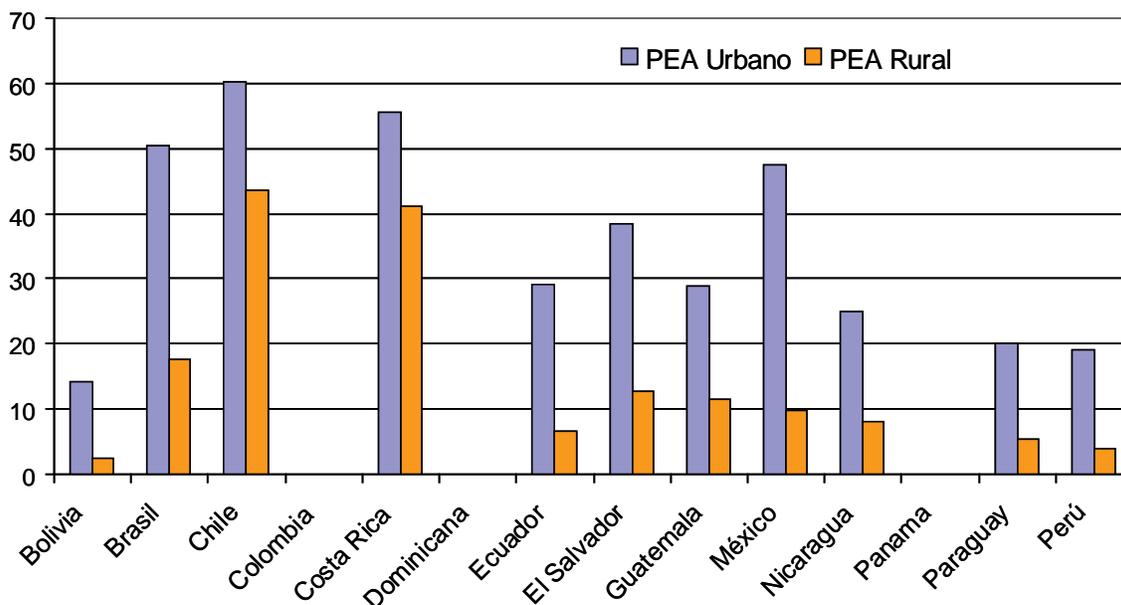
Tasas de cobertura del Sistema de Seguridad Social en la población ocupada y asalariados



La cobertura de seguridad social presenta enormes diferenciales entre la cobertura en la PEA urbana y rural. En casi todos los países de la región las áreas urbanas concentran

la gran mayoría de los contribuyentes, mientras las áreas rurales están prácticamente descubiertas de sistemas de pensión, excepto en Chile y Costa Rica. Los diferenciales

**Tasas de cobertura de PEA según lugar de residencia
(Contribuyentes/PEA)**



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

entre áreas rurales y urbanas corresponden a la desigualdad de cobertura de la seguridad social en los diferentes sectores de la economía. Los sectores terciario y secundario, más presentes en áreas urbanas, tienen tasas de contribuyentes mucho más altas que el primario. Los diferenciales sólo son pequeños en Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica. En todos los demás países, los sectores económicos más desarrollados tienen dos a cinco veces mayores proporciones de contribuyentes para la seguridad social que el sector primario, más concentrado en el campo.

En todos los países la cobertura de la seguridad social es mayor entre los funcionarios públicos que entre los del sector privado. Entre las personas con empleo, los que contribuyen para un sistema de seguridad social en el sector público corresponden a 90% o más en Uruguay, Costa Rica, El Salvador, Venezuela, Chile y Brasil. También contribuyen 80% de los funcionarios públicos de Paraguay, Ecuador, Nicaragua y México. Los funcionarios públicos

menos cubiertos son los de Perú (60%), Argentina (65%), Bolivia (70%) y Guatemala (73%).

Los trabajadores del sector privado que más contribuyen para un sistema de seguridad social son los de Chile, Brasil, Uruguay, Costa Rica y Venezuela (entre 60 y 80%), y los que menos contribuyen son los de Bolivia (18%), Perú y Paraguay (25%), Nicaragua (30%), Ecuador (40%), El Salvador y Guatemala (50%).

Informalidad Laboral y Pobreza

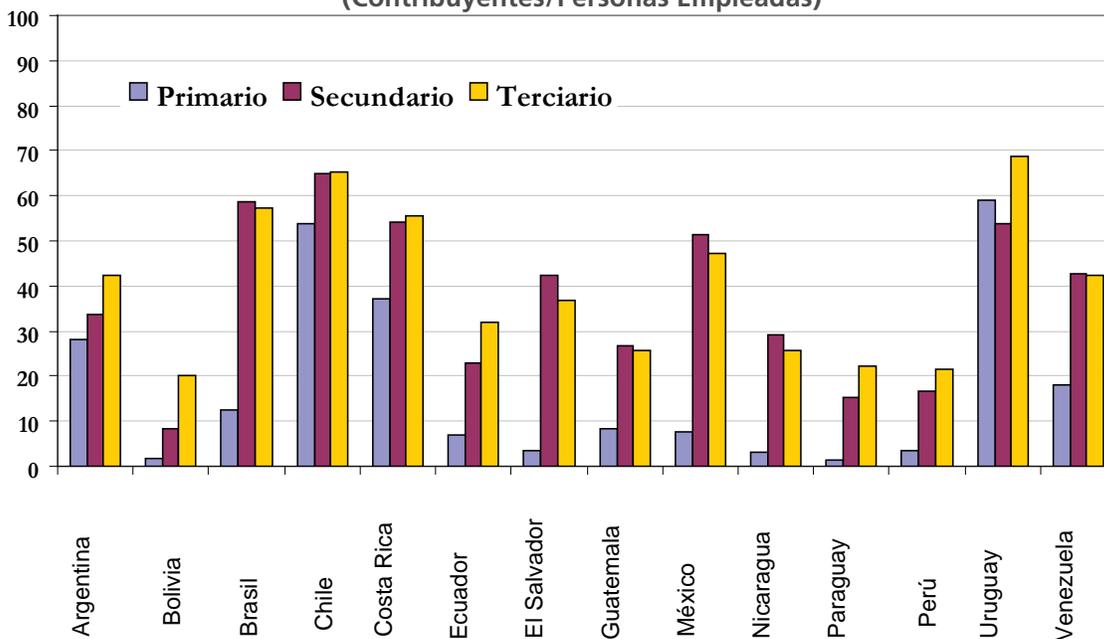
Las mujeres, los jóvenes, las personas pobres, indígenas, afro-descendientes y adultas mayores trabajan más en la informalidad.



©UNFPA/Wint

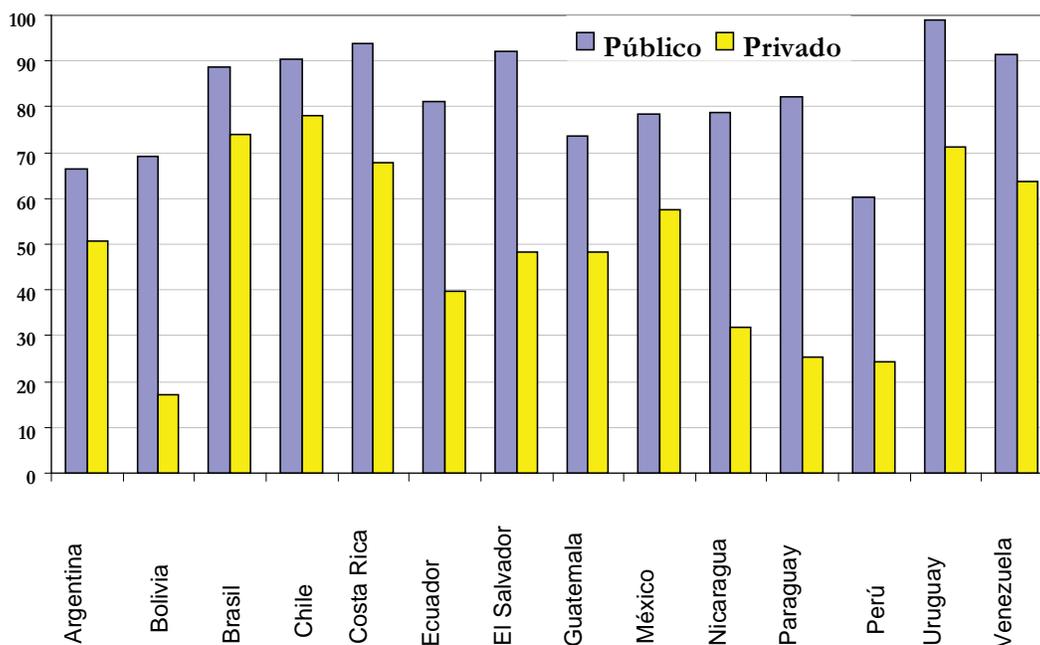
Las políticas de protección social afirmativa en el trabajo deben garantizar derechos laborales, pensiones, servicios de salud y salud reproductiva para todos estos colectivos.

Tasas de cobertura del Sistema de Seguridad Social en empleados según sector de la economía (Contribuyentes/Personas Empleadas)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Tasas de cobertura del Sistema de Seguridad Social en empleados según campo actividad (Contribuyentes/Personas Empleadas)



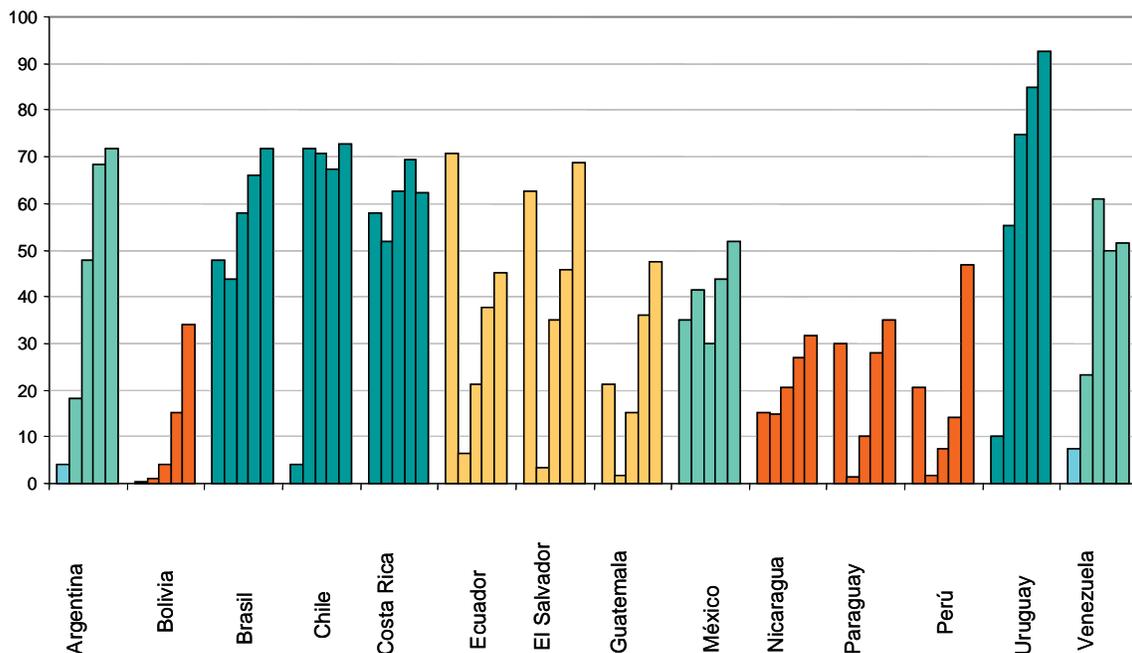
Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Informalidad laboral y pobreza

La cobertura de los sistemas de seguridad social por niveles de pobreza muestra que la desigualdad social y la exclusión de los pobres de estos sistemas es una regla en la mayoría de los países. En Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela la gran mayoría de los empleados con ingresos más altos tiene acceso al seguro, mientras los que se ubican en los quintiles de ingresos más bajos prácticamente están

descubiertos de esta prestación laboral. La exclusión de los pobres no se relaciona necesariamente con la baja cobertura del conjunto del sistema. Por ejemplo, Bolivia, con una cobertura de tan sólo 20 por ciento de los trabajadores, también presenta una distribución extremadamente desigual por niveles de ingresos.

Tasa de Cobertura del Sistema de Seguridad Social en empleados por quintil de ingreso (Contribuyentes/Personas Empleadas)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Algunas excepciones son Brasil, Costa Rica y México, donde los sistemas de seguridad social tienen niveles de cobertura muy distintos: 60, 70 y 40 por ciento de los trabajadores respectivamente, pero esta cobertura es más homogénea para trabajadores de todos los niveles de ingresos. La contribución del sistema de seguridad social para la reducción de la desigualdad de ingresos se debe a distintos factores. En Brasil se debe a que los pactos sociales reglamentados en la constitución de 1988 incluyeron el derecho a la jubilación para los trabajadores agrícolas e informales, a pesar de que nunca contribuyeron al sistema. En Costa Rica y México, se debe a que el sistema incluye a contribuyentes de diferentes niveles de ingresos.

A su vez, en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay los grupos más pobres presentan una mayor cobertura de los sistemas de seguridad social, resultado probablemente relacionado con mecanismos de cobertura especiales para estos grupos, o con el bajo sueldo de los contribuyentes.

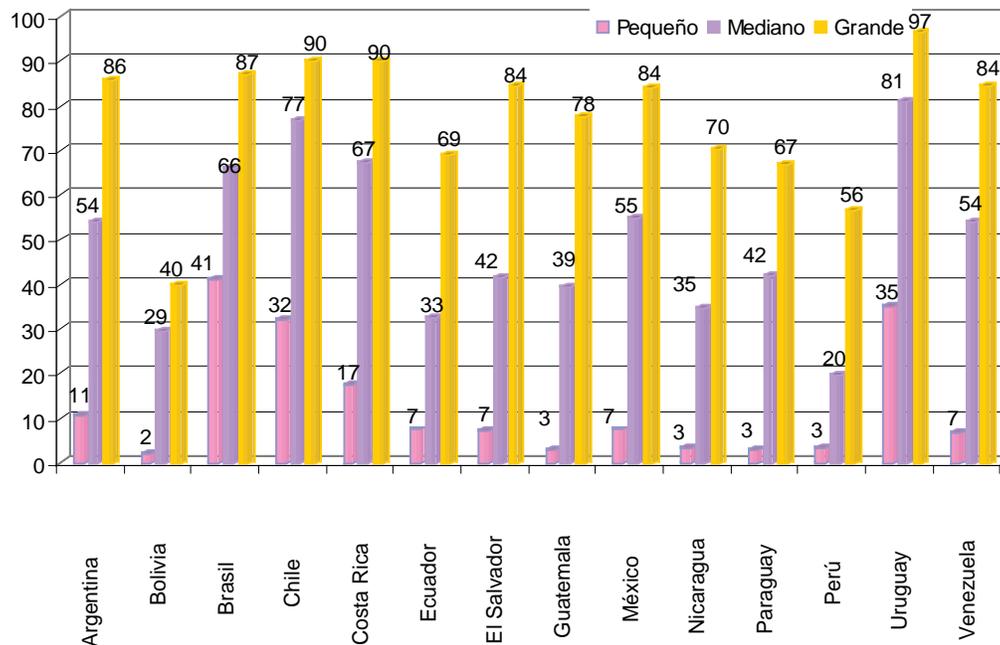
Informalidad y tamaño de las empresas

En todos los países la cobertura de los sistemas de seguridad social es mucho mayor en áreas urbanas que rurales, reflejando los diferenciales de cobertura de estos sistemas

de acuerdo al tamaño del establecimiento de trabajo. Los establecimientos de mayor tamaño, concentrados en áreas urbanas, tienen más de 60 por ciento de sus trabajadores afiliados a algún seguro. Al contrario, menos de 10 por ciento de los pequeños establecimientos cuentan con esta prestación laboral; excepto en Brasil, Chile, Uruguay y Costa Rica, donde esta cobertura es un poco mayor.

Los establecimientos pequeños son los que presentan mayor grado de informalidad laboral, y por tanto son los más vulnerables a la desprotección social, sea porque los costos laborales de la protección son demasiado altos para las pequeñas empresas, sea porque los sueldos y la capacidad de recaudación de los asalariados son muy bajos.

Tasas de cobertura del Sistema de Seguridad Social en empleados según tamaño del establecimiento (Contribuyentes/Personas Empleadas)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Por ello, es muy reducida la posibilidad de extender la seguridad social en un esquema de un fondo solidario que incluya a los trabajadores independientes y de los pequeños establecimientos, particularmente en los países en que éstos últimos constituyen una amplia mayoría de no contribuyentes. En estos contextos, la cobertura de la mayoría de trabajadores no asegurados con las cuotas de contribuciones de una pequeña minoría de trabajadores formales asegurados hace casi inviable universalizar la seguridad social por la vía de un seguro contributivo y fondo solidario. Asimismo, la sociedad paga un costo alto para el mantenimiento de los subsidios estatales para consolidar el sistema de protección de una minoría, y éstos se tratan de subsidios regresivos. Mientras los subsidios pueden concentrarse más bien en los programas públicos de

protección social para los grupos más pobres y más amplios de la población, comparados con la minoría asegurada. Aunque también es importante garantizar la sostenibilidad de los sistemas existentes para los contribuyentes, con el objetivo de evitar que el grupo asegurado entre a la pobreza frente a posibles quiebres de sus sistemas de seguridad social.

Bajo esta perspectiva, muchos investigadores y organismos internacionales, incluido el sistema de las Naciones Unidas, recomiendan que los Estados inviertan más en la generación de empleo productivo, en microcréditos y en el impulso y formalización del sector informal, además de proveer redes de protección mínima a los trabajadores más pobres. En la mayor parte de los países de ALC eso

no es viable a través de los sistemas de seguridad social existentes, por lo que se recomienda que los estados generen mecanismos alternativos de ahorro y protección social atractivos y rentables para los trabajadores informales y pobres, así como para jóvenes, indígenas y mujeres.

Superar la informalidad a través del aumento de la productividad de los trabajadores y empresas

Un diagnóstico integral de la informalidad implica articular múltiples elementos de oferta y demanda, de trabajadores y empresas. En la actualidad el mundo del trabajo es heterogéneo: los trabajadores cuentan con diferentes capacidades individuales, con múltiples vínculos laborales formales o informales; mientras las empresas presentan distintos grados de especialización y formalidad.

El mercado laboral es altamente heterogéneo: reúne empleos agropecuarios altamente intensivos en mano de obra y actividades no agrícolas de pequeña, mediana y gran escala, hasta empresas altamente complejas y competitivas. Se desarrollan actividades de subsistencia, pero también actividades y empresas formales de grande escala, que recurren a la flexibilización y subcontratación e informalidad para reducir los costos de producción, aprovechando las fallas de regulación laboral y los nexos de solidaridad de personas y familias pobres que aceptan trabajos a destajo y muy mal remunerados. Todas estas actividades son interdependientes y funcionales entre sí, y en todas ellas hay empresas y trabajadores formales e informales. Desde esta perspectiva, el sector informal crece como parte dinámica, integral y funcional de la economía moderna (Portes, 1995; Portes y Benton, 1989).

Inclusive las actividades productivas tradicionales se han renovado y establecido relaciones funcionales con las economías modernas y transnacionales. Cada vez más unidades agropecuarias y artesanales consideradas “de subsistencia” venden sus productos a grandes empresas transnacionales; las familias de áreas rurales trabajan a destajo para grandes empresas globales; el mercado formal recurre a la informalidad para aminorar los costos de la producción a través de la subcontratación, la contratación directa sin contrato laboral escrito ni prestaciones, de la comercialización vía empresas o trabajadores informales y por cuenta propia (Portes, 1995; y Portes y Benton, 1987).

Sin embargo, en ALC esta integración ocurre manteniendo el sector informal con bajos niveles de productividad, sin incentivos y desaprovechando las capacidades de los trabajadores, además de la falta de sistemas de protección social (Gomes, 2006). Los trabajadores asalariados que laboran en pequeños establecimientos y por cuenta propia integran el amplio mercado laboral informal de ALC, y representan entre 25% y 70% de los empleos en los países de la región (World Bank, 2006).

A pesar de que el sector informal genera empleo e ingresos para millones de personas, la mayor parte de los asalariados informales recibe bajos ingresos y no cuenta con sistemas de protección social. Los trabajadores de micronegocios informales y por cuenta propia tampoco cuentan con garantías formales como contrato y prestaciones, sus ingresos son irregulares y reducidos y, cuando se tratan de negocios familiares, muchos no reciben remuneración (Villareal, 2006).

La baja productividad y la informalidad de los micronegocios

Por otro lado, la mayor parte de las empresas del sector informal trabaja a pequeña escala, como micronegocios, sin constituirse jurídicamente como sociedades independientes. Funcionan con una administración poco profesional, no llevan registro de contabilidad que permita distinguir el trabajo y el capital, actividades de producción y propietarios, flujos de ingresos y capital; tienen capitalización limitada, con poco acceso al crédito y usan tecnología tradicional, comercializan sus bienes o servicios en mercados informales, entre clientelas con poder de compra limitado (Villareal, 2006).

La precariedad y la alta tasa de fracaso de las empresas informales en ALC no se deben directamente a su pequeño tamaño, sino al bajo nivel de capital humano de los microempresarios, que cuentan con poco conocimiento sobre la posición de la empresa, escasa habilidad administrativa y financiera. Las pequeñas empresas tampoco cuentan con comprobantes oficiales de ingresos, registros de obligaciones financieras, garantías de pago y registros de activos, por lo que no pueden acceder a créditos del sistema financiero formal y no cuentan con planes de expansión. Asimismo cuentan con insuficiente capital de trabajo, equipos y maquinaria; usan tecnología tradicional, se concentran en ramas de actividad donde no existen economías de escala importantes (comercio al menudeo,

servicios y construcción), sus productos y mercados son poco diversificados, y se orientan sólo al mercado interno y a clientelas de ingresos bajos o medios. Como resultado sus ingresos son escasos e irregulares; por eso evaden los costos de acceso a instituciones formales de asociación, crédito y capacitación. Este conjunto de limitantes administrativos, tecnológicos y económicos se reproducen en ALC aliados al bajo nivel de educación y empoderamiento de la población, que terminan por limitar el crecimiento, maduración, formalización y contribución tributaria de las microempresas. (Villareal, 2006; Kantis, 2006)

Un segundo factor que vulnera los micronegocios en los países en desarrollo es el alto costo de la formalización. Por ejemplo, en los países en desarrollo el número de días necesarios para constituir una empresa oscila entre 35 y 300, mientras que para adquirir un terreno de manera legal existen casos como Haití, donde se requiere de 17 años y 176 procedimientos burocráticos⁹ (De Soto, 2000 y 2006).

Finalmente, en ALC el acceso al crédito es escaso y caro, y hay poco conocimiento y/o poca confianza en los sistemas formales e institucionales, por ejemplo las bancas formales públicas y privadas, y los microempresarios cuentan con un bajo nivel de conocimientos formales e informales necesarios para mantener y aumentar la productividad y rentabilidad de sus negocios.

El quiebre de los pequeños empresarios pobres y las implicaciones para las políticas públicas

Kantis (2006) estudia los emprendedores pobres en los micronegocios de diversos países de América Latina, y muestra que son las diferencias en sus capacidades y oportunidades, reproducidas desde su familia de origen hasta la vida adulta, las que los ponen en condiciones de desventaja, llevando a que sus negocios tengan menor probabilidad de éxito y permanencia en el tiempo. En otras palabras, los emprendimientos de los pobres quiebran con mayor frecuencia por la reducida capacidad de sus emprendedores. Los pobres, aun cuando se arriesgan a invertir sus pocos recursos en un negocio propio, y aun cuando desean aumentar la productividad de su trabajo y de sus empresas, se enfrentan a mayores dificultades que las personas no pobres. El hecho de que existan pocas

⁹ De acuerdo con De Soto (2000), en los países desarrollados los sistemas legales se ajustaron a las necesidades del mercado, logrando que los agentes fueran más productivos en diferentes ámbitos, pues se facilitó el acceso a la propiedad formal, reduciendo las regulaciones y promoviendo economías productivas en que los sectores informales pudieron entrar y participar en el sistema económico.

personas pobres en los sectores más productivos de la economía no se debe a una inherente falta de capacidad de los pobres para emprender y superarse, sino a sus limitadas capacidades, que se reproducen en su contexto familiar, comunitario, educativo, laboral, empresarial e institucional, y terminan por excluirlos también de los espacios y mercados más productivos.

Particularmente los pobres carecen de acceso a créditos y seguros que les permitan emprender con éxito actividades rentables, y por ello sus micronegocios alcanzan bajos niveles de crecimiento. Las regiones pobres carecen de infraestructura y no atraen inversiones, los niños y adolescentes pobres cuentan con escuelas de menor calidad y profesores de menor calificación, y sus padres se enfrentan a altos costos de oportunidad y tienen mayor dificultad para invertir en la educación de sus hijos.

Las únicas ventajas con que cuentan las pequeñas empresas de los pobres son el apoyo familiar y la diversidad de su cartera. Sin embargo, sus familias y redes sociales también son muy pobres, y difícilmente sus esfuerzos pueden contribuir para superar su situación de rezago de conocimiento, crédito y de inserción en mercados más productivos en ausencia de políticas públicas que los encadenen en procesos productivos regionales, nacionales y globales.

En resumen, los límites enfrentados por los microempresarios pobres de ALC se refieren a sus bajos conocimientos en tareas administrativas, financieras y de organización, a la escasez e irregularidad del ingreso, sumados a los límites para asociarse y acceder a créditos y capacitación, además del alto costo de la formalización, enraizados en el contexto de desventajas de la pobreza. Estas restricciones reproducen la baja productividad, los bajos ingresos y la alta tasa de quiebre de los micronegocios emprendidos por los pobres, reproduciendo la pobreza tanto a sus dueños y empleados, así como de sus descendientes.

El Estado puede jugar un papel central a través de una política integral de desarrollo que, además de mantener la estabilidad macroeconómica, se concentre en la generación de empleos productivos, en la inserción de la economía y del trabajo informal en cadenas productivas, en la regulación de los negocios informales y de los derechos de propiedad, en el desarrollo tecnológico, administrativo y económico de los micronegocios de los pobres. Las políticas de inversión en capital humano pueden combinarse con la capacitación en nuevas tecnologías y finanzas, con la promoción del intercambio de conocimientos y habilidades entre los sectores

más productivos de la economía y los de baja productividad. Asimismo, son imprescindibles mecanismos de acceso al crédito y de desburocratización de la formalidad en todos los ámbitos del mercado, particularmente disminuyendo el costo de la formalidad para los pobres. Los mecanismos de regularización y aumento de la productividad de la economía informal deben acompañarse de inversión en capital físico y humano, seguridad jurídica, administrativa y financiera para las pequeñas y medianas empresas de los pobres, facilitando su inserción en cadenas productivas, a cambio de que sus negocios crezcan, se formalicen y logren aumentar sus ingresos, contribuyendo para sistemas de protección social y seguros de desempleo que les permitan superar la pobreza (Villareal, 2006; Gomes, 2006).

Dicha estrategia integral no puede sustituir de inmediato las estrategias para la reducción de la pobreza que entregan transferencias condicionadas en efectivo a las familias pobres que cumplen con sus corresponsabilidades en educación, salud, capacitación, etc. Al contrario, las estrategias para la reducción de la pobreza pueden generar conexiones que trasladen e integren progresivamente las familias a esta estrategia de generación de empleo productivo. Programas como Bolsa Familia en Brasil, Oportunidades en México y Familias en Acción en Colombia

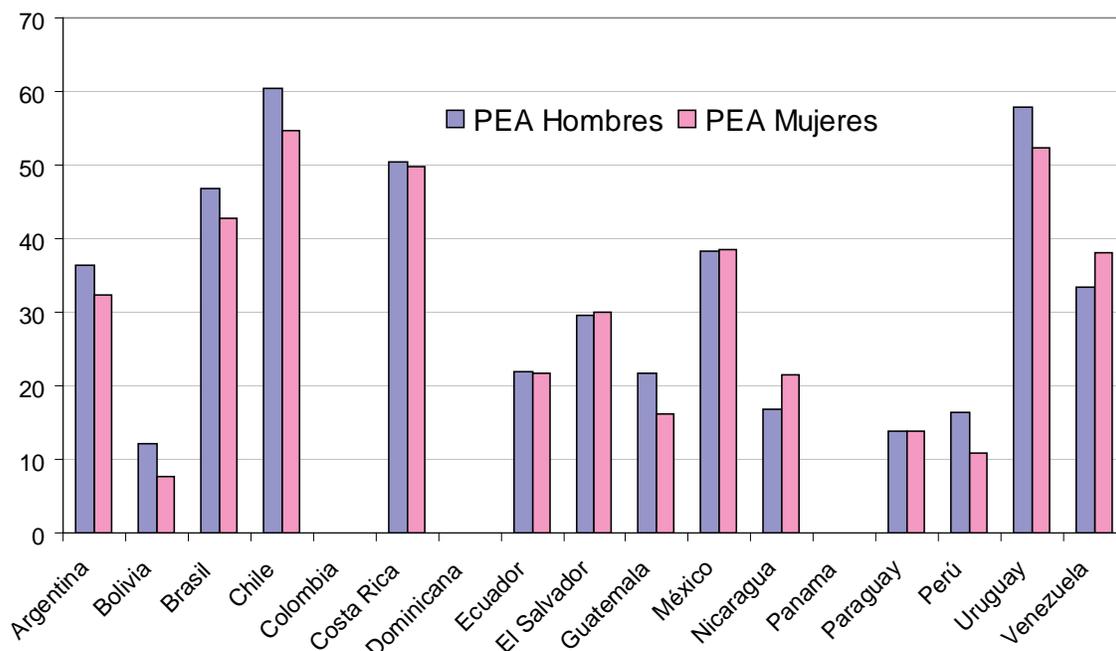
podrían incluir algunos de estos mecanismos para las nuevas generaciones de beneficiarios que se vayan insertando en el mercado laboral (Gomes, 2006).

Género, informalidad y pobreza

Las tasas de cobertura de seguridad social para la PEA por sexo muestran las brechas de género existentes en el mercado laboral, con desventajas para las mujeres. Las mayores brechas se presentan en Chile e Uruguay, exactamente los países con mayor cobertura, pues más de la mitad de la PEA está incluida en el sistema de seguridad social. También existen desigualdades de género en Brasil y Argentina, países con una cobertura de 45 y 35% respectivamente, así como en Guatemala, con 20% de cobertura, y en Bolivia, con 10% de la PEA asegurada. En todos estos países las mujeres tienen tasas de cobertura 5% menores que las de hombres.

Por tanto, la mayor cobertura en seguridad social no necesariamente se acompaña de equidad de género, por lo que se recomienda que todos los nuevos planes de pensiones y salud presten especial atención a promover el aseguramiento y la protección social de las mujeres.

Tasa de Cobertura del Sistema de Seguridad Social en la PEA según sexo (Contribuyentes/PEA)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman. (2005)

Derechos, legislación y políticas para conciliar el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres

En ALC la mayoría de las mujeres trabaja en la informalidad y, por tanto, están excluidas de las leyes que garantizan sus derechos para conciliar su trabajo productivo y reproductivo. Este es el caso de las trabajadoras domésticas, cuidadoras, trabajadoras eventuales, agricultoras, en la gran mayoría de los países de la región.

Según la OIT (2005), la legislación que garantiza la protección en el periodo de maternidad se restringe a las mujeres trabajadoras formales. En ALC todos los países cuentan con legislación para proteger la maternidad, y en la mayor parte de ellos las mujeres trabajadoras cuentan con 12 a 13 semanas de licencia-maternidad. Las legislaciones que permiten un paro más extenso son las de Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y Venezuela (17 o más semanas).

En 18 países se paga el sueldo completo, y en los demás se entrega 80% o menos del sueldo. Por ejemplo, en Paraguay se paga 50% del sueldo a las mujeres con licencia de maternidad, y en Nicaragua, Antigua y Bahamas y Barbados se entrega 60% del sueldo. En la mayor parte de los países este pago se realiza con recursos de la seguridad social, excepto en Bahamas, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras y Trinidad y Tobago, donde la empleada también contribuye para el pago. La participación de la empleada en su sueldo de licencia de maternidad varía entre países. En Trinidad y Tobago ellas contribuyen con 100% por un mes y 50% por dos meses; en República Dominicana con 50% por cuatro semanas fuera de las 12 semanas del periodo de maternidad. En Ecuador las mujeres ponen 25%, en las Bahamas, Guatemala y Honduras un tercio del valor del beneficio.

Los derechos establecidos en la convención de la OIT que reglamenta la protección laboral y los derechos reproductivos de la mujer trabajadora han avanzado más en algunos países, como es el caso de Colombia, donde en 2002 se ha otorgado el derecho a los padres a compartir con la mujer ocho días del tiempo de su licencia para la reproducción (12 semanas). Los días de licencia-paternidad también son pagados por la seguridad social.

Otro mecanismo de protección de la mujer trabajadora es la legislación que prohíbe el examen de embarazo para contratar a las mujeres, que no es reglamentado explícitamente en la mayoría de los países. Solo en Venezuela

En el mercado laboral, las mujeres están sobre-representadas en el sector informal, hecho que lleva a plantear la existencia de una relación entre precariedad ocupacional y discriminación de género. Por otro lado, gran parte de las mujeres que trabaja en el sector informal se encuentra en las etapas de matrimonio y maternidad, y en muchos casos las trabajadoras se tratan de madres solteras, madres con niños chicos y pobres, que necesitan trabajar en horarios flexibles para sostener o complementar los ingresos del hogar.

La posibilidad de conciliar estos roles productivos y reproductivos depende del nivel de pobreza de las mujeres. Por ejemplo, en México las mujeres en pobreza moderada tuvieron menos hijos y trabajan en menores proporciones, comparadas con las que viven en pobreza extrema. De las mujeres pobres que trabajan, la mitad está ocupada en el sector informal, la mitad trabaja menos de 40 horas semanales y una tercera parte incluye a cónyuges de un jefe ocupado, es decir, son mujeres que complementan el ingreso de los hogares. Al mismo tiempo, a pesar de que las mujeres en pobreza moderada por lo general tienen menos hijos, las que trabajan tienen más alta fecundidad (Villareal, 2004).

Es decir, la relación entre el trabajo, pobreza y fecundidad existe, pero no es directa. Al contrario, en el caso mexicano la pobreza moderada es más frecuente entre las cónyuges con mayor fecundidad, que trabajan para complementar los ingresos domésticos, y tal vez su actividad económica es un elemento central para complementar el ingreso del hogar, garantizando que sus familias no vivan en la pobreza extrema. Por otro lado, según diversas investigaciones, las mujeres que son jefas de hogar y las que son las principales aportadoras de ingresos en sus hogares no presentan una mayor probabilidad de ser pobres, comparadas con los hombres responsables por sus hogares (Lusting y Székely, 1997). Las mujeres que son cónyuges trabajan mucho menos que las jefas, excepto las cónyuges que viven en pobreza extrema, que trabajan en mayores proporciones, particularmente cuando sus esposos son trabajadores por cuenta propia y no tienen ingresos regulares. En resumen, la pobreza de las mujeres y también su jornada laboral pueden ser mayores cuando éstas combinan el rol de cónyuges, tienen muchos hijos, son pobres y sus esposos no cuentan con ingresos regulares. (Gomes, 2006).

existe una prohibición explícita, mientras en Brasil, Chile y Colombia se han aplicado limitaciones para el uso de las pruebas de embarazo cuando éstas son usadas con fines de discriminación.

También se prohíbe el despido de la mujer durante la maternidad en Chile y Panamá (desde el embarazo hasta un año después de concluir la licencia), en Bolivia y Venezuela (hasta un año después del parto), Argentina (hasta siete meses después del parto). Asimismo, en Chile, en caso de muerte materna, el padre adquiere el derecho a no ser dimitido por un año. El incumplimiento de estos reglamentos implica el pago de compensaciones equivalentes a un año

de remuneración en Argentina y Ecuador, a cinco meses del sueldo en República Dominicana, y a seis meses en Colombia y Honduras.

Al regresar al trabajo, las legislaciones deben garantizar también que la mujer asuma el mismo puesto que ocupaba antes del embarazo. En Uruguay toda discriminación que viole los principios de igualdad y oportunidades para ambos sexos o sectores está prohibida. En Colombia cada madre trabajadora cuenta con el derecho a contar con un cuarto donde cuidar al bebé, mientras labora.

Legislación de Maternidad y Trabajo en América Latina y el Caribe

País	Tiempo de licencia	Porcentaje del sueldo	Pagado por
Antigua y Barbados	13 semanas	60%	Seguridad Social
Argentina	90 días	100%	Seguridad Social
Bahamas	13 semanas	60%	Seguro Social/ Empleada
Barbados	12 semanas	100%	Seguridad Social
Belize	14 semanas	80%	Seguridad Social
Bolivia	12 semanas	100% del mínimo nacional y 70% del mínimo	Seguridad Social
Brasil	120 días	100%	Seguridad Social
Chile	18 semanas	100%	Seguridad Social
Colombia	12 semanas	100%	Seguridad Social
Costa Rica	4 meses	100%	Seguridad Social / Empleada
Cuba	18 semanas	100%	Seguridad Social
República Dominicana	12 semanas	100%	Seguridad Social / Empleada
Ecuador	12 semanas	100%	Seguridad Social / Empleada
El Salvador	12 semanas	75%	Seguridad Social
Guatemala	84 días	100%	Seguridad Social / Empleada
	13 semanas	70%	Seguridad Social
Haití	12 semanas	100% por 6 semanas	Empleada
Honduras	84 días	100%	Seguridad Social / Empleada
Jamaica	12 semanas	100% por 8 semanas	Empleada
México	12 semanas	100%	Seguridad Social
Nicaragua	12 semanas	60%	Seguridad Social
Panamá	14 semanas	100%	Seguridad Social
Paraguay	12 semanas	50% por 9 semanas	Seguridad Social
Perú	90 días	100%	Seguridad Social
Trinidad y Tobago	13 semanas	65%	Seguridad Social / Empleada
Uruguay	12 semanas	100%	Seguridad Social
Venezuela	18 semanas	100%	Seguridad Social

Fuente: OIT. Maternity at work: a review of national legislation. 2005

Este conjunto de derechos, aunque establecidos en leyes, no siempre se implementan, por lo que deben ser permanentemente monitoreados. Asimismo, en ALC el mayor reto en esta materia es la inclusión de una gran mayoría de mujeres que son trabajadoras informales a este conjunto de derechos, a través de esquemas alternativos de protección social que promuevan la conciliación entre los trabajos productivo y reproductivo.

El trabajo femenino es un importante determinante de la reducción de la pobreza de los hogares (Gomes, 2006; Adama, 2006). Aunque en los países de la OECD se ha estimado que la inversión en el cuidado infantil genera importantes tasas de retorno a través del aumento de impuestos, de una reducción del gasto en prestaciones sociales y de un mayor desarrollo infantil, dicho retorno sólo es tomado en cuenta por las empresas cuyos empleados no son fácilmente sustituibles (Adama, 2006). En los sectores en que se insertan las mujeres pobres y la mano de obra es abundante, dichos retornos no son tan visibles, y el costo de la inversión en los niños recae exclusivamente en la familia, quedando en desventaja las familias pobres.

Por ejemplo, en Brasil, de un total de 11.5 millones de niños de cero a tres años de edad, sólo 1.5 millones, 14% de ellos, tuvieron la oportunidad de frecuentar una guardería infantil y menos de 30% de los niños de cuatro a seis años no cursaban la educación infantil. Las brechas en oportunidades de educación infantil se presentan por niveles de ingreso o pobreza. En los hogares con ingreso menor a una cuarta parte del salario mínimo sólo 8.4% de los niños de cero a tres años asistía a una guardería, mientras 30.9% de los niños de familias con ingresos superiores a dos salarios mínimos tiene esta oportunidad (IBGE, 2004).

Por tanto, las políticas para la reducción de la pobreza deben incorporar mecanismos para aliviar el costo del cuidado infantil para las mujeres pobres que deseen trabajar. En ALC se cuenta con algunos mecanismos de conciliación del trabajo productivo y reproductivo para las mujeres pobres, como es el caso de los programas de guarderías en Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica, los programas “Desarrollo Infantil” en Ecuador, “Hogares comunitarios” en Guatemala, “Empresas maternas” en Honduras y Wawa Wasi en Perú. Dichos programas facilitan la inserción de las mujeres, particularmente las pobres, en actividades productivas. Otros programas orientados a apoyar a las jefas de hogar acostumbran ofrecer cuidados a los niños en el periodo de capacitación de las madres para insertarse en el mercado laboral, pero no durante la jornada laboral. (Camacho y Martínez, 2006).

Asalariados informales: juventud y baja escolaridad

Como se ha observado, alrededor de 40% de los jóvenes de ALC abandonó la escuela secundaria sin concluir este ciclo escolar. Estos jóvenes de bajo nivel educativo trabajan mayormente como asalariados informales, a diferencia de los trabajadores por cuenta propia, autoempleados y patrones de pequeños negocios, que con mayor frecuencia son adultos de mayor edad y con rezago educativo. Asimismo, estos adultos que trabajan por cuenta propia acostumbran subcontratar a sus hijos jóvenes en sus pequeños emprendimientos, lo que promueve la deserción escolar temprana y reproduce la baja productividad de los negocios familiares y de la pobreza de las generaciones sucesivas. En muchos casos también se desaprovecha el mayor nivel educativo de los hijos que hicieron un esfuerzo por concluir el nivel medio-superior, pero no encontraron trabajo de acuerdo a su calificación y terminan trabajando en negocios de baja productividad, ayudando a los padres en la agricultura de autoconsumo o en sus pequeños negocios (Valenti, 2006).

Los jóvenes que abandonan la escuela tempranamente aceptan los puestos vacantes como asalariados informales, posiblemente mientras acumulan experiencia, capacitación y capital social suficientes para insertarse en empleos más estables o para montar un pequeño negocio (Balán, Browning y Jelín, 1973, citado en Maloney, 2006).

Por otro lado, las empresas y pequeños negocios convocan y contratan para puestos vacantes casi exclusivamente personas jóvenes, de 25 a 29 años de edad, y después de estas edades el trabajador se enfrenta a dificultades para acceder inclusive a empleos asalariados informales. Por tanto, las “normas informales” establecidas desde las empresas determinan que los asalariados sean mayoritariamente jóvenes, mientras los adultos mayores de 40 años son excluidos de los empleos asalariados formales e informales, y una mayoría de ellos trabajan por cuenta propia (Gomes, 2006).

En México el mayor grupo de asalariados informales pobres de áreas urbanas son jefes de sus hogares, la mayoría de ellos son más jóvenes que los jefes no pobres. Es decir, a pesar de que hay muchos jóvenes que trabajan como asalariados informales, no todos son hijos dependientes de sus padres, que están en tránsito de la escuela a un trabajo informal, o que están ampliando su capacitación y experiencia después de terminar los estudios, o simplemente esperan mejores oportunidades mientras su familia los

mantiene. Muchos de los jóvenes ya son jefes responsables de sus hogares, y sus familias dependen de sus ingresos, que suelen ser bajos e irregulares en un empleo informal, y toda su familia no cuenta con protección social (Gomes, 2006).

En resumen, los asalariados informales incluyen sobretudo a jóvenes que abandonan la escuela tempranamente, transitan y/o permanecen en el mercado informal sin superar la educación secundaria y que ahí se capacitan para el trabajo, reproduciendo el rezago educativo de sus padres, muchos de ellos haciéndose jefes de sus hogares. Asimismo, este grupo también reúne a mujeres que son madres solteras o cónyuges jóvenes, que trabajan para sostener a sus hijos o para complementar los ingresos del hogar. Esta es la situación de muchas jefas de hogar que viven en pobreza extrema y tienen más hijos, y también de gran parte de los jóvenes con rezago escolar que son jefes de hogar y trabajan en la informalidad y sin seguridad social.

Por otro lado, tomando como ejemplo a México, aun los jóvenes con mayores niveles educativos y que desarrollaron habilidades tecnológicas en las escuelas técnicas, éstos también se están insertando en el mercado informal de baja productividad, siguen coresidiendo con sus padres y contribuyen para el ingreso familiar. Hay una subutilización de las capacidades adquiridas por los jóvenes en los cuales el Estado y las familias han hecho grandes esfuerzos para invertir en su capital humano (Valenti, 2006). Como sus padres, la mayoría de ellos está excluida de todos los sistemas formales, laboral, financiero y de seguros. Asimismo, existen mecanismos familiares que promueven la permanencia y reproducción del rezago educativo y de la baja productividad de los micronegocios. Estos mecanismos familiares están relacionados con la pobreza y se reflejan en el trabajo por cuenta propia de las jefas y cónyuges, pero mucho más en el trabajo de sus hijos adolescentes y jóvenes, sea como asalariados, sea como apoyo en el negocio familiar sin recibir pago, así como de las adolescentes que dejan la escuela y asumen las tareas domésticas.

Informalidad y pobreza: las desventajas de mujeres y jóvenes y sus implicaciones para las políticas

La relación entre informalidad, pobreza, juventud y género debe tratarse en forma integral, reorientando acciones y apoyos a este grupo de trabajadores asalariados informales, con mayores necesidades y a la vez mayores

posibilidades para aprovechar los estímulos adecuados que les permitan a los jóvenes y a las mujeres emplearse y desarrollar sus propios micronegocios con éxito.

Los tránsitos de los jóvenes al mercado laboral informal deben ser un foco de atención importante desde dos perspectivas: primero porque la pobreza se relaciona con el trabajo informal asalariado y con los jefes de hogar más jóvenes; y en segundo lugar porque los jóvenes pobres que permanecen en los hogares de sus padres y trabajan en el negocio familiar no logran ayudarlos a superar la pobreza, y además truncan sus carreras y expectativas potenciales para insertarse en actividades más productivas.

Encuestas en Brasil y Paraguay muestran que los trabajadores asalariados estarían dispuestos a formalizar sus empleos o sus negocios. Por tanto, las políticas para este grupo deben establecer como corresponsabilidad la obligación de que los beneficiarios concluyan grados de educación y capacitación en administración de negocios, nuevas tecnologías y/o microcréditos, de forma que los jóvenes y mujeres adquieran conocimientos y experiencia para insertarse en sectores más productivos, consolidando su potencial de trabajadores calificados, o su tránsito de asalariados a microempresarios.

Por otro lado, estos esquemas integrales deben incluir mecanismos de protección social para toda la familia de jóvenes y mujeres. Estos esquemas pueden ser más efectivos si en un primer momento se focalizan a los adolescentes y jóvenes, incluidos los que abandonaron la escuela y no trabajan, los que trabajan como asalariados informales, y las mujeres que trabajan y son jefas o cónyuges de hogares con hijos. En este caso es fundamental combinar también paquetes de protección social similares a los seguros para la maternidad, así como guarderías para permitir la conciliación de los roles productivos y reproductivos de la mujer.

Aunque la oferta educativa es fundamental para aumentar la productividad y el nivel de ingresos, ésta no es suficiente por sí misma para que los recursos humanos de alto nivel de instrucción y capacitación sean absorbidos por puestos de trabajo altamente productivos. Los incrementos de capital humano deben encontrar correspondencia en ámbitos institucionales propicios y en empresas con fortalezas tecnológicas para absorber los trabajadores calificados, así como en su inserción en cadenas productivas a larga escala. Sólo la combinación de estas condiciones permitiría aumentar la productividad de trabajadores y empresas, promoviendo mejores sueldos, protección social y la reducción efectiva de la pobreza.

Tecnologías de la Educación

El acceso y el dominio de las nuevas tecnologías, como teléfonos, computadoras e Internet, aumentan las capacidades y el empoderamiento de hombres y mujeres de todas las edades y estratos sociales, promoviendo el aumento de la productividad y de ingresos, así como la reducción de la pobreza.



©UNFPA/Wint

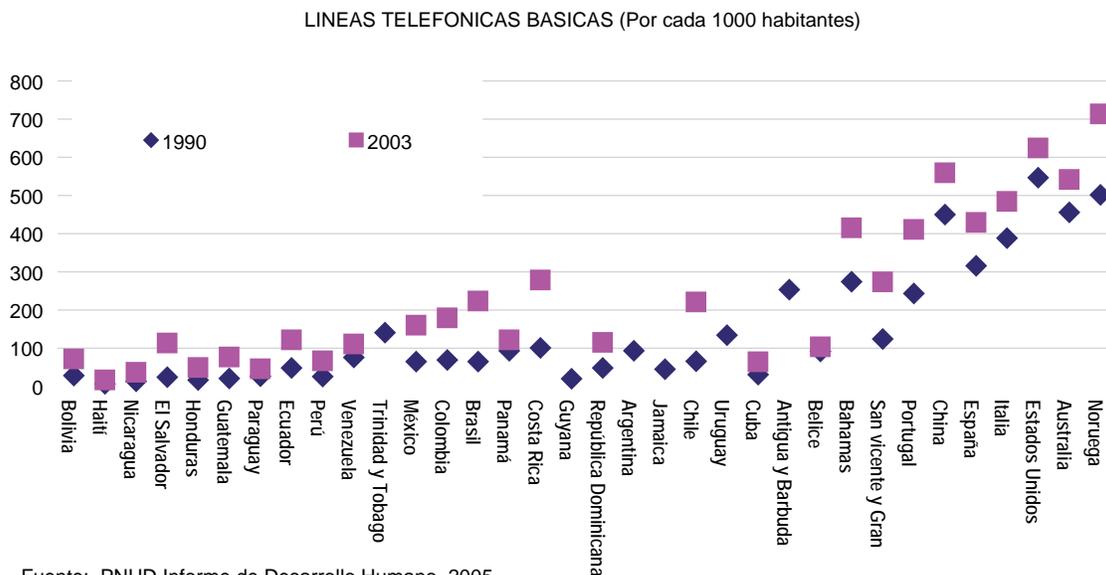
El acceso a tecnologías de información y comunicación (TIC) como mecanismo de optimización de las capacidades de los jóvenes y reducción de la pobreza

ALC presenta como desafío el aprovechar los niveles educativos de los jóvenes que entran al mercado laboral, a través de la oferta de empleos productivos para aprovechar el bono demográfico disponible en las próximas décadas. Para que la región alcance un mejor desempeño en el rango de competitividad mundial, y para que pueda generar empleos productivos y mejor remunerados para los jóvenes, hace falta orientar mayores inversiones a la introducción, difusión y uso de las tecnologías de información y comunicación, promoviendo la innovación y creatividad de los jóvenes en este campo. Este es el camino que ha llevado a

que otros países menos desarrollados que los de ALC estén logrando garantizar mejores resultados en productividad, mayor calidad de la educación y capacitación para el trabajo, así como para generar empleos de calidad y aprovechar el bono poblacional disponible (Valenti, 2006; Casalet y González, 2005, Gomes, 2006)

Sin embargo, ALC no ha realizado estas inversiones oportunamente, y ha reproducido rezagos importantes en el acceso a tecnologías de información y comunicación. Por ejemplo, sólo alrededor de 10% de la población de casi todos los países tiene acceso a líneas telefónicas básicas, excepto en Colombia, Costa Rica y Chile, donde esta proporción alcanza a 20 o 30% de la población, lo que todavía son niveles insuficientes para la población.

Densidad telefónica 1990-2002 (Líneas por cada 100 habitantes)

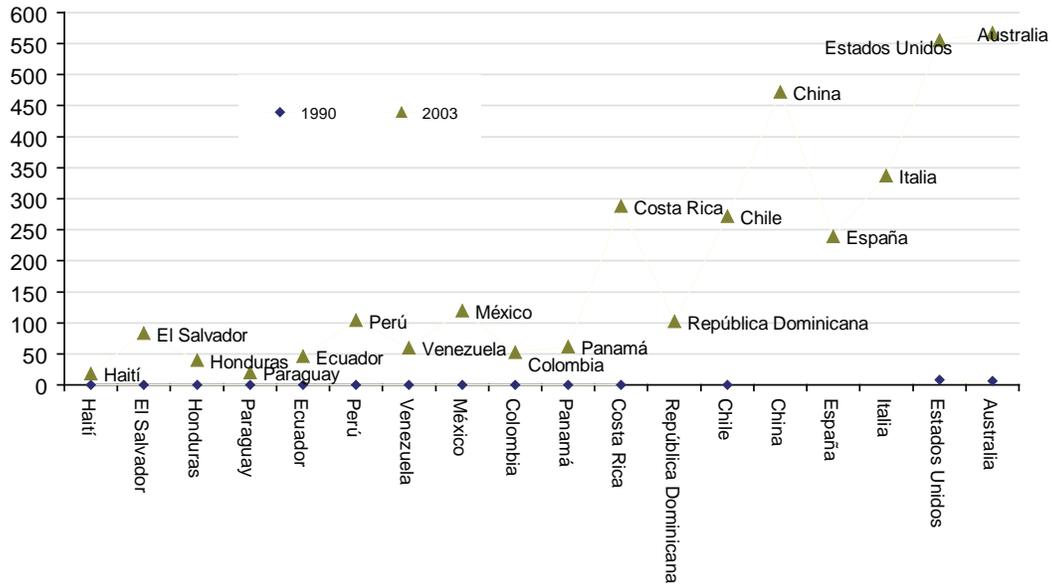


Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005,

Menos de 10% de la población tiene acceso a servicios de Internet. Casi todos los países de la región han aumentado la relación de usuarios de Internet, pero sólo Costa Rica y Chile han alcanzado la cobertura similar a España, los demás tienen una cobertura que representa la quinta parte de la de China.

El mayor acceso de la población al uso de sistemas de telefonía fija y móvil, a computadoras e internet es un factor clave para motivar a los niños y jóvenes desde las escuelas primarias hasta el nivel superior, para alcanzar una educación de calidad, promover la innovación y el desarrollo, estimulando los niños jóvenes y adultos a valorar el conocimiento y habilidades que les permitirán lograr

USUARIOS DE INTERNET (Por cada 1000 habitantes)



Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005.

mayores avances en desarrollo humano (Gomes, 2006). Asimismo, el alcance de los programas de educación y salud sexual y reproductiva, particularmente los que son orientados a los jóvenes, pueden ser potenciados a través del uso de las TIC, desde que las personas, particularmente los grupos pobres e indígenas, tengan el acceso y el conocimiento para utilizarlas y poder disfrutar de sus beneficios.

La persistencia de rezagos tecnológicos y la reproducción del analfabetismo tecnológico dentro y entre generaciones impiden la inclusión de los niños, adolescentes y jóvenes latinoamericanos, particularmente los más pobres, de grupos étnicos y excluidos a las ventajas del mundo globalizado, que es cada vez más competitivo. Su inclusión depende del aumento de los niveles de educación formal, combinado con una amplia y rápida difusión del conocimiento de las TIC desde edades tempranas en el sistema de educación gratuito. La superación de los rezagos de las diferentes generaciones egresadas de los sistemas educativos tradicionales depende de que se generen programas de difusión de las TIC a los grupos que no tienen recursos para acceder a ellas. En ALC, pesar de que ha aumentado el uso de las TIC en la última década en todos los países, todavía el acceso al uso de teléfonos fijos y móviles, el acceso al conocimiento computacional y al internet excluye

a la gran mayoría de las poblaciones, particularmente los grupos más pobres que, aunque inviertan en la conclusión de la educación media y media superior, no cuentan con las destrezas en TIC, y estarán excluidos hasta de empleos tan sencillos como el de recepcionista o del sector de vigilancia, que ya exigen el manejo de estas tecnologías.

Es urgente recuperar los rezagos en acceso de los pobres a las TIC, así como desarrollar mecanismos de inclusión de los niños y jóvenes pobres en una política nacional de productividad que amplíe el acceso a las TIC en la escuela y en el trabajo, con la expansión de la oferta computacional y de telecomunicaciones en los espacios educativos, laborales, domésticos, de salud y salud sexual y reproductiva, como un mecanismo central para combatir la pobreza y garantizar los derechos económicos y sociales, no sólo con políticas de entrega de beneficios asistenciales, sino con políticas integrales que preparen las nuevas generaciones para acceder a empleos productivos y protegidos, con mejores remuneraciones y capacidad de ahorro.

5. Cambios en las familias

Los procesos mundiales de modernidad, globalización, informatización y flexibilización del mercado laboral impactan la vida social y familiar. Algunas funciones tradicionalmente otorgadas a la familia, como la educación de los hijos, el apoyo y cuidado de los enfermos, discapacitados y de los padres en la vejez, el mantenimiento económico del hogar, el diálogo y el apoyo emocional y psicológico entre padres e hijos, fueron transferidos progresivamente a las instituciones de educación y seguridad social.

Esta transferencia de responsabilidades de los adultos respecto a los niños, adolescentes y adultos mayores desde la esfera familiar hacia la esfera institucional generó cambios en las relaciones jerárquicas, en los roles sociales y familiares entre generaciones sucesivas.

Entretanto, esta transferencia de funciones familiares a las instituciones no se ha completado ni es homogénea en América Latina. La universalización y la inversión masiva del estado en educación y salud no es una realidad para la mayoría de los países de la región, excepto en Cuba. Como se ha observado en gráficas anteriores, el nivel de inversión en educación no se relaciona con el nivel de desarrollo económico de los países, ni con la estructura por edades de las poblaciones, particularmente con la proporción de niños y adolescentes en edad escolar. De igual forma, los sistemas de seguridad social no logran cubrir y atender a las cambiantes necesidades de todas las generaciones, mientras avanzan las transiciones demográfica y epidemiológica.

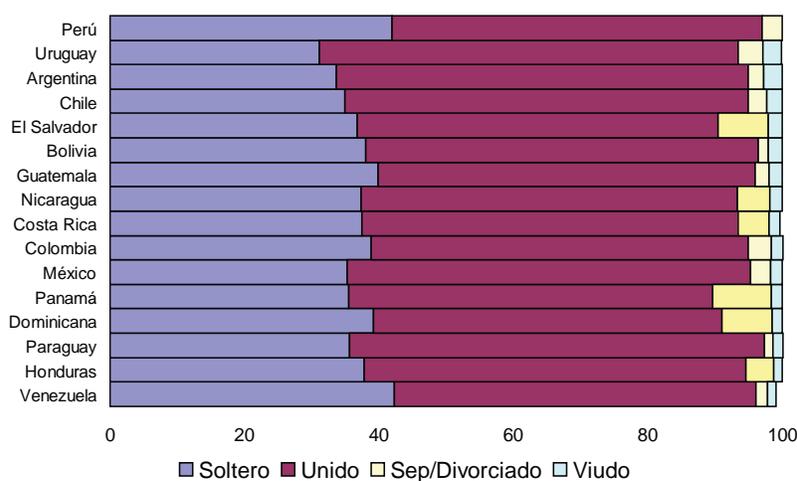
Contradictoriamente, las políticas públicas cada vez más se centran en la familia como elemento de protección social para todos sus miembros, al mismo tiempo que las familias se han diversificado y las mujeres han buscado conciliar sus roles productivos y reproductivos, buscando apoyos institucionales para compartir el trabajo de crianza y cuidados de los niños y adolescentes.

En esta búsqueda de apoyos mutuos entre instituciones y familias las políticas públicas deben comprender con mayor profundidad los cambios demográficos que subyacen los cambios en las familias, particularmente en las familias pobres e indígenas.

Mayor sobrevivencia y estado civil

El aumento de la sobrevivencia implica continuidades y cambios en el estado civil y en las posiciones familiares de hombres y mujeres. Los hombres de áreas urbanas continúan viviendo en unión hasta el final de su curso de vida, muy pocos se encuentran divorciados o viudos, porque entre los hombres es más común que ocurran posteriores nupcias, comparados con las mujeres. Las más altas proporciones de hombres divorciados/separados se observan en América Central: Panamá, El Salvador, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y Honduras.

Estado civil de los hombres, áreas urbanas (%)



Fuente: CEPAL - Unidad Mujer y Desarrollo. Sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los distintos países, entre 1994 y 2002.

Las mujeres de áreas urbanas se casan antes y viven en unión en más bajas proporciones que los hombres; presentan más altas proporciones de divorciadas y viudas, comparadas con los hombres. Este resultado se debe a tres factores: a. la mayor sobrevivencia femenina, que se extiende en las edades avanzadas; b. la diferencia de edades de las parejas, pues la mayoría de las mujeres son más jóvenes que sus cónyuges, lo que les otorga todavía más tiempo de vida como viudas; c. la menor frecuencia de posteriores nupcias de las mujeres que se divorcian o enviudan, comparadas con los hombres.

Pero igual que los hombres, las mujeres divorciadas se concentran en los mismos países de América Central. Sin embargo, las proporciones de mujeres viudas se relacionan también con el proceso de envejecimiento demográfico, pues son más altas en países más avanzados en la transición, como Uruguay y Argentina.

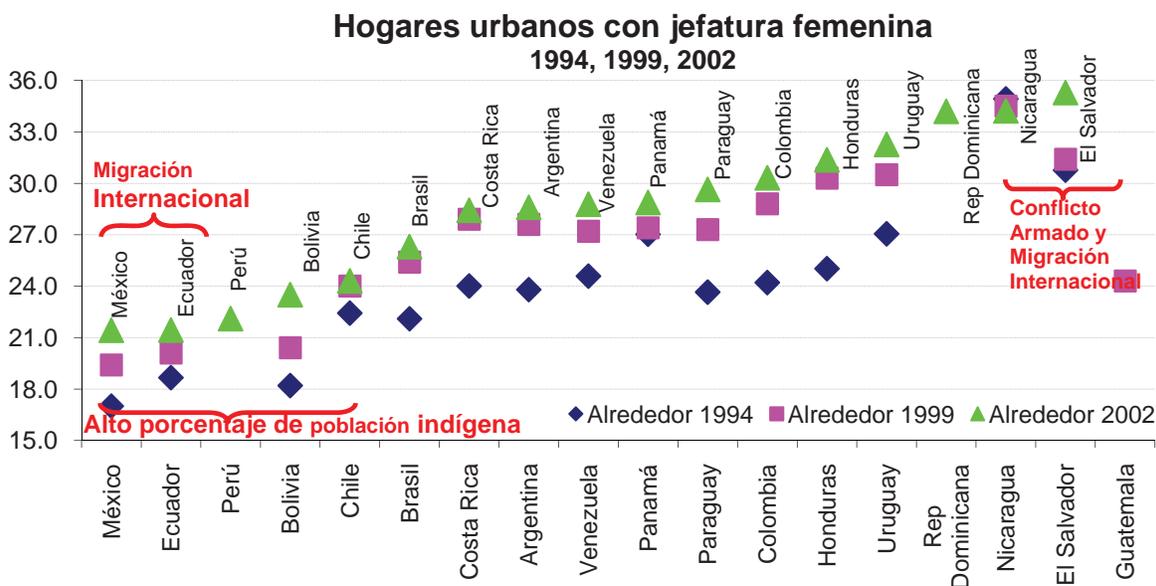
La jefatura femenina

La emergencia de divorcios y de nuevas formas familiares, como son el matrimonio informal o cohabitación, los nuevos matrimonios con hijos de matrimonios anteriores, el embarazo adolescente y la diversidad de opciones familiares se originan en nuevos comportamientos de hombres y mujeres y, al mismo tiempo generan cambios en las relaciones entre padres e hijos.

El mayor nivel educativo y el trabajo femenino se acompañan de cambios en la autonomía femenina, en las decisiones y en la forma como las mujeres entran, se mantienen y salen del matrimonio, flexibilizando los tipos de familias. Como resultado, el porcentaje de familias jefaturadas por mujeres aumentó en la década de los 90 en casi todos los países de la región, excepto en Nicaragua, donde este cambio ocurrió anteriormente.

En América Latina, principalmente en el Caribe, el aumento de las proporciones de familias jefaturadas por mujeres no necesariamente reflejan procesos de autonomía y empoderamiento de la mujer, sino que también se relacionan con los conflictos armados y la migración internacional, como es el caso de Guatemala, El Salvador y Nicaragua, que presentan las más altas proporciones de jefatura femenina en la región, aunque no son los líderes en términos de ejercicio de derechos, desarrollo humano y autonomía de las mujeres.

En el otro extremo, México, Ecuador, Perú y Bolivia, países con altas proporciones de población indígena, presentan las menores proporciones de jefatura femenina. A pesar de que en México y Ecuador la migración internacional también es alta, las mujeres continúan manteniendo contacto y reciben remesas de sus cónyuges migrantes, y por eso probablemente siguen declarándose casadas, y reportan a sus maridos como jefes del hogar, por la continuidad real de su papel de proveedor económico.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL.

Matrimonio y maternidad de adolescentes y jóvenes: escasas oportunidades y reproducción de la pobreza

A pesar de las mejoras en la educación y participación económica de la mujer, se estima que las tasas de embarazo y fecundidad adolescente han aumentado en las últimas décadas en algunos países de la región. Asimismo, todavía se presentan niveles altos en los países del Caribe, como Nicaragua, Honduras, Guatemala y República Dominicana, y en Venezuela, comparados con los demás países de la región.

Perú, Bolivia y México, con mayor proporción de población indígena, presentan niveles más bajos de embarazo y fecundidad adolescente, y en esos países se puede considerar que este fenómeno está más asociado con la cosmovisión indígena, que valora el matrimonio y la maternidad precoces.

Por otro lado las mujeres con menor nivel de educación y las adolescentes son las que presentan mayores proporciones de hijos no deseados, que están expuestos a mayores riesgos de salud, falta de cuidados, abandono y maltratos.

Asimismo, en gráficas anteriores se ha observado que el desempleo es bastante mayor entre los jóvenes y entre las mujeres. Entre las mujeres el desempleo no depende tanto del número de hijos, sino del nivel de pobreza, pues siempre son los hombres y mujeres más pobres, más jóvenes y con menor experiencia y niveles educativos, quienes están buscando empleo y encuentran mayores barreras en el mercado laboral.

Otro resultado no deseable es que las mujeres con un mayor número de hijos en edad pre-escolar y que no trabajan presentan mayores proporciones de pobreza. En algunos países menos desarrollados de la región, las mujeres son más discriminadas en los sistemas de seguridad social (Bolivia, Guatemala y Perú). Sin embargo, aún en países con mejor nivel de desarrollo en ALC la discriminación de género es importante: en Argentina, Chile, Uruguay y Brasil las brechas de ingresos entre hombres y mujeres es la más profunda de la región.

A los bajos niveles de ingresos de las mujeres se suman los límites para su acceso a la seguridad social, que incluye la atención a la salud de mujeres y de sus hijos, niños y adolescentes. En áreas rurales y entre las mujeres indígenas

y pobres la carencia de sistemas de seguridad o protección social es muy importante, particularmente en los países con mayor proporción de población pobre, rural e indígena: Ecuador, México, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú y Guatemala.

La mujer adolescente y joven con hijos pequeños

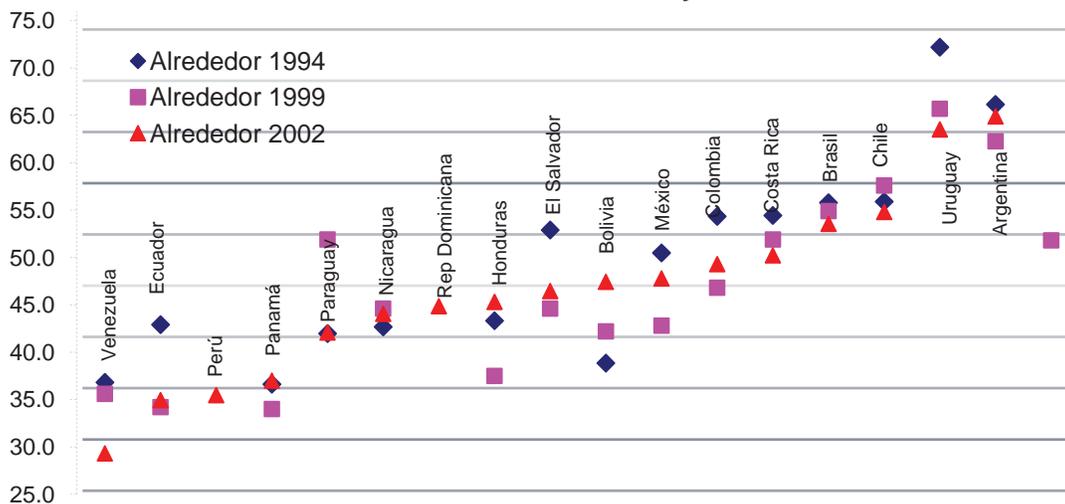
En las familias de mujeres adolescentes y jóvenes con hijos pequeños se combinan la fecundidad temprana, la mayor mortalidad infantil y la pobreza, la falta de oportunidades educativas para las mujeres y sus niños, la falta de apoyos institucionales que faciliten su acceso y participación en el mercado laboral, la dificultad para generar ingresos y para conciliar sus roles productivos y reproductivos, el bajo acceso a redes sociales de información, trabajo, seguridad social, atención a la salud y métodos anticonceptivos. Este conjunto de desventajas productivas y reproductivas contribuye para la reproducción de la pobreza de las mujeres adolescentes.

Las mujeres adolescentes y jóvenes entre 15 a 24 años con hijos menores de seis años de edad se encuentran en la etapa de la crianza en que es más difícil para la mujer conciliar sus roles reproductivos y productivos. En caso de divorcio o abandono, la mujer joven y pobre que asume la jefatura de su hogar con hijos menores de seis años de edad, por sus múltiples vulnerabilidades, necesita contar con el apoyo de políticas especiales para garantizar la oferta de guarderías y educación pre-escolar para los niños. Dichas políticas deben enfocarse también a la oferta de información y acceso a los métodos contraceptivos y a la educación de las mujeres jóvenes y en edades reproductivas.

Jefatura femenina y envejecimiento

Por otro lado, la jefatura femenina también se relaciona con el proceso de envejecimiento poblacional. Se observan altas proporciones de jefas de hogar en Argentina y Uruguay y Chile, relacionadas con mayor proporción de mujeres adultas mayores que, después de la viudez se quedan viviendo solas como jefas de sus hogares, o viven con hijos y otros parientes.

**Porcentaje de hogares urbanos de una persona con jefatura femenina
Alrededor de 1994,1999 y 2002**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL.

6. Envejecimiento poblacional

Como era de esperarse, los países con mayores proporciones de hogares donde vive al menos un adulto mayor son los que van más avanzados en la transición y envejecimiento demográficos: en Uruguay (40%) y Chile (30% del total de hogares cuenta con al menos un adulto mayor). En los demás países hay adultos mayores en alrededor de uno de cada cuatro hogares de área urbana y rural. Sin embargo, llaman la atención las brechas de proporciones de hogares de adultos mayores entre áreas de residencia. En la mayor parte de los países hay una mayor concentración de hogares de adultos mayores en áreas rurales, excepto en los países de América Central: Guatemala, Nicaragua, Panamá y El Salvador, donde el envejecimiento es parejo en la ciudad y el campo.

Vida en pareja y viudez femenina al final del curso de vida

Frente a la pobreza y a las fallas de los mercados laborales y de los sistemas de seguridad social para otorgar protección social a los adultos mayores, las familias asumen un papel importante para la reproducción y bienestar de los niños y personas enfermas, desempleadas, discapacitadas y adultos mayores.

Las cohortes de adultos mayores de hoy formaron sus familias antes de los años 60's, bajo regímenes de matrimonio universal, pero también en un contexto demográfico de reducción de la mortalidad y muy alta fecundidad. Con el aumento de la esperanza de vida muchos de ellos sobrevivieron hasta las edades avanzadas, al igual que sus numerosos hijos (Gomes, 2001). Los que enviudaron tuvieron la oportunidad de entrar a segundas nupcias.

Como resultado, en la actualidad más de 70 por ciento de los adultos mayores son unidos, y alrededor de 20 por ciento son viudos. Los adultos mayores solteros corresponden a un pequeño porcentaje, que varía entre 4 y 12 por ciento, dependiendo del país. Los países con menores proporciones de adultos mayores solteros son Bolivia, Brasil, México y Guatemala, donde el matrimonio es predominante, y menos de 5 por ciento de los hombres siguen solteros hasta la vejez.

Por otro lado, Uruguay, Chile, El Salvador y Panamá tienen más de 10 por ciento de adultos mayores solteros. Uruguay y Chile, países menos pobres y con poblaciones más envejecidas, pueden considerarse contextos en que muchos de estos hombres optaron por no casarse y así llegaron a la

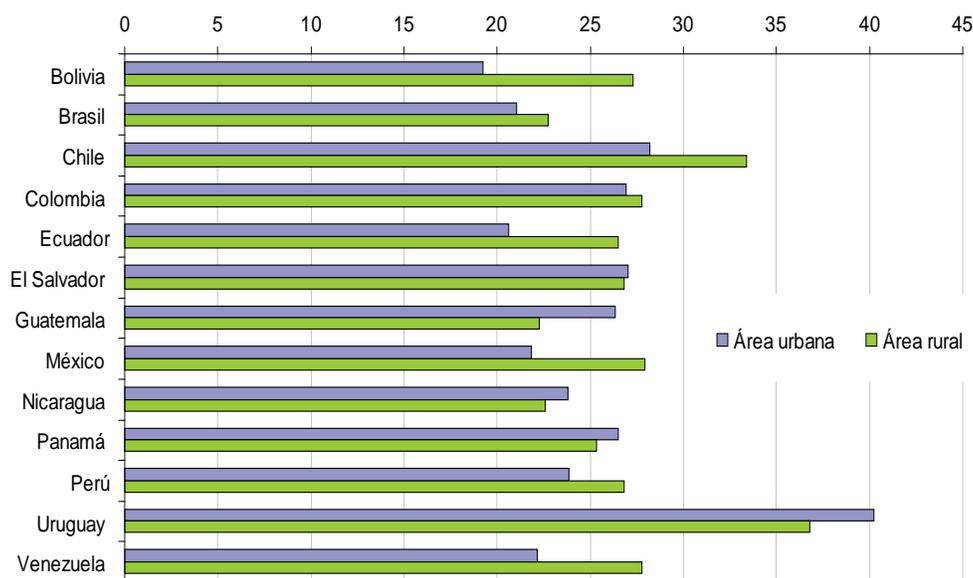
Envejecimiento Poblacional

Vivir más años es una conquista de la humanidad, gracias a los avances en los ámbitos de la salud y la tecnología. Los hombres adultos mayores son los principales contribuyentes económicos de sus hogares . Por otro lado las mujeres, que son el centro de las redes de apoyo, pero no logran retirarse del trabajo doméstico y del rol de cuidadoras hasta edades muy avanzadas. Para ellas y para las personas mayores de bajos ingresos se necesita establecer redes de protección social y bienestar.



©UNFPA/Wint

Porcentajes de hogares particulares que cuentan con la presencia de adultos mayores Alrededor de 1990



Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

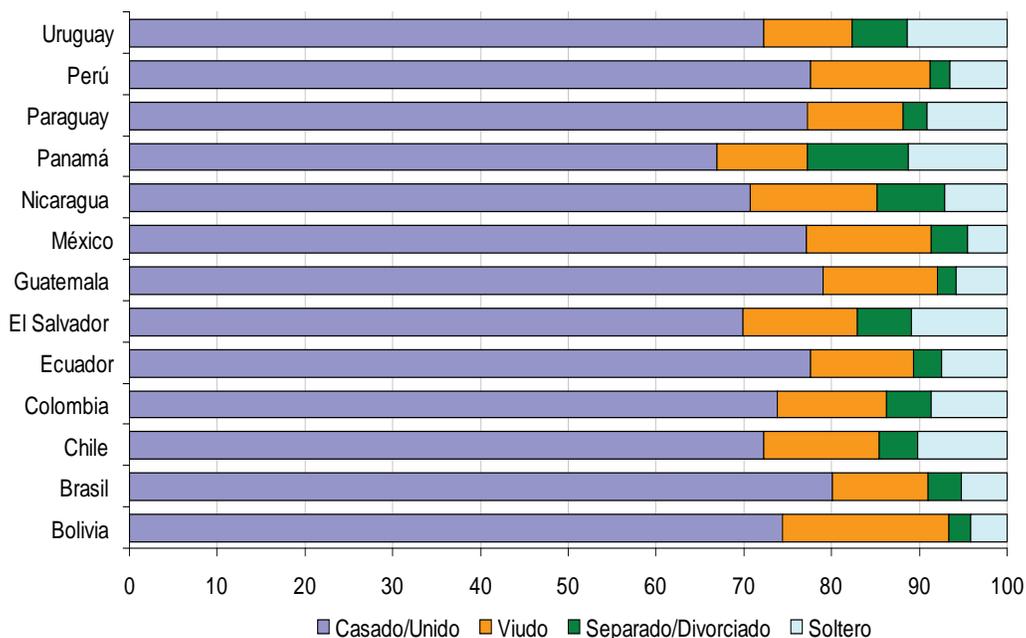
vejez. Sin embargo, El Salvador y Panamá tienen poblaciones todavía muy jóvenes, y son países que experimentaron conflictos civiles o incursiones armadas, lo que implica que, en diferentes momentos, muchos hombres que participaron de conflictos no se casaron durante su juventud y vida adulta. Esta hipótesis se confirma al analizar las altas proporciones de adultos mayores divorciados en las edades avanzadas coincidentemente en Panamá, Nicaragua y El Salvador. Sin embargo, en general los hombres divorciados, aun en edades avanzadas, acostumbran entrar a segundas o posteriores nupcias. Por tanto, una explicación plausible para las altas proporciones de adultos mayores solteros y divorciados que no entraron a segundas y posteriores nupcias en estos países puede ser la no entrada y también la interrupción de trayectorias matrimoniales de hombres, debido a los conflictos armados y otras consecuencias sociales, económicas y de salud posteriores a los conflictos, que no les favoreció la entrada al mercado matrimonial.

El estado civil, analizado como una expresión de las trayectorias matrimoniales de estos hombres, está influenciado por los hechos históricos que caracterizan las sociedades en que viven. Una historia de conflictos armados conforma contextos desfavorables para el matrimonio para las cohortes que se encontraban en edad de casarse, tanto hombres como mujeres. Esta observación remite a la discusión del efecto de contextos conflictivos en la vida

familiar y en la disponibilidad de descendentes y redes de apoyo familiares para los adultos mayores, en especial de los hombres que participaron o fueron afectados por los conflictos.

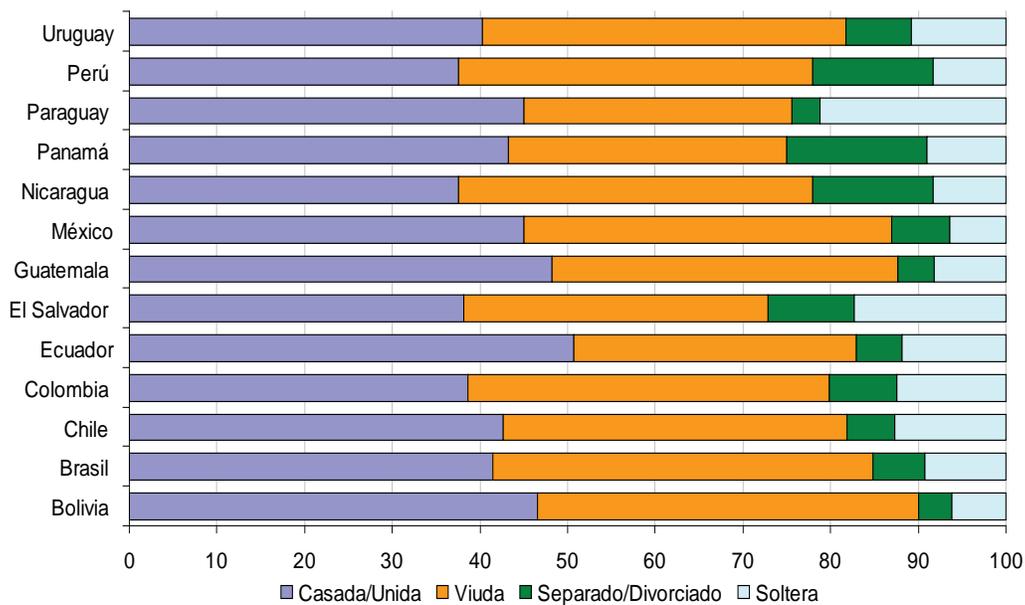
A su vez, las adultas mayores, aunque estuvieron casadas por muchas décadas, llegan a la vejez principalmente como viudas. Alrededor de 40 por ciento de ellas son viudas, y otro 40 por ciento son casadas. Eso se debe a la mayor sobrevivencia femenina y a la muerte de los esposos antes que las mujeres, pues estas tienen una mayor probabilidad de sobrevivir y quedarse viudas en la vejez. Por otro lado, las proporciones de adultas mayores solteras son el doble, comparadas con los hombres: en casi todos los países, una entre diez mujeres llega soltera a la vejez. Los casos excepcionales son Paraguay, con 22 por ciento de adultas mayores solteras, seguido por El Salvador, con 18 por ciento. En estos mismos países, además de Perú, también se observan más de diez por ciento de adultas mayores divorciadas. Las altas proporciones de viudez, soltería y divorcios en la vejez indica la necesidad de estudiar este fenómeno con mayor profundidad, así como las consecuencias de estos divorcios para las relaciones familiares, apoyos y bienestar de las adultas mayores.

Porcentajes de adultos mayores hombres, según estado conyugal (alrededor de 1990-2000)



Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

Porcentajes de adultas mayores mujeres, según estado conyugal (alrededor de 1990-2000)



Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

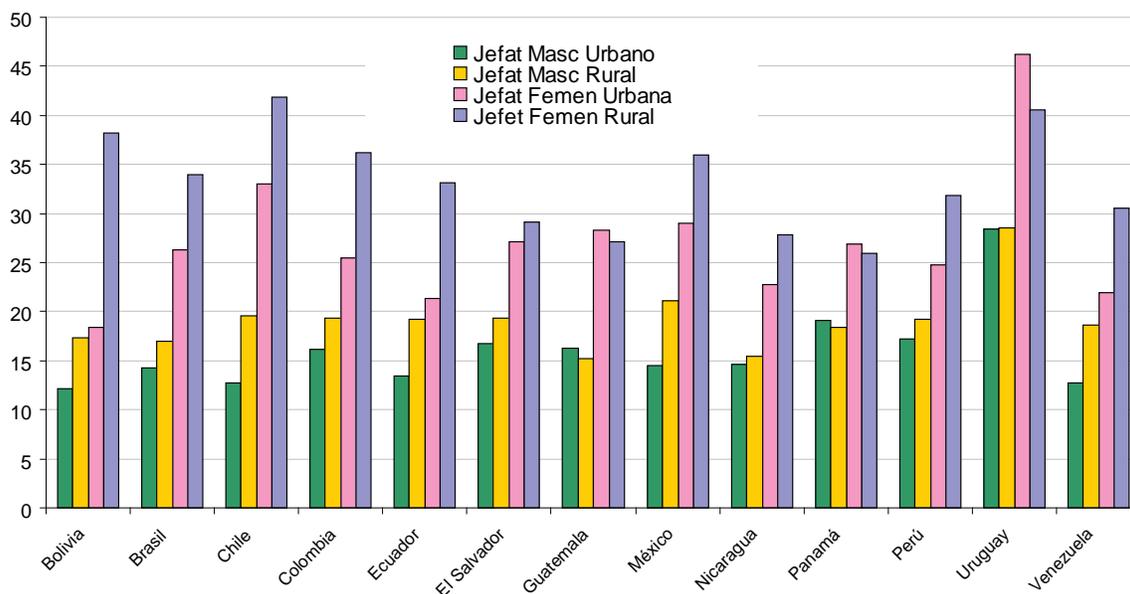
Jefatura de los hogares en la vejez

Este patrón se refleja en la distribución de jefatura femenina y masculina de adultos mayores respecto al total de hogares de los países. En todos los países la participación de las adultas mayores entre las jefas de hogar es mucho más importante (una cuarta o quinta parte del total de hogares de jefatura femenina son de mujeres adultas mayores), comparada con la participación de jefatura masculina de adultos mayores (entre 15 y 20 por ciento del total de hogares jefaturados por hombres). Tanto en el caso de hombres como de mujeres, la jefatura de adultos mayores es más frecuente en áreas rurales que urbanas. La mayor viudez y

jefatura femeninas reflejan también la etapa avanzada de la transición demográfica que experimenta cada país. Por ello Uruguay y Chile presentan las mayores tasas de jefatura de adultas mayores, aunque estas proporciones son mayores en áreas rurales de Chile y en áreas urbanas de Uruguay.

Por otro lado, Guatemala otra vez aparece con mayores tasas de jefatura femenina y masculina de adultos mayores en áreas urbanas, comparadas con áreas rurales, y Panamá casi no presenta brechas entre áreas de residencia.

Porcentaje de Hogares con Jefe Adulto Mayor, Según Sexo y Área de Residencia (Alrededor de 1990)



Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

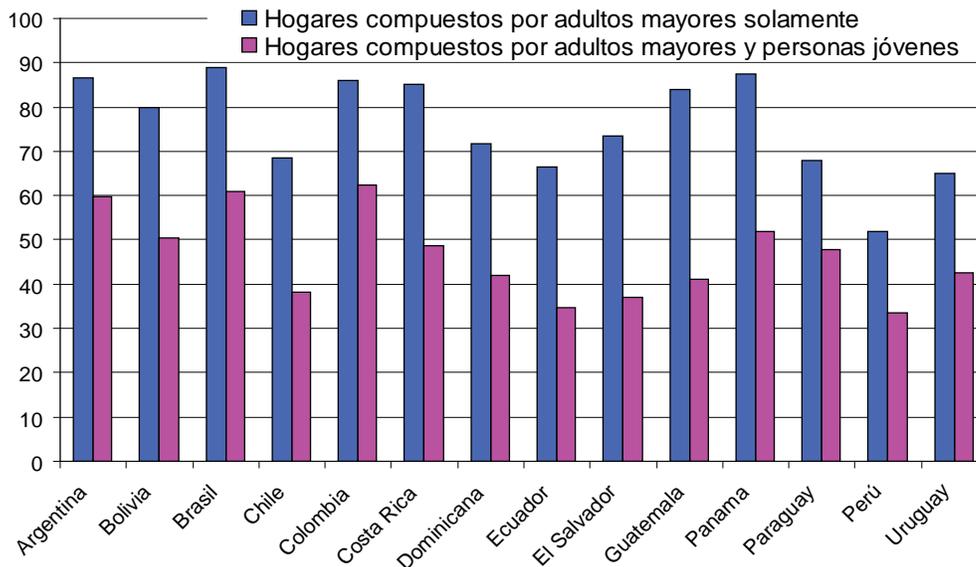
El adulto mayor con seguridad social es el principal contribuyente de sus hogares

En todos los países los adultos mayores son los principales contribuyentes económicos para el presupuesto de sus hogares. En los hogares en que ellos viven solos, con su cónyuge o familiares adultos mayores su contribución es ampliamente mayoritaria, y cuando viven con otras personas jóvenes o adultas, los adultos mayores contribuyen con más de 35% del ingresos de los hogares, y en Argentina, Bolivia,

Brasil, Colombia y Panamá ellos contribuyen con más de la mitad del presupuesto familiar (Ronfman, 2005).

Asimismo, en Brasil y México, la gran mayoría de los hombres mayores de 60 años son los jefes de sus hogares y también los principales aportadores económicos de sus hogares (Gomes, 2001).

Porcentaje del Ingreso Total de los Hogares con Seguridad Social según tipo de hogar



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

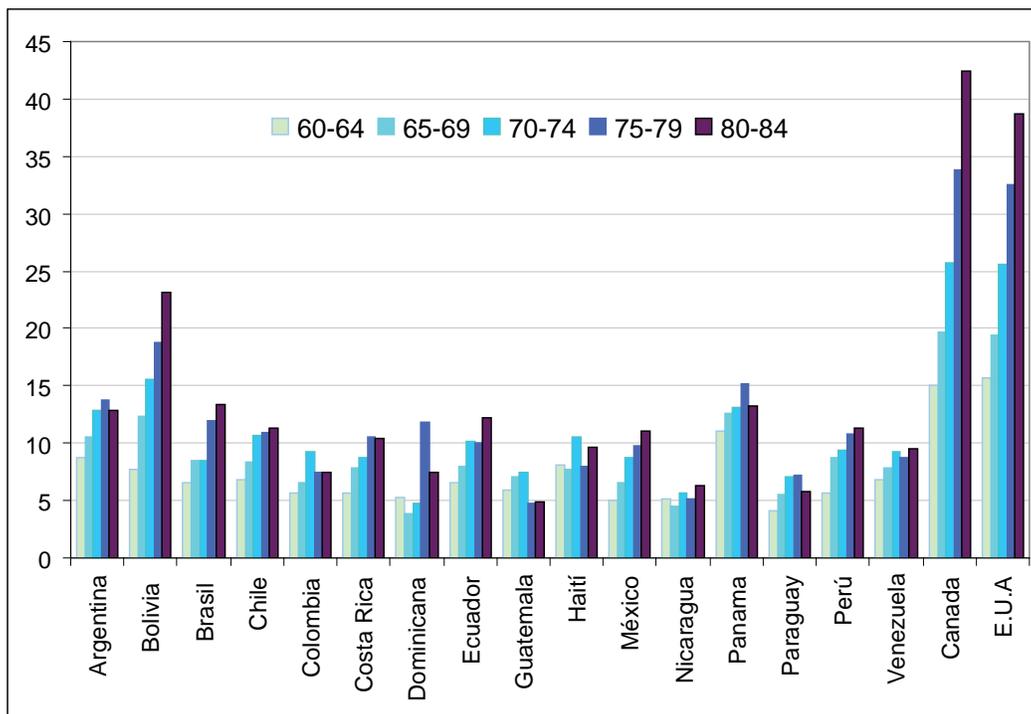
Pobreza y soledad en la vejez

Otro indicador importante sobre la vida familiar en la vejez es el porcentaje de hogares en que el adulto mayor vive solo, que se denominan hogares unipersonales. En la mayoría de los países la proporción de hogares unipersonales aumenta de acuerdo con el avance de la edad. Los hogares unipersonales ganan mayor peso mientras más avanza la edad del jefe. Ellos representan menos de 10 por ciento del total de hogares con adultos de 60 a 64 años de edad en casi todos los países de América Latina. Sin embargo, después de los 75 años de edad más de 10 por ciento de los hogares de adultos mayores son unipersonales en casi todos los países, excepto en Colombia, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Venezuela. Llama la atención que los más altos proporciones de hogares unipersonales no lo presentan los países más avanzados en la transición y envejecimiento demográficos, como era de esperarse. Al contrario, Bolivia gana destaque en las más altas tasas de hogares unipersonales de adultos mayores, seguida por Panamá, sugiriendo otra vez que en estos países, las mayores proporciones de soltería y divorcios de adultos mayores por situaciones sociopolíticas y económicas conflictivas han generado más soledad en la vejez, más allá del efecto estructural del envejecimiento de las poblaciones de estos países.

Sistemas de pensiones para la vejez

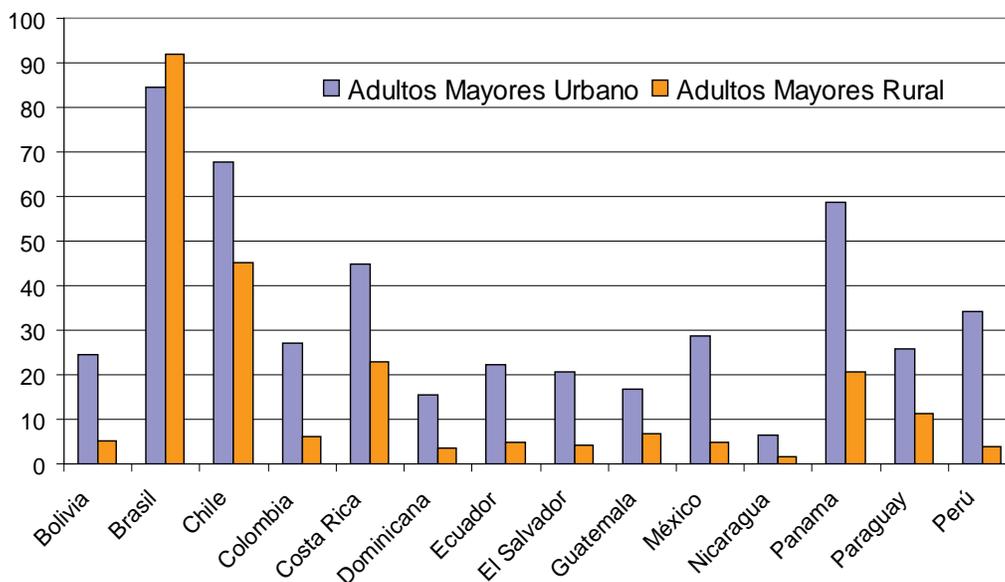
En casi todos los países de América Latina los sistemas de pensiones para la vejez no presentan mayores diferenciales por sexo, pero se concentran principalmente en áreas urbanas. Los trabajadores formales de áreas urbanas suman casi la totalidad de los contribuyentes de la seguridad social. Como resultado, también son estos trabajadores urbanos los que logran pensionarse en la vejez, por lo que las tasas de adultos mayores pensionados en general se concentran en área urbana. El único caso excepcional es Brasil, donde la reforma constitucional de 1988 universalizó el derecho a las pensiones también para los trabajadores rurales que no son contribuyentes del sistema. Actualmente más de 90 por ciento de los adultos mayores de 60 años en Brasil son pensionados con un beneficio básico de un salario mínimo. Este hecho ha causado grandes transformaciones en la familia rural brasileña, para quienes un salario mínimo se trata de una ganancia monetaria difícilmente alcanzada para los trabajadores adultos y jóvenes de áreas rurales. La universalización de las pensiones rurales ha transformado a los adultos mayores de estas áreas en personas privilegiadas dentro de su grupo familiar, con un impacto importante en la disminución de la pobreza y en el bienestar de diferentes generaciones, una vez que los adultos mayores han apoyado a sus hijos y nietos con los recursos de las pensiones. (Beltrao, 2004).

Porcentaje de Adultos Mayores que viven solos
(Alrededor de 1990)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEPAL.

Pensiones - Tasas de cobertura de Adultos Mayores según sexo
(Beneficiarios/Población de 65 y más años)

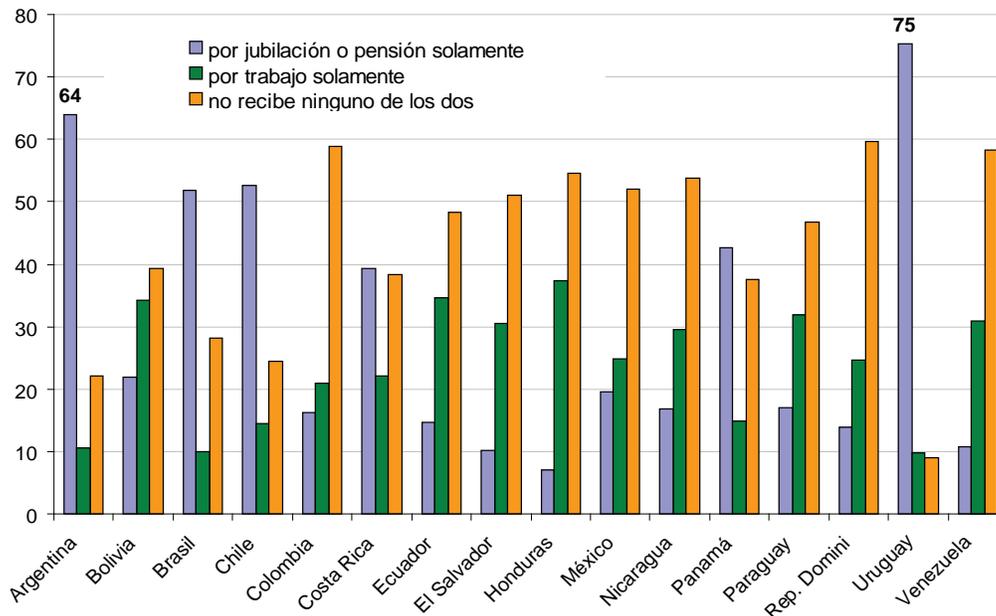


Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

En los países donde los sistemas de pensiones tienen una cobertura próxima a la universal, la mayor parte de los adultos mayores de 60 años recibe una pensión, como es el caso de Argentina, Uruguay, Chile y Brasil. Al contrario, los países con muy baja cobertura de la seguridad social en general tienen un mercado laboral formal muy restringido y concentrado en áreas urbanas. En estos contextos, menos

de 20 por ciento de los adultos mayores que viven en áreas urbanas cuenta con una pensión, como es el caso de Honduras, El Salvador, Venezuela, República Dominicana, Ecuador, Nicaragua y Paraguay. En estos países más de la mitad de los adultos mayores no reciben ingresos, y alrededor de uno de cada tres trabaja por un sueldo. Asimismo, en áreas rurales las pensiones prácticamente no existen.

Porcentaje de la población de 60 años y más que recibe ingresos, áreas urbanas (Alrededor de 1998)



Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

Los países que presentan una cobertura importante de las pensiones en áreas rurales son Brasil y Chile. Estos dos países sufrieron reformas radicalmente distintas en los sistemas de pensiones. En Brasil el sistema de pensiones se amplió en la constitución de 1988, al incluir un sistema no contributivo para los trabajadores rurales. Al contrario, en Chile la reforma de 1994 sustituyó el sistema anterior de fondo público, que cubría 80 por ciento de la población económicamente activa, y se cerró después de la reforma. El nuevo sistema se rige a través de cuentas privadas individualizadas de contribución obligatoria y mantiene a 54% de los contribuyentes del antiguo sistema. El problema de cobertura de Chile no se concentra en el área rural, sino que sigue relacionado con la informalidad laboral, pues los trabajadores independientes, aun en áreas urbanas, prácticamente no eligieron entrar al sistema hasta la actualidad (Mesa Lago, 2000).

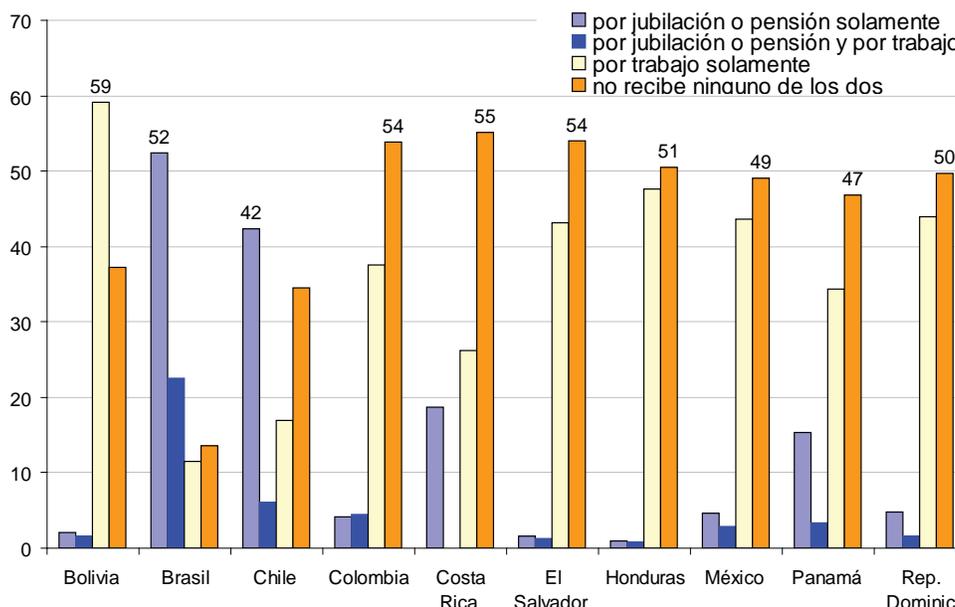
7. Migración interna, urbanización y pobreza¹⁰

En general el grado de urbanización de los países está relacionado con las etapas más avanzadas de la transición demográfica y con los mayores niveles de desarrollo. Chile, Argentina y Uruguay tienen más de 85% de su población viviendo en áreas urbanas. Mientras Haití, Guatemala y Honduras tienen más de 50% de su población viviendo en áreas rurales. La única excepción en este escenario es Costa Rica.

En 2007, por primera vez en la historia, más de la mitad de la humanidad estará viviendo en áreas urbanas. Más de

¹⁰ Gran parte de esta sección se extrajo de documentos internos de UNFPA que todavía no han sido publicados, por lo que se solicita no utilizar ni citar por el momento.

Porcentaje de la población de 60 años y más que recibe ingresos, áreas rurales (Alrededor de 1998)



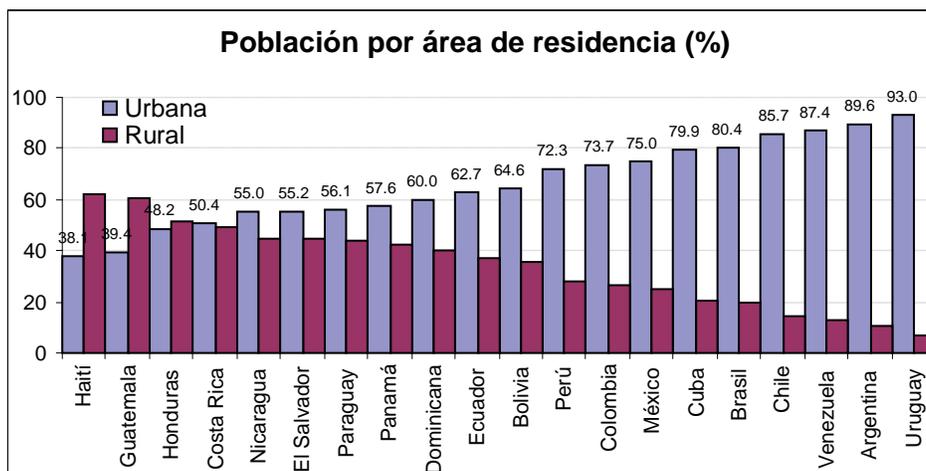
Fuente: elaboración propia, con base en datos de CEPAL

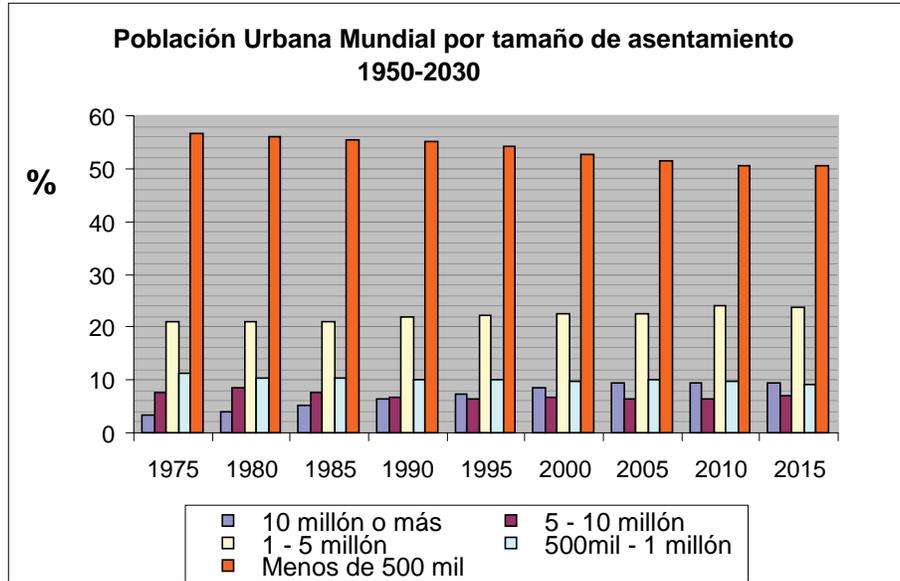
3 mil millones de personas viven en ciudades, se estima que este número ascenderá a 5 mil millones en 2030, y que todo el crecimiento poblacional ocurrirá en áreas urbanas.

En la actualidad, se estima que 2.8% del territorio mundial está ocupado por ciudades. Este pequeño territorio contiene la mitad de la población mundial. También constituyen las parcelas más valoradas para el futuro de la humanidad, porque han crecido rápidamente las poblaciones y aún más los territorios urbanos. Se estima

que, entre 2000 y 2030, la población urbana aumentará en 60% y el territorio ocupado por más de 100 mil habitantes aumentará 275%. El crecimiento urbano va ser mayor en las ciudades pequeñas y medianas, comparadas con las metrópolis. Debido a su mayor fecundidad, se espera que la mitad de todo el crecimiento urbano entre 2005-2015 ocurra en las ciudades menores de 1 millón de habitantes, donde vivirá más de la mitad de la población mundial, principalmente de Asia, África y América Latina y el Caribe (UN, 2007).

Población por área de residencia (%)



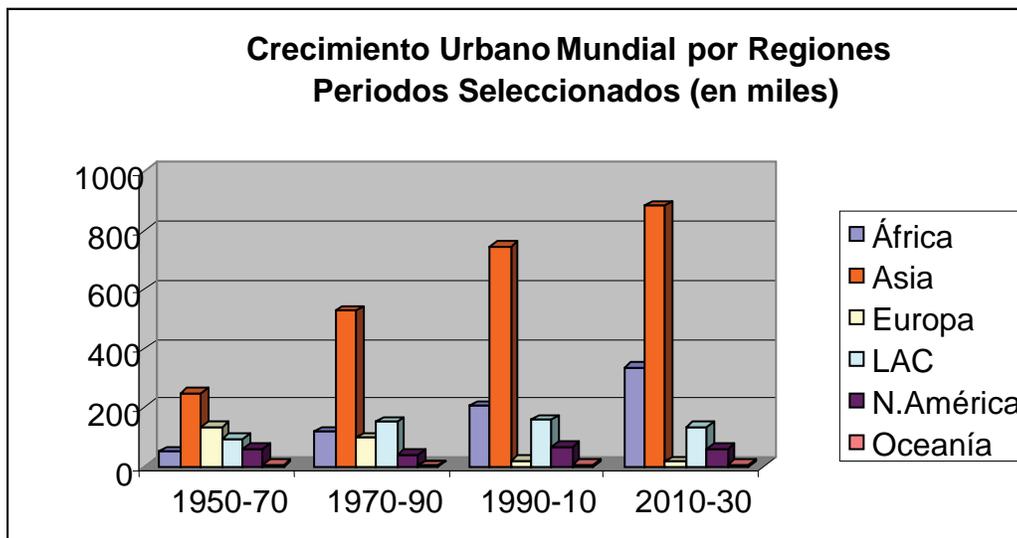


Fuente: United Nations. 2006. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, p. 1. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Table A.17

Por tanto, el crecimiento urbano seguirá siendo mayor en los países en desarrollo, donde sus impactos ambientales han sido más importantes, y donde la mayor parte de la población vive en pobreza y tiene más altos niveles de fecundidad.

aumentará de 394 a 609 millones, y mayores incrementos ocurrirán en Asia (1.36 a 2.64 mil millones) y África (294 a 742). ALC será desplazada por Asia y África, que ocuparán el primero y segundo lugar mundial en residentes urbanos en el año 2030 (UN, 2006).

Mientras la población urbana mundial aumentará de 870 millones a 1.01 mil millones entre 2000 y 2030, la de ALC



Fuente: United Nations. 2006. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, p. 1. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Table A.3

Este patrón de crecimiento urbano asociado a la pobreza se debe en parte al tránsito entre los regímenes demográficos del pasado al presente. Las regiones en desarrollo se encuentran en una “segunda ola” de transiciones demográfica, económica y urbana. La primera ola de transiciones combinadas ocurrió gradualmente en Europa y América del Norte a partir del principio del siglo XVIII, junto con la industrialización, pasando de 10 a 80% de población urbana en dos siglos. Mientras en el mundo en desarrollo estas transiciones sólo empezaron a la mitad del siglo XX, en menos de un siglo la población urbana pasará de 19% a 56% en 2030, en menos de un siglo. Actualmente ALC es la región en desarrollo más urbanizada, con 75% de población urbana, mientras África y Asia tienen sólo 37%, pero se están urbanizando muy rápidamente.

La segunda ola de urbanización en los países pobres implica desafíos difíciles para los gobiernos, como la construcción de infraestructura para millones de viviendas y personas pobres en ciudades medianas y pequeñas en las próximas décadas.

La mayoría de las personas pobres residentes en áreas urbanas no son migrantes, sino desplazados de otras áreas de la ciudad, por las transformaciones del espacio y de los mercados de viviendas y de trabajo urbanos. Por tanto, no se puede establecer una relación clara entre pobreza urbana y migración interna. En la actualidad el crecimiento urbano resulta mucho más del crecimiento natural que de la migración rural-urbana, por lo que el control de la fecundidad gana enorme relevancia, particularmente en los grupos pobres urbanos. Los migrantes de áreas rurales no son los principales responsables por la pobreza o por la expansión de asentamientos urbanos pobres, sino la alta fecundidad de las familias urbanas pobres. (UNFPA, 2007)

Pero sí, existe una relación entre pobreza e informalidad de los mercados de trabajo y de viviendas. Las personas pobres residentes en áreas urbanas, sean o no migrantes, trabajan mayoritariamente en el sector informal. Esta coincidencia no se debe simplemente a que los pobres acumulan actividades marginalizadas. Al contrario, las actividades informales en las que trabajan los pobres están integradas a una economía urbana altamente dinámica y competitiva, así como a la economía global.

La informalidad de la pobreza urbana también abarca la precaria calidad, localización y seguridad de sus viviendas. Éstas acostumbran ser hacinadas, tienen una inadecuada provisión de infraestructura y servicios (agua, desechos, luz, recolección de basura, transporte, salud, educación),

la tenencia es irregular o ilegal (invasión, asentamientos informales), y muchas veces son construidas en áreas de riesgo de inundaciones (laderas, cerca de ríos y amenazas de inundación, o zonas de captación de agua) y distantes de las oportunidades de empleo e ingresos. Estas condiciones de ilegalidad, inseguridad y riesgo no motivan a los pobres a hacer mejorías en sus casas o en el vecindario. Al contrario, la experiencia internacional de los asentamientos humanos muestra que, cuando los pobres urbanos adquieren seguridad de la tenencia de sus propiedades y el acceso a servicios y oportunidades, ellos invierten en sus viviendas.

La falta de planeación y la ubicación inadecuada lleva a que, después de asentados en estas áreas precarias, es más difícil instalar redes de agua y desagües, electricidad, recolección de basura y transporte público.

Por tanto, los logros en la reducción de la pobreza dependen en gran parte de implementar políticas urbanas adecuadas para este tipo de crecimiento con pobreza. En los países en desarrollo, la planeación del crecimiento urbano debe ser integral y vinculada a las políticas para la reducción de la pobreza y de la marginación espacial de la población pobre, que acostumbra concentrarse en áreas con carencia de infraestructura y servicios, y de mayor vulnerabilidad y riesgo ambiental. Asimismo, las políticas de ordenamiento territorial deben incluir acciones de prevención de estos problemas en las ciudades medianas y pequeñas, en su proceso de rápida expansión futura.

Esta informalidad se basa en mercados y regulaciones disfuncionales, con distorsiones y precios exorbitantes, que restringen el acceso a la tierra y vivienda particularmente en ALC, donde la extrema desigualdad se expresa también en la segregación residencial y delincuencia urbana. En este escenario, si se promueve la entrega de tierras y servicios, éstas pueden ser desviadas para grupos no pobres, mejor informados y más empoderados, lo que representa otro desafío.

Pero tampoco las personas pobres residentes en áreas urbanas deben ser considerados actores pasivos en la producción y uso de la tierra. A pesar de sus ingresos bajos e inestables, ellos tienen alguna capacidad de pagar por la tierra y para organizarse para reclamar derechos. Sin embargo, las distorsiones de mercado los llevan a pagar altos precios por las alternativas de vivienda que utilizan en el mercado informal, comparados con los precios del mercado formal.

Por tanto, los gobiernos tienen un papel fundamental en la regulación de los mercados de tierra, así como en facilitar el acceso comercial de los pobres a la tierra y vivienda, y en la movilización de sus capacidades para que ellos puedan adquirir y formalizar la tenencia de parcelas de tierra y viviendas en el espacio urbano.

Nuevas formas de consumo del espacio

El crecimiento urbano genera impactos sobre las tierras agrícolas y sobre la oferta de agua, así como sobre la degradación ambiental y los cambios climáticos. Estos impactos han cruzado fronteras administrativas, porque el crecimiento de las metrópolis las une a otros poblados y ciudades colindantes, que muchas veces pertenecen a entidades federativas vecinas.

Por lo general, las economías de escala y la aglomeración de las áreas urbanas de la producción de bienes y servicios en las áreas urbanas reducen los costos y apoyan la innovación y el desarrollo. La proximidad genera sinergias entre los diferentes sectores económicos y permite optimizar el uso de recursos y la remoción de residuos. En el sentido contrario, los beneficios de la aglomeración se redujeron mucho frente a las tecnologías de información que, al facilitar la comunicación, han sustituido las interacciones cara a cara y las redes de transporte, resultando en la desconcentración de empresas hacia fuera del centro de la ciudad, y en nuevos procesos de expansión hacia la periferia urbana. (UNFPA, 2007)

En los países en desarrollo se observa una compleja expansión urbana, que combina expansión y peri-urbanización, con disminución de la densidad de las ciudades. Por un lado, la insuficiencia y precariedad del transporte público promueven una mayor utilización del automóvil que en los países desarrollados. (UNFPA, 2007)

A su vez, en América Latina hay más construcciones actualmente que en los años setenta, época de más intensa urbanización en la región, cuando la clase media ocupó los centros urbanos, expulsando a los pobres a la periferia. Pero recientemente, en Venezuela, Argentina, Chile, México y Brasil las clases media y alta se han movido a los suburbios, como en los Estados Unidos. (UNFPA, 2007)

En paralelo a esta expansión se desarrollan procesos de peri-urbanización: los residentes de las áreas colindantes

con las ciudades, por lo general agricultores pobres, se mueven a los sectores de manufactura y servicios, debido a la intensificación de las relaciones de mercado. Así los pueblos agrarios cercanos se transforman en orillas de la ciudad. (UNFPA, 2007)

Expansión urbana e informalidad de la tenencia de la tierra

Estas poblaciones pobres poseen pocas habilidades, y encuentran mayores oportunidades en los micronegocios de pequeña escala del mercado laboral informal, concentrados en las áreas peri-urbanas menos reguladas, además de que tienen menores probabilidades para moverse hasta el centro de la ciudad. La carencia de trabajo, bienes y capital ejerce presiones sobre los precios de la tierra, y la incorporación de estos poblados menos desarrollados a la ciudad resulta en un aumento del costo de vida para sus poblaciones pobres.

La falta de regulación y de autoridades administrativas sobre el uso de la tierra, así como la especulación, permiten que las áreas peri-urbanas sirvan a múltiples usos, incluido el cultivo, agricultura de subsistencia e industrias artesanales, junto con la expansión industrial, especulación inmobiliaria, suburbanización residencial y depósitos de residuos. Además, los asentamientos peri-urbanos pobres compiten con todos estos sectores. Esta heterogeneidad y dinamismo ocurren fuera de los límites urbanos oficiales, en áreas definidas como "rurales", a pesar de que su alta concentración poblacional y actividades económicas son de tipo urbano. (UNFPA, 2007)

Las áreas peri-urbanas realizan funciones y servicios clave para las ciudades, como la oferta de alimentos, generación de empleo, viviendas accesibles para pobres y alternativas para clases medias. A pesar de que su composición es heterogénea y cambiante, ellas concentran los asentamientos de personas pobres, en expansión en los países en desarrollo.

Como estas áreas están fuera de las fronteras legales y administrativas de la ciudad, la capacidad reguladora de las autoridades gubernamentales es mínima, y pobre de tal manera que la peri-urbanización ocurre de manera no planeada, informal e ilegal. Asimismo, algunas de ellas sufren daños ambientales por acumulación descontrolada de residuos líquidos, sólidos y gaseosos. (UNFPA, 2007)

Expansión Urbana e Informalidad de la Tenencia de la Tierra

Las poblaciones más pobres, en áreas urbanas y rurales, son las que se enfrentan a mayores riesgos ambientales. Los lugares en los que ubican sus viviendas y los materiales que utilizan en la construcción de las mismas hacen que sean más vulnerables a las catástrofes naturales. Para ellas, es necesario poner en marcha políticas integrales de desarrollo sostenible y redes de protección social.



©UNFPA/Wint

La expansión y la peri-urbanización imponen un nuevo orden social, económico y político. Las ciudades tienen múltiples núcleos, son fragmentadas, con bajas densidades, sus extensiones territoriales están extrapoladas, pero al mismo tiempo ellas son funcionalmente integradas. Su unidad espacial y económica no es la jurisdicción administrativa del municipio, sino que comparten mercados de trabajo y redes de infraestructura comunes, y son denominadas áreas “conurbadas”.

Esta situación implica la necesidad de desarrollar formas de cooperación y negociación entre gobiernos locales adyacentes que muchas veces tienen problemas y prioridades distintas. En Ecuador y Honduras, el UNFPA ha apoyado la capacitación de técnicos y agencias locales para analizar los datos censales en un nivel desagregado y proyecciones, para facilitar la planeación y estimar la demanda futura de servicios. (UNFPA, 2007)

Sustentabilidad y vínculos local, urbano, rural y global

El crecimiento urbano y los problemas asociados a él no pueden ser considerados solamente resultado de fuerzas locales, sino que también están ligados a procesos globales. La preservación de ecosistemas saludables o la garantía de transporte, oferta de agua y energía conllevan riesgos climáticos relacionados. Por tanto, la sustentabilidad urbana, incluidos los recursos naturales, servicios ecológicos y el control de la contaminación no pueden ser vistos en separado, de manera inmediatista o simplemente como problemas locales de provisión de servicios públicos, vivienda, transporte, economía urbana o degradación ambiental.

Los sistemas urbanos tienen sus “zonas de influencia” más allá de su área contigua inmediata, pues dependen de recursos y servicios (energía, materiales de construcción, alimentos, agua, áreas para recreación y servicios ecológicos) de áreas contiguas y no contiguas. En la actualidad, la garantía de la provisión de agua es el mayor reto para las áreas urbanas.

El crecimiento y reestructuración económica de megaciudades como São Paulo y México asumen nuevas dinámicas y se enfrentan a nuevos retos espaciales y organizacionales que implica administrar el desarrollo urbano local en un mundo global. Asimismo, en esta cadena también participan las áreas peri-urbanas, las ciudades

intermedias y pequeñas, y éstas últimas son las que más crecen. Todas ellas son interdependientes, por ejemplo, las mega-ciudades dependen de las provisiones de las demás áreas y ciudades, y también de los procesos de globalización, y vice-versa. (UNFPA, 2007)

Impactos de la urbanización, cambio climático, vulnerabilidad y desastres naturales

El crecimiento desordenado, junto con la desigualdad y pobreza predominantes en ALC, aumenta los riesgos y vulnerabilidades de las poblaciones frente a los desastres naturales en las áreas urbanas, así como tienen consecuencias negativas para el cambio ambiental. Por ejemplo, en Caracas la expansión de asentamientos informales en las laderas periféricas de la ciudad ha contribuido a la devastación que ocurrió en 1999 por las inundaciones y deslizamientos, resultando en la muerte de 30 mil personas y afectando a otras 500 mil.

Asimismo, el cambio climático puede modificar el patrón migratorio. Las sequías e inundaciones pueden resultar en desplazamientos temporales y permanentes, como ha ocurrido en México y otras ciudades con extensas poblaciones urbanas pobres y marginadas.

Informalidad de la tenencia y propiedad de la tierra y vivienda: inequidades de género

Las mujeres también se encuentran en desventaja en los sistemas de tenencia y propiedad de la tierra y la vivienda. En ALC las jefas de hogar tienen una mayor probabilidad de rentar su vivienda que los hombres, debido a múltiples razones. La pobreza e informalidad laboral dificultan la adquisición de propiedades y el acceso a créditos hipotecarios, así como a los programas gubernamentales de vivienda. Por otro lado, los sistemas de herencia privilegian a los hombres y en muchos casos prohíben que las hijas sean herederas. Como resultado, en ALC, en 1998, 24% de las mujeres se enfrentaron a obstáculos para obtener la propiedad de sus tierras, 11% para heredar tierra y vivienda y 34% para obtener las hipotecas a sus nombres (UNCHS, 2003)

Las mujeres han cambiado las leyes y costumbres de herencia, y han utilizado más los mercados de tierras, así como se han organizado en cooperativas para obtener

derechos sobre la tierra (Gray 1999). Por ejemplo, en México, Del Rey (2006) observa que existen fuertes presiones de los hijos para que los padres dividan las tierras, a través de la herencia o venta. Estas presiones han llevado los adultos mayores a nombrar a su esposa como heredera, con el objetivo de proteger el patrimonio familiar y disminuir las presiones filiales por su división. Por otro lado, las hijas solteras, separadas y divorciadas, que establecen relaciones más estrechas de intercambios y apoyos con los padres, obtienen mayor confianza y han participado más en el sistema de herencias. Debido a que estas mujeres no tienen interés en la explotación agrícola de la tierra, son vistas por los padres como mejores opciones de herencia, comparadas con los hijos, pues las hijas sin cónyuge se alían a los padres en su decisión por postergar la división de las propiedades. Estas renegociaciones de interés entre géneros y generaciones han facilitado la entrada de las mujeres al sistema de herencias.

Por otro lado, las mujeres en la región han desarrollado habilidades y derechos en el campo de la auto-construcción. En Lima se ofrecen programas de crédito y asistencia técnica para auto-construcción también para mujeres. En barrios pobres de Caracas el Banco Mundial ha incluido a las mujeres en el programa de infraestructura urbana, como constructoras y como inspectoras o funcionarias del programa. Las mujeres impulsan las mejorías de los barrios y la comunidad, conocen los mecanismos de eficiencia de estas operaciones, y contribuyen para el desarrollo de estas habilidades en la comunidad (UNFPA, 2007).

Por tanto, se sugiere implementar programas de auto-construcción de viviendas, microcréditos, capacitación y asistencia técnica, reforma e infraestructura de los barrios pobres y áreas peri-urbanas con una perspectiva de género y con la participación directa de las mujeres. (UNFPA, 2007).

Asimismo, las mujeres migrantes invierten más las remesas y los beneficios sociales para aumentar el bienestar de los miembros de los hogares, envían más remesas a sus padres, e invierten más sus recursos en la calidad de la vivienda, comparadas con los hombres, lo que muestra la importancia de tomarlas en cuenta en las políticas de reordenamiento territorial.

Migración, urbanización y género

La urbanización afecta los roles, relaciones y desigualdades de género. La situación de las jefas de hogar puede ser mejor al migrar del área rural a la urbana, a pesar de que ahí también hay discriminación, obstáculos para acceder al Mercado laboral, de vivienda y servicios básicos.

Por otro lado, los flujos migratorios de mujeres han aumentado en la última década, y se observa una feminización de la migración, frente a las restricciones que encuentran las mujeres en el mercado de trabajo rurales, y debido a la mayor oferta de empleo para mujeres en áreas urbanas (Chant, 1992). Como resultado, en ALC la población femenina es mayor en áreas urbanas que en áreas rurales, al contrario de lo observado en África y Asia. (UNFPA, 2007).

El flujo femenino más frecuente es el de mujeres jóvenes y solteras que migran hacia las mega-ciudades, para trabajar en ocupaciones específicas de género: en el trabajo doméstico, hoteles, restaurantes, y también en industrias de manufactura (UNFPA 2007). En algunos países también se observan importantes flujos migratorios de mujeres desde áreas rurales a ciudades medianas o fronterizas, o al área peri-urbana de mega-ciudades, para trabajar en maquilas o en algunos sectores de producción agrícola extensiva para exportación. En los países en desarrollo las corporaciones multinacionales muchas veces tienen preferencia o contratan exclusivamente mujeres. Este es el caso de la frontera norte de México, donde se han creado nuevas ciudades en las que viven casi exclusivamente mujeres; o de empresas agrícolas que contratan exclusivamente mujeres para la cosecha de productos más delicados, como el jitomate, la fresa y las flores, precisamente debido a que éstas desarrollaron mayores destrezas manuales. (Mummert,1999).

Las mujeres migrantes son particularmente vulnerables a la discriminación de género. Los procesos migratorios exponen a las mujeres a abusos, como la demanda por mayores pagos, mayor riesgo de robo, abuso sexual o secuestro. En el local de destino las mujeres están expuestas a situaciones de precariedad laboral, violencia, particularmente si se dedican al trabajo doméstico o en negocios clandestinos, donde se encuentran aisladas y sin redes de apoyo. Por ejemplo, en Argentina las migrantes indocumentadas de Bolivia trabajan 18 horas al día acompañadas de sus hijos. Hay mujeres que eligen y otras que son forzadas a participar de negocios de prostitución, en situación de alta vulnerabilidad. (UNFPA 2006)

Reorientación de las políticas de reordenamiento territorial

Frente al crecimiento urbano y particularmente de los barrios y poblaciones pobres, los planeadores y gobiernos nacionales han desarrollado políticas y regulaciones para restringir la migración y el desarrollo de barrios y asentamientos informales, centrados principalmente en la prevención de la migración rural-urbana. Sin embargo, además de no reducir la migración, estos intentos han tenido impactos adversos sobre las condiciones de vida de los pobres urbanos. América Latina tiene muchos ejemplos de la poca efectividad de políticas que buscan redireccionar los flujos migratorios de regreso a áreas rurales, mientras contradictoriamente se aplican otras políticas que promueven la concentración poblacional en áreas urbanas. Sin embargo, la urbanización juega un papel positivo sobre el desarrollo social y económico. La migración a los centros urbanos es basada en elecciones racionales de las personas que buscan mejorar sus condiciones de vida. A pesar de las limitaciones de trabajo y bienestar que encuentran en las ciudades, los migrantes prefieren estas condiciones, comparadas con las alternativas rurales. (Martine, 2000; UNFPA 2007)

Otro concepto equivocado que fundamenta las políticas anti-migración es el tratamiento de la pobreza 'rural' y 'urbana' como separadas y en competencia por recursos. Al contrario, se ha observado que un desarrollo rural exitoso estimula y apoya el desarrollo urbano, y vice versa. El crecimiento urbano es un estímulo para la producción de alimentos, particularmente para que los agricultores de pequeña escala puedan acceder a los mercados urbanos.

Por tanto, el desafío para los gobiernos y organismos internacionales no es elegir entre inversiones en áreas rurales o urbanas, como si éstas estuvieran compitiendo por prioridades y recursos. Sino explotar y utilizar las ventajas urbanas y fortalecer los vínculos del desarrollo rural-urbano para que los pobres de ambas áreas puedan beneficiarse al mismo tiempo de políticas integrales.

Las políticas proactivas en esta materia incluirían:

- a. Desarrollar nuevas iniciativas para encontrar espacio para los pobres urbanos

Por ejemplo, en Ecuador el Banco Mundial ha desarrollado una experiencia de preparación para la expansión urbana en cinco ciudades intermedias, donde se espera que su población se duplicará en los próximos

15-30 años, y cuyo territorio urbano se triplicará en el mismo periodo. Se está formalizando la conversión de áreas rurales en las periferias urbanas, mientras éstas no están sujetas a especulación inmobiliaria. Las municipalidades están expandiendo sus límites legales, planeando la expansión de la red de infraestructura, obteniendo derechos a la tierra y utilizando la ley de expropiación sin costo, e intercambiando tierras entre propietarios.

Desde los años 80's el Movimiento de los Trabajadores Sin Tierra de Brasil ha utilizado la legislación para ocupar y explorar tierras consideradas legalmente improductivas, estableciendo acciones de organización agrícola y servicios de salud y educación móviles con sectores gubernamentales y académicos, lo que les permite desarrollar habilidades técnicas y medios alternativos para la auto-sustentabilidad y asistencia jurídica para la legalización de las tierras ocupadas.

- b. Utilizar la legislación y regulaciones vigentes para garantizar la provisión de áreas seguras para construir viviendas para grupos de bajos ingresos.
- c. Establecer acuerdos adquisitivos de tierras en áreas que no sean de riesgos ni fragilidad ecológica.
- d. Asegurar que los millones de pobres actuales y futuros cuenten con la propiedad e infraestructura básica en sus viviendas y puedan mejorarlas posteriormente.

Aprovechar las economías de escala y de la proximidad de áreas urbanas para proveer de agua potable, drenajes y servicios básicos las áreas peri-urbanas, y generar mecanismos más efectivos para mejorar el bienestar de residentes de áreas rurales.

- e. Capacitar a los pobres urbanos para que regularicen sus terrenos ocupados y para reducir su inseguridad de tenencia, motivándolos a mejorar sus propias viviendas.
- f. Esquemas innovadores para adquisición y financiamiento de tierras para los pobres:
 - i. Sistemas de financiamiento de hipotecas y servicios de transporte, salud y educación.
 - ii. Esquemas de largo plazo y bajo costo y apoyar a los gobiernos locales para adquirir reservas de tierras para la expansión urbana.
 - iii. Bancos para financiamiento de vivienda para pobres

- g. Mejorar el transporte para los grupos de bajos ingresos.
- h. Generar mecanismos para garantizar la equidad de género en las políticas urbanas y migratorias, así como en los sistemas de propiedad y herencia.
- i. Entregar servicios de registro civil accesibles y gratuitos para las poblaciones pobres, rurales, indígenas y adultos mayores. (UNFPA 2007)

8. Ambiente

Problemas ambientales en la actualidad

La producción y el consumo de energéticos, particularmente la creciente demanda de electricidad y transporte, dependen básicamente de los combustibles fósiles y generan emisiones contaminantes atmosféricas del suelo y agua, produciendo una serie de riesgos para el ambiente y la vida de diferentes especies, incluido el ser humano.

Uno de estos riesgos es el incremento de la emisión de gases de efecto invernadero, como el dióxido de carbono (CO₂). El efecto invernadero ocurre cuando determinados gases componentes de la atmósfera retienen parte de la energía que el suelo emite, por haber sido calentado por la radiación solar, produciendo un mayor calentamiento del planeta. Los sectores energético y de transporte son los que más contribuyen para el calentamiento global, con sus emisiones totales de gases de efecto invernadero, debido al rápido aumento de la demanda y consumo energéticos del transporte de pasajeros y de mercancías, incluido el transporte aéreo.

El cambio climático, particularmente el calentamiento del planeta, se observa con el paso de los años cada vez más calurosos. Además del efecto invernadero, la disminución de los glaciares en el norte y la desertificación en el sur generan riesgos para la biodiversidad, para los ecosistemas marinos y para los recursos del suelo e hídricos, generando contaminación atmosférica y riesgos para la salud de los seres humanos.

Un factor adicional de riesgo ambiental es un conjunto de problemas relacionados con la formación y esparsamiento del ozono. En la estratosfera (de 10 a

50 Km. por encima de la superficie terrestre) el ozono protege la vida contra los rayos ultravioletas del sol. Los clorofluorocarbonos (CFC) son gases de efecto invernadero y son también sustancias agotadoras de la capa de ozono, utilizados en equipos de refrigeración y aire acondicionado, en la fabricación de espumas aislantes, como solventes y propelentes en aerosoles, extintores portátiles y cubiertas de tuberías aislantes. Las altas concentraciones de ozono en la baja atmósfera es un problema grave de contaminación, generado por el uso de estas sustancias en las actividades humanas en las grandes ciudades. En la atmósfera también se acumulan óxidos de nitrógeno (NO_x) generados por el tráfico que, junto con otras partículas, forman el smog, nocivo para la salud humana, pues produce irritación de las vías respiratorias, dificultades para respirar y daños a los pulmones con tan sólo unas horas de exposición. El smog suprime la formación de ozono en las ciudades, y éste último es transportado por el viento a más de 400 Km. diarios, migrando rápidamente para las zonas suburbanas o rurales, alejadas de su origen, y termina por afectar mayormente a las poblaciones pobres y excluidas del desarrollo que no necesariamente generan ozono, pero sus lugares de residencia reciben la migración del ozono generado en las ciudades.

La contaminación de las aguas residuales se debe al consumo excesivo y la contaminación del agua, sea por la agricultura, la industria o la generación de energía, por el turismo y los hogares, ejerciendo presión sobre los recursos hídricos. La contaminación del agua se debe a los metales pesados, fósforo, nitratos, pesticidas y materia orgánica, así como de hidrocarburos de navíos, que son vertidos en mares, ríos, lagos y manglares. Asimismo, aunque no se cuenta con información suficiente, se observan contaminantes en las aguas subterráneas y en el agua potable.

Finalmente, el deterioro de las zonas de gran valor natural y de la biodiversidad, aunque es visible, no es conocido en su extensión exacta, y tampoco se ha identificado la cantidad y distribución de las especies que componen la biodiversidad del planeta y sus hábitat, como son los pastos seminaturales, las dehesas, los montados, las zonas esteparias, las regiones de pastoreo montañosas y los pastos y praderas. Por otro lado, en las regiones agrícolas se presenta un incremento de actividad agrícola en algunas regiones y el abandono de otras. La agricultura de baja intensidad permite el desarrollo de la flora y la fauna, mientras la de alta intensidad genera pérdida de biodiversidad y de riqueza natural.

La riqueza de recursos ambientales de ALC

ALC cuenta con 1,995 millones de hectáreas, de las cuales 576 millones o 30% son reservas cultivables. La región ocupa el tercer lugar del planeta en suelos degradados con 1,900 millones de hectáreas de estas en el planeta (16%), después de Asia y África.

En 1998 los pastizales de ALC, cubrían cerca del 80% de las tierras potencialmente agrícolas de la región y el 20% de tierras cultivadas correspondían a cultivos permanentes. En el año 2000 la región poseía 25% de las áreas boscosas del mundo, 964 millones de hectáreas, de los cuales el 92% se localizan en Brasil y Perú. Estos países se ubican entre los diez países del mundo que concentran las dos terceras partes de los bosques mundiales.

La biomasa leñosa de ALC es la más alta del mundo, superando en 17% el promedio mundial de 109 toneladas por hectárea. El 43% del total se encuentra en Sudamérica, principalmente en Brasil, que cuenta con el 27% mundial.

En Brasil. Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela se han identificado 190,000 de las 300,000 plantas vasculares conocidas en todo el planeta (albergando

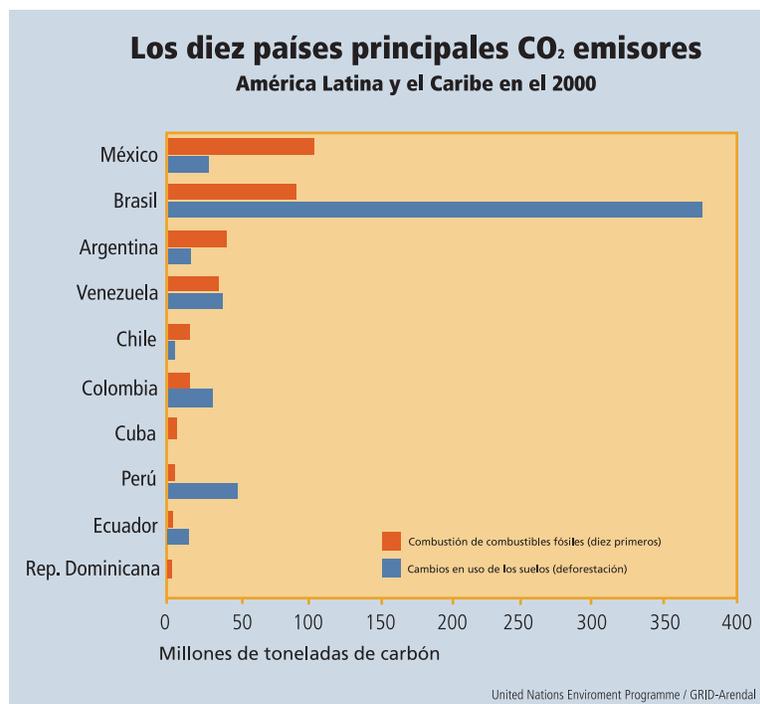
entre 60 y 70% de todas las formas de vida del planeta), por lo tanto, estos países son parte del grupo de naciones que a nivel mundial son consideradas de megadiversidad biológica.

ALC es una región rica en agua, cuenta con el 15% del territorio y 8.4% de la población mundial, pero recibe el 29% de la precipitación mundial y cuenta con una tercera parte de los recursos hídricos renovables del mundo. Sin embargo, estas condiciones no han garantizado la distribución del agua, ya que en muchas áreas de Mesoamérica, los Andes, el noreste brasileño y Paraná, Uruguay y la Plata, es recurrente o crónica la carencia de agua.

Diversidad climática

ALC se caracteriza por una gran diversidad de climas, que van desde zonas desérticas hiperáridas hasta bosques tropicales húmedos; áreas propensas a sequías, inundaciones y heladas. La circulación atmosférica y las corrientes oceánicas provocan la existencia de desiertos en el norte de México, Perú, Bolivia y Argentina.

Los bosques ocupan el 22% del área de esta subregión, representando el 27% de la cobertura boscosa global, con



Fuente: Organización para la Cooperación Latinoamericana

influencia sobre el clima local, regional y siendo parte del balance global del carbono.

Efectos del cambio climático:

Los cambios climáticos podrían afectar los ecosistemas de países boscosos, entre ellos México, Países del Istmo Centroamericano, Venezuela, Brasil y Bolivia.

Desde 2002 Brasil es el segundo mayor emisor de CO₂ y, como consecuencia de la tala masiva de bosques pluviales, el país emite el 18% de CO₂ de ALC. Debido a la deforestación de la selva del Amazonas las lluvias se podrían reducir en la región, dando origen a escurrimientos y mareas dentro y fuera de la cuenca amazónica.

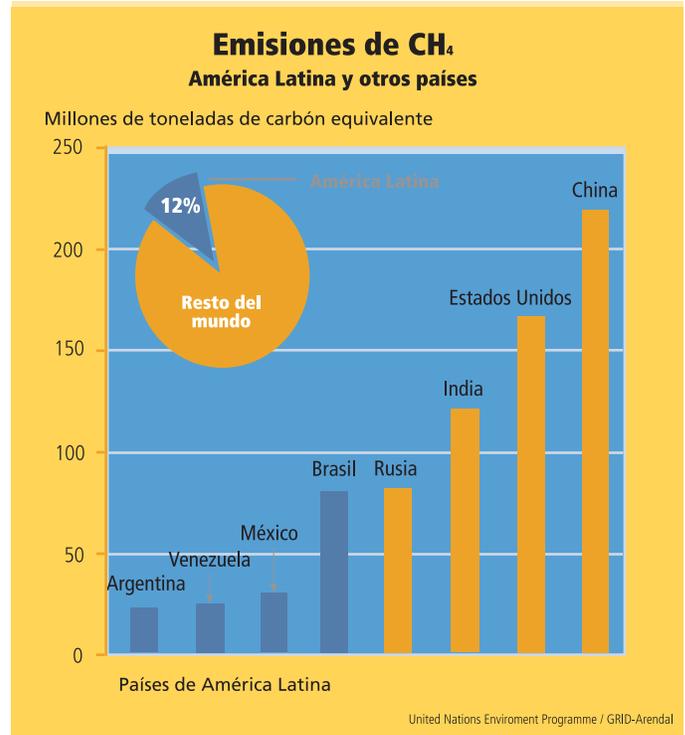
México, se encuentra en el segundo lugar en emisiones de CO₂, las que provienen principalmente de la generación de electricidad y el transporte.

Otro componente importante para el cambio climático se ha originado desde la era preindustrial, debido a la concentración atmosférica de metano (CH₄), que se ha incrementado en un 150%. El metano es un gas invernadero con un potencial de calentamiento global 23 veces mayor que el gas carbónico. La región de ALC ha estado templando durante el siglo XX, la temperatura global se ha incrementado desde 1900, el único periodo frío fue el decenio de 1960 a 1970; y a partir de los años ochenta comenzó la elevación de las temperaturas.

En caso de existir fenómenos climáticos extremos, las cadenas y las mesetas montañosas se verían afectadas, así como las principales fuentes de ríos caudalosos como las cuencas del Amazonas y del Orinoco. Podrían desaparecer importantes superficies de nieve y hielo, de la criosfera de la región, representada por los glaciares localizados en los Altos Andes y por tres campos de hielo ubicados en el sur del continente americano.

Los ríos, lagos, reservorios y humedales se podrían ver afectados por fluctuaciones en el cambio climático, como las del fenómeno ENOS. Países del Istmo Centroamericano, Venezuela y Uruguay podrían sufrir cambios que provocarían la desaparición de tierras costeras y de su biodiversidad, con intrusión de agua salada y daños en infraestructuras costeras.

En lo que se refiere a la agricultura, disminuirían las producciones de cultivos como cebada, viñedos, maíz,



Fuente: Herramienta de Indicadores del Análisis Climático del Instituto de Recursos Mundiales.

papas, soja y trigo; aumentarían las enfermedades y pestes en animales y plantas, afectando la producción, y se podrían expandir al sur y alturas mayores enfermedades como el dengue, cólera, malaria y el mal de Chagas.

La intensidad y frecuencia de los huracanes en el Caribe, los cambios de patrón en las precipitaciones, el aumento de los niveles en las riberas en Argentina y Brasil, la reducción de los glaciares en la Patagonia y en los Andes, son fenómenos que indican las posibles transformaciones en la región a consecuencia de los cambios climáticos.

El sistema de Naciones Unidas está actuando a nivel mundial a través de acuerdos internacionales y orientación a los países para establecer acuerdos y políticas de contención del proceso de degradación ambiental, así como para la promoción de prácticas y comportamientos comprometidos con la preservación del medio ambiente.

9. Población desterritorializada y desplazados por conflictos

La migración forzada resulta de conflictos civiles que afectan amplios grupos de población. Colombia es el tercer país del mundo en número de refugiados por motivo de conflictos. Hombres y mujeres participan en las fuerzas armadas, aunque las mujeres son minoría en la población de refugiados, su participación se ha incrementado en los grupos de guerrilla y en la delincuencia en general (Lastra, 2005). Entre 1990 y 1995 las muertes por causas violentas han causado la pérdida de 950,000 personas por año, y 90% de ellos corresponden a hombres. La esperanza de vida de los hombres ha disminuido por las muertes violentas, principalmente por homicidios (Flórez Nieto et al. 1990 citado en Lastra, 2005).

El principal motivo de expulsión de personas de sus hogares es la guerrilla (44%), seguido de los paramilitares (26%), además de la fuerza pública y los grupos insurgentes no identificados. Cerca de la mitad de las familias migran por miedo, a las amenazas y violencia, el asesinato y la confrontación armada, bombardeos o combates. (Lastra, 2005).

En los años noventa Honduras fue un sitio de operaciones logísticas y de apoyo al ataque a las fuerzas sandinistas en Nicaragua, por lo que se dio el flujo migratorio de indocumentados hondureños de forma masiva, que ha ido creciendo de forma desmesurada, desplazando en 1994 a las migraciones de salvadoreños que tenían el primer lugar en América Central. En 1999 los hondureños llegaron a ocupar el segundo lugar después de los guatemaltecos en la migración.

Población refugiada y cambios de origen. 2005

Origen	Incremento durante el 2005			Población desplazada a finales del 2005	
	Reasentamiento de personas	Otras	Total	Total	Asistencia de UNHCR
Bolivia			42	269	
Brasil			75	370	
Chile		21	61	938	22
Colombia	2572	833	12538	60415	12174
Costa Rica	17		76	178	2
Cuba	6369	18	6843	19000	360
Ecuador	23	4	106	770	10
El Salvador	380	1	381	4281	458
Granada			28	152	
Guatemala			490	3379	27
Guayana			98	406	
Haití	23		3874	13542	53
Honduras	5		143	535	21
Jamaica	4		101	450	
México	809		809	2313	
Nicaragua		4	49	1463	183
Perú	2	9	438	4865	961
San Vicente y Granadinas			103	279	
Estados Unidos	1	1	5	683	2
Uruguay		1	23	111	1
Venezuela	8	3	993	2590	10

Fuente: UNHCR. 2005 Global Refugee Trends, 2006

Consecuencias del desplazamiento: el caso de Colombia

En Colombia las mujeres y niños engruesan los grupos de poblaciones desplazadas (Kumar 2001, citado en Lastra, 2005). Las mujeres asumen diversos roles para mantener y proteger a la familia, sobre todo cuando ocurre la separación del hombre jefe de hogar, por motivo de trabajo, seguridad o reclutamiento militar. Las mujeres pobres se desarrollaron reproduciendo el rol femenino centrado en las actividades domésticas y agrícolas, acostumbradas a vivir y moverse sólo en áreas cercanas al hogar. Cuando experimentan situaciones de conflicto y la salida del hombre del hogar, las mujeres sobrevivientes y víctimas de desplazamientos se enfrentan a mayores dificultades, porque al desplazamiento se suma la ruptura espacial traumática y cambios drásticos en su condición de reproducción doméstica, roles sociales y en las relaciones de género, (Sen 1983, 1990) así como en todas las demás dimensiones sociales.

En las zonas de conflicto las mujeres son víctimas de abuso sexual, prostitución y embarazos tempranos, y no cuentan con acceso a servicios de atención al embarazo y el parto. Sin embargo algunas se convierten en jefas del hogar y participan del mercado laboral; otras participan en movimientos sociales, sea como guerrilleras o como colaboradoras de ONGs para el proceso de paz.

Las mujeres que se desplazan a la ciudad se convierten repentinamente en jefas del hogar (Cohen y Deng, 1998; Bouta, Frerks y Bañón, 2005; El Bushra, 2000, citados en Lastra, 2005). La migración de las familias desplazadas a las ciudades pasa por un proceso progresivo de acomodación en el mercado laboral y asentamientos informales. Las mujeres encuentran empleo urbano como domésticas o en el mercado informal. Por ejemplo, en Bogotá ha aumentado la demanda por empleadas domésticas y cuidadoras de niños. Al recibir un ingreso regular, las mujeres desplazadas adquieren mayor poder y autonomía. Asimismo, ellas tienen mayor posibilidad de recibir apoyos de las organizaciones de la sociedad civil, comparadas con los hombres.

Las posibilidades de que los hombres y mujeres desplazados regresen a su lugar de origen son muy remotas, solo el 12% de las mujeres jefas de familia han podido regresar a su lugar de origen. Por lo tanto la adaptación a la ciudad debe ser casi inmediata y progresiva.

Los desplazados son mayoritariamente mujeres, niños, adolescentes y jóvenes: el 60% de las personas desplazadas tienen menos de 20 años. Entre los desplazados de 0 a 14

años predominan los niños, y en el rango de 15 a 54 años las mujeres, sobre todo las de 20 a 39 años. Del total de hogares desplazados forzosamente, más de dos terceras partes tienen niños de 5 a 15 años de edad y, de éstos, 44% no asiste a la escuela. La elevada deserción escolar se debe al trabajo infantil y al alto costo de enviarlos a la escuela.

En Colombia, existe un amplio marco normativo que reconoce la extrema vulnerabilidad de la población desplazada. El Secretariado Nacional de Pastoral Social cuenta con el Sistema de Información sobre el desplazamiento forzado en sus distintos niveles territoriales.

10. Migración internacional

Los países en desarrollo combinan una estructura poblacional que concentra un numeroso bono demográfico de jóvenes y adultos que demandan trabajo, pero sus economías no logran ofrecerles salarios y condiciones adecuadas. Por otro lado, los países desarrollados cuentan con una estructura poblacional envejecida y pocos jóvenes, éstos van en descenso numérico y tienen niveles de educación elevados, pues la gran mayoría ha concluido la educación media superior. Estos países carecen de fuerza laboral menos calificada para ocupar los puestos menos atractivos del mercado de trabajo, que han sido abandonados inclusive por los grupos más pobres de sus poblaciones. Pero por este trabajo no calificado se pagan sueldos mucho más elevados en los países desarrollados que en los países en desarrollo.

Asimismo, la migración calificada puede representar entre 50 y más de 70 por ciento de la población calificada de los países de origen, y parte importante de los migrantes calificados desempeña labores que requieren menor calificación en los países de destino, lo que implica el desaprovechamiento de este recurso en ambos países.

Las dinámicas sociodemográficas y las diferencias salariales entre los países de destino y origen son perfectamente complementarias e impulsan la migración internacional. Asimismo, ésta se potencia con la expansión y reducción de los costos de las comunicaciones y del transporte, con la disminución de los obstáculos que limitaban el movimiento de personas a través de las fronteras internacionales, con los eficaces mecanismos de reclutamiento y tráfico de trabajadores y con el vigoroso crecimiento de un mercado de envío y recepción de remesas (Tuirán, 2002). Se suma la reactivación del mercado de tierras y viviendas en los países de origen, como estrategia de las familias para financiar la migración (Del Rey, 2006).

Fronteras y Migración Internacional

En situaciones de emergencia, ya sean provocadas por conflictos o desastres naturales, la gran mayoría de la población desplazada está conformada por mujeres, niños y adolescentes. Estos grupos están expuestos a todo tipo de riesgos, pero especialmente a los de salud sexual y reproductiva.



©UNFPA/Wint

El mecanismo que vincula y mueve todos estos engranajes son las redes familiares y sociales, que se organizan y multiplican de forma transnacional, para apoyar a sus miembros que buscan mejores salarios e ingresos para el grupo familiar.

Como resultado, el número de inmigrantes internacionales aumentó de 75 a 105 millones entre 1965 y 1985, a 154 millones en 1990 y 175 millones en el año 2000. En este año 104 millones de los inmigrantes vivían en regiones desarrolladas (56 millones en Europa, 41 en Norteamérica y 6 millones en Oceanía), mientras 71 millones vivían en regiones menos desarrolladas (50 en Asia, 16 en África y 6 millones en ALC). ALC es la única región donde el número de inmigrantes internacionales disminuyó entre 1990 y 2000 (UN, 1995, 1990, 2000 y 2002).

ALC aporta el mayor número de inmigrantes establecidos en España y en Estados Unidos. En este último país los latinoamericanos y caribeños suman más de la mitad del total de inmigrantes, y una gran diversidad social y económica, así como de estatus migratorios y de distribución territorial en estos países.

En España vive alrededor de un millón de inmigrantes originarios predominantemente de Sudamérica; a Canadá migraron 600 mil personas de la región de ALC, además de otros grupos menores que viven en el resto de Europa, Japón, Australia e Israel. Las mujeres han incrementado su participación en los flujos migratorios internacionales e intrarregionales, siguiendo los procesos de demanda del mercado laboral o de reunificación familiar.

Más de la mitad de los latinoamericanos residentes en los Estados Unidos es proveniente de México, seguidos por los países de América Central y el Caribe, particularmente de Cuba, Jamaica y República Dominicana. En la actualidad hay alrededor de 20 millones de mexicanos residentes en los Estados Unidos, se estima que la mitad de ellos ilegales. En seguida está un millón más de Colombianos, inmigrantes de República Dominicana, Cuba, El Salvador, Jamaica, Brasil, Perú y Ecuador.

Los migrantes mexicanos y de América Central que viven en los Estados Unidos acostumbran ser indocumentados o jornaleros, una vez que gran parte se trata de migración a través de la frontera para trabajar por periodos en los Estados Unidos, con regreso al país de origen. Asimismo, los migrantes mexicanos y de América Central están mucho más dispersos en el territorio nacional, particularmente los indocumentados.

A diferencia, la mayor proporción de inmigrantes de Brasil y del Cono Sur viajan con VISA de turista, pero permanecen en el país trabajando, después de la caducidad de la VISA de entrada, lo que les facilita la obtención del estatus legal después de cinco años de residencia en US. Como resultado de estas diferencias, la información sobre los migrantes mexicanos y de América Central, aun tomándose en cuenta la información sobre aprehensiones, es menos confiable que la de los migrantes de Brasil y Cono Sur (Marteleto y Gomes, 2000).

Remesas, pobreza y desarrollo

La región de América Latina y el Caribe recibió en 2004 más de 17 mil millones de dólares de sus migrantes en el extranjero, correspondientes a casi 1% del PIB total de la región. Estos envíos se concentran en México, El Salvador, República Dominicana, Colombia, Ecuador, y Brasil (UN, 2002).

En el año 2001 México fue el segundo país receptor de remesas a nivel mundial, con alrededor de 10.6 mil millones de dólares, valor que ascendió a 13.4 mil millones en 2003.

En México las remesas corresponden a uno de los principales rubros en la Balanza de Pagos, han contribuido a reducir en 27% el déficit de la Balanza de Pagos, y representan la tercera fuente de divisas del país, después de las exportaciones petroleras y manufactureras, superando a los ingresos por concepto de turismo y a los ingresos derivados de las exportaciones agropecuarias o las extractivas. Además, las remesas equivalen actualmente a cerca de la tercera parte de las transferencias federales a los estados y municipios mexicanos, con importantes impactos sobre el desarrollo regional y local, particularmente en el comercio. Las remesas representan alrededor de la mitad del ingreso de los hogares receptores, y en 40% de ellos es la única fuente de ingresos. Los hogares dedican la mayoría de las remesas al consumo doméstico, incluidos alimentos e inversiones en educación y salud, seguidos por mejoras y ampliación de la vivienda. Una proporción menos significativa (entre 10 y 15% en promedio del gasto monetario) de las remesas es dedicada a la "inversión productiva". En las localidades de origen de los migrantes, las remesas han impulsado actividades productivas, por ejemplo, la formación de microempresas (Tuirán, 2002).

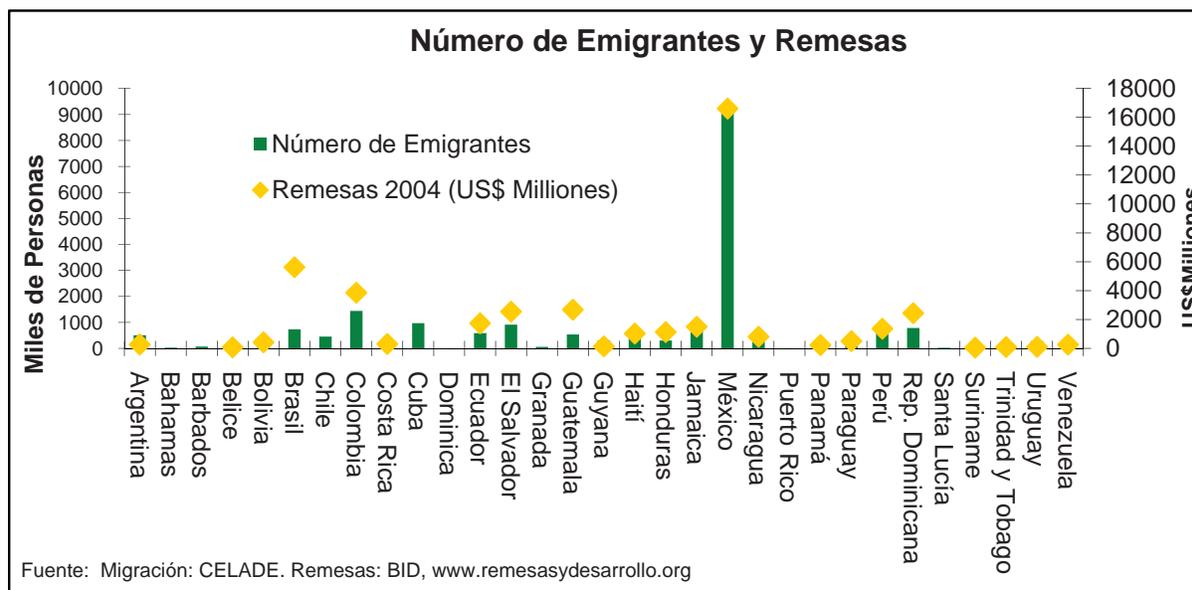
Remesas de trabajadores migrantes por regiones y países, 2000

	Total (Millones de dólares)	Distribución porcentual	Porcentaje respecto al Producto Interno Bruto	
Regiones y países	62 239	100.0	0.2	
África	8 755	14.1	1.6	
Asia	24 205	38.9	0.3	
Europa	11 854	19.0	0.1	
América Latina y el Caribe	17 131	27.5	0.8	
Norte América	---	---	---	
Oceanía	293	0.5	0.1	
Regiones menos desarrolladas	49 704	79.9	0.7	
Principales países receptores	41 988	67.5		
1.	India	9 034	14.5	1.9
2.	México	6 572	10.6	1.1
3.	España	3 417	5.5	0.6
4.	Portugal	3 179	5.1	3.0
5.	Egipto	2 852	4.6	3.1
6.	Marruecos	2 161	3.5	6.6
7.	Bangla Desh	1 958	3.1	3.9
8.	El Salvador	1 751	2.8	13.3
9.	República Dominicana	1 689	2.7	6.8
10.	Jordania	1 664	2.7	22.5
11.	Grecia	1 613	2.6	1.4
12.	Colombia	1 578	2.5	1.9
13.	Ecuador	1 317	2.1	9.6
14.	Nigeria	1 301	2.1	5.0
15.	Brasil	1 113	1.8	0.2
16.	Jamaica	789	1.3	10.9
Otros	20 251	32.5		

Fuente: International Migration Report 2002, United Nations NY 2002

Por otro lado, en México el sector privado, particularmente el negocio de las transferencias electrónicas ha

crecido y arrojado importantes utilidades, pudiendo haber ascendido en el año 2000, a un monto entre 250 y 600



millones de dólares (Tuirán, 2002). Por otro lado, el mercado de envíos de dinero ha subido el precio de sus servicios, lo que implica que los gobiernos deben desarrollar mecanismos para controlar y reducir estos costos, así como ampliar el acceso a la infraestructura bancaria y financiera de los remitentes y receptores, particularmente en las áreas pobres y marginadas de los países de origen. El problema ha tenido tal magnitud que los Jefes de Estado y de Gobierno firmaron compromisos en la Cumbre Extraordinaria de las Américas en 2004, en el sentido de emprender acciones concretas para alcanzar una reducción de por lo menos la mitad del costo promedio regional del envío de remesas, a más tardar en el año 2008.

En los países de origen han crecido los negocios de “polleros” que intermedian los viajes y cruces de fronteras, vinculados a préstamos e hipotecas de terrenos y propiedades, cuyos recursos son invertidos por las familias para financiar la migración de miembros del hogar, implicando inclusive cambios en las relaciones de género en los sistemas de herencia tradicionales (Del Rey, 2006).

Las asociaciones comunitarias llevan a cabo actividades solidarias con recursos de las remesas, y los gobiernos federal y estatales promueven su participación en proyectos de desarrollo humano e infraestructura. También se reconoce que en muchos países los volúmenes globales

de las remesas constituyen fuentes importantes de divisas, pues los organizados han sido nuevos partners para el desarrollo regional y local, a través de inversiones de clubes y asociaciones de migrantes y el desarrollo de políticas públicas gubernamentales en algunos países de la región: Colombia, El Salvador y México.

Las remesas internacionales incrementan el ingreso de las familias y contribuyen para reducir la pobreza, sin embargo, no se puede esperar que sustituyan a las políticas gubernamentales para este fin, pues por sí mismas las remesas no tienen potencial para solucionar los problemas de desarrollo y tampoco son estables y regulares, como para garantizar a mediano y largo plazo el bienestar de las personas pobres.

Para aprovechar las oportunidades que abren las remesas para el desarrollo nacional y local, y mitigar los efectos no deseables de las migraciones, como son los riesgos y vulnerabilidades a que se enfrentan los migrantes y sus familiares, desde la salida del lugar de origen, en todo el curso de viaje y cruce de fronteras, y hasta su instalación en el país de origen e inserción laboral precaria, es importante integrar programas de desarrollo con otros de atención a la salud y de terminación de ciclos escolares para los migrantes y sus familias entre países emisores y receptores. Un riesgo importante al que están expuestos

los migrantes en todos los momentos del ciclo migratorio, y particularmente las mujeres, son las ETS y el VIH-SIDA, por lo que se deben desarrollar acciones innovadoras en salud sexual y reproductiva y con perspectiva de género, negociadas entre países y autoridades locales y fronterizas, para cubrir con mecanismos de protección a todas las rutas y lugares de origen, tránsito y destino de los migrantes.

Migración intrarregional

En ALC existen importantes flujos migratorios entre países, de acuerdo con los diferentes niveles de desarrollo, diferencias en las oportunidades laborales y en los niveles de salarios. Aunque hace cuatro décadas las dictaduras militares de la región generaron grandes flujos de migrantes políticos, en la actualidad la migración de latinoamericanos ocurre básicamente por motivos económicos.

Según Villa y Martínez (2001) los flujos migratorios intrarregionales se mantuvieron relativamente constantes entre 1970 y 1990, y al final del periodo la gran mayoría de los migrantes de la región residían en Argentina (chilenos y paraguayos) y Venezuela (colombianos). En Centroamérica, las crisis sociopolíticas de los años 70 y 80 aumentaron los flujos migratorios desde Nicaragua y El Salvador a Costa Rica, así como desde Guatemala y El Salvador a México, muchos de ellos con destino a la frontera con los Estados Unidos.

III. El contexto político-institucional: Organización y participación de la sociedad civil

En este apartado se exploran los vínculos entre democracia, población y desarrollo económico. Por ejemplo, la educación, el empleo y un ambiente limpio y seguro son derechos de las personas que son afectados y a la vez afectan la sobrevivencia y calidad de vida, la salud reproductiva, la migración y distribución territorial de la población. La desigualdad en el ejercicio de los derechos se

expresa en las brechas en tasas poblacionales y afecta no sólo el desarrollo económico, sino también la democracia de los países. A su vez, la democracia aumenta y condiciona el desarrollo humano.

El papel de los Estados democráticos para monitorear, regular y garantizar el ejercicio de los derechos de las personas ha sido débil en Latinoamérica. La baja cobertura y calidad de la educación, la debilidad de los programas de desempleo y de generación de empleo productivo, las deficiencias y brechas en cobertura y calidad de la atención a la salud y salud reproductiva y las deficiencias de los registros civiles son ejemplos del incumplimiento de los derechos de los ciudadanos y de la democracia en una región extremadamente desigual (UNDP, 2004).

Dichas brechas reproducen no sólo la pobreza y desigualdad socioeconómica, sino también reproducen la desigualdad de poder y ciudadanía política y civil, poniendo a los pobres, jóvenes, mujeres y grupos étnicos en situación de desventaja para reclamar sus derechos y para garantizar su participación en el desarrollo de los países y en las decisiones que le atañen a las comunidades, ciudades, estados y a toda la sociedad.

Aun la democracia electoral está marcada por la inequidad en ALC. A diferencia de los hombres, las mujeres participan menos no solo en el voto, sino también en los movimientos comunitarios. Las diferencias entre países coinciden con los avances de la transición demográfica: las poblaciones de Argentina, Chile y Uruguay son las más participativas, más educadas y también son las más envejecidas de la región. Los ciudadanos y países con menor nivel de educación aceptan más fácilmente a los gobiernos autoritarios, desconfían de las instituciones y no logran desarrollar mecanismos efectivos de participación social (UNDP, 2004).

La perspectiva de los líderes

Casi la totalidad de los líderes de ALC (presidentes y ex-presidentes) acepta que la democracia ha avanzado en la región, pero también reconoce que todavía es necesario ampliar la participación de la población para fortalecer las instituciones democráticas, y que los partidos políticos perdieron credibilidad, necesitando fortalecer sus alianzas con la población. Asimismo, los líderes políticos reconocen que existe tensión entre los poderes institucionales, aunque éstos se han vuelto más democráticos e independientes del poder militar (UNDP, 2004).

Por otro lado, demuestran pesimismo respecto a las organizaciones de la sociedad civil, no tienen claro a quienes éstas representan y perciben que su crecimiento implica riesgos, como la “desinstitucionalización” de la política y obstáculos para el gobierno y para la gobernabilidad.

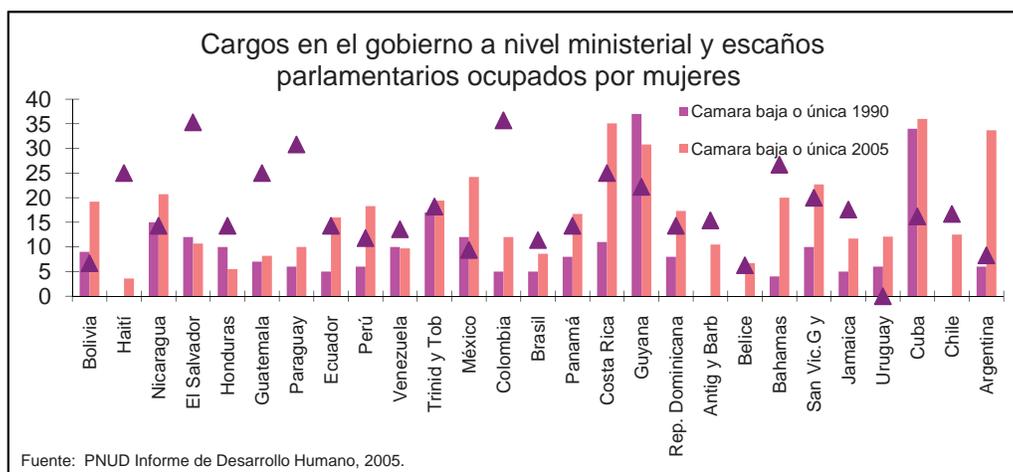
Se reconoce también que el ejercicio de poder está limitado por los medios de comunicación, aunque poseen una doble percepción sobre su papel, que puede ser positivo y de vigilancia, o perjudicar la gobernabilidad. También se reconocen a los empresarios como actores importantes, capaces de controlar a los partidos, al presidente, legisladores, jueces, funcionarios de gobierno y la administración pública. Casi todos reconocen el poder de la iglesia, pero sobre todo las evangélicas, que están superando a las católicas en número de fieles. Finalmente, resaltan el papel de los Estados Unidos y organismos internacionales, que pueden ejercer presiones extraterritoriales e influir sobre el crecimiento y las decisiones políticas nacionales en la región (UNDP, 2004).

Liderazgo político y género

Aunque la participación de las mujeres en ministerios y escaños parlamentarios ha aumentado entre 1990 y 2006, los niveles de participación política femenina todavía son bajos en la mayor parte de los países de ALC. En Costa Rica, Cuba, Argentina uno de cada tres puestos en la cámara baja es ocupado por mujeres. En los demás países esta participación varía desde 5% en Haití hasta 25% en México.

El porcentaje de mujeres con cargos en ministerios es más alto en Colombia, El Salvador, Guatemala, Bahamas y Costa Rica (entre 25 y 35%), e inferior a 20% en los demás países.

La participación en puestos políticos es un elemento importante para superar la inequidad de género, una vez que el acceso de las mujeres a puestos de toma de decisión, incluidas las políticas y presupuestos públicos, les permitiría orientar las decisiones de más alto nivel hacia la promoción de la equidad de género en todos los niveles y sectores de gobierno.



Las organizaciones civiles

En América Latina y el Caribe se observa una gran diversidad en la conformación de alianzas entre empresas y organizaciones civiles, de acuerdo con la cultura de alianzas de cada sociedad, con el grado de colaboración intersectorial y el interés filantrópico de parte de las empresas. Las formas de colaboración establecidas entre empresas privadas y organizaciones no gubernamentales para llevar a cabo actividades sociales en diferentes países de la región son múltiples. Muchas de las compañías importantes establecidas en ALC realizan donaciones a organizaciones de la sociedad

civil (OSC). Sin embargo, en los últimos años el principal cambio ocurrido en estas relaciones ha sido la sustitución de la simple entrega de donaciones a las OSC, por modelos de interacción basados en proyectos colectivos de colaboración, que establecen fines sociales y objetivos comunes entre los socios. Las principales características, métodos de funcionamiento, desafíos y algunos estudios de caso de alianzas estratégicas basadas en valores compartidos son analizadas en el cuadro enseguida, que sistematiza los estudios de casos de una publicación del BID del año 2005.

Modelos de colaboración empresas-OSC en diferentes países de la región

País	Principal característica	Tipos de alianzas y funcionamiento	Desafíos	Casos
Argentina	<p>Emprendedores sociales</p> <p>Los emprendedores sociales son dinamizadores del tejido social, construyen puentes entre empresas y sociedad.</p> <p>Consolidación en las áreas educativa, cultural y ayuda social.</p> <p>Las OSC asumen papel de "ejecutoras" en la implementación de los programas sociales, reconocido por agencias multilaterales.</p> <p>Los medios dan a conocer el trabajo de las OSC y se fomenta la participación de la población en distintos programas.</p> <p>Medios y académicos reconocen y se involucran en el trabajo y programas de las OSC.</p> <p>Las OSC forman convenios con instituciones y reclutan profesionales para trabajar voluntariamente.</p> <p>Los emprendedores sociales poseen una idea innovadora que produce un cambio social sin fin de lucro, adoptan una misión y persiguen oportunidades, en un proceso de innovación continúa, pero no se limitan por los límites de recursos.</p> <p>Las OSC han demostrado una capacidad formidable de movilizar recursos.</p>	<p>Las OSC deben pensar en las necesidades de la empresa y explorar como complementarias.</p> <p>Las OSC deben entender que los recursos no financieros que puede proporcionar una empresa son igual de valiosos que los materiales.</p> <p>Los integrantes de la OSC deben tener una actitud flexible y pragmática de la búsqueda de la colaboración.</p> <p>Las empresas deben comprender a los emprendedores sociales y brindarle el apoyo necesario, y proporcionarles conocimientos sobre gestión organizacional.</p> <p>Las empresas deben valorar la importancia del apoyo al emprendedor en el proceso de desarrollo de su iniciativa social y en su posterior institucionalización.</p> <p>Las empresas deben entender y aceptar las diferencias culturales existentes entre empresas y emprendedores sociales y deben estar preparadas para iniciar y sostener un diálogo mutuamente beneficioso.</p>	<p>Red Solidaria. Apela a voluntarios que realizan distintas actividades.</p> <p>Fundación SES. Promueve la continuidad de los jóvenes en el sistema educativo, apela a grupos de pares que se reúnen a estudiar bajo la supervisión de un adulto de la misma comunidad que actúa como tutor.</p> <p>Fundación Proa. Proporciona un espacio para promover el arte de vanguardia en un entorno tradicional.</p> <p>Fundación Junior Achievement Argentina. Desarrolla programas locales, con base en programas desarrollados en Estados Unidos y traducidos al español.</p> <p>Fundación Compromiso. Brinda asesoramiento y capacitación, aplica conceptos y herramientas del <i>management</i> moderno de las organizaciones sociales.</p> <p>Fundación Discar. Integra socialmente a personas con discapacidades mentales a través del arte y la inserción laboral.</p>	

País	Principal característica	Tipos de alianzas y funcionamiento	Desafíos	Casos
Brasil	Cultura organizacional	<p>Responsabilidad social corporativa.</p> <p>La comunidad empresarial abre la idea de acción social y trasciende sus intereses económicos en forma voluntaria.</p> <p>Para las empresas la actividad social no afecta ganancias y es condición para optimizar utilización de recursos y movilización de las personas.</p> <p>Acercamiento empresa-sociedad civil.</p> <p>Las alianzas se han convertido en la estrategia elegida.</p> <p>El enfoque social esta teniendo auge en las empresas y en su cultura corporativa.</p>	<p>Dificultad para compartir el poder y el control de las decisiones que involucran a los socios.</p> <p>El tiempo y energía necesarios para combinar diferentes culturas y organizaciones generan expectativas divergentes.</p> <p>La ausencia de herramientas de gestión para alianzas intersectoriales (empresas imponen procedimientos y ONG son renuentes a compartir competencias organizacionales y limitan intercambio de conocimientos).</p> <p>OSC deben aprender nuevas técnicas de recolección de fondos e ingeniería financiera para optimizar su uso.</p> <p>OSC deben lograr posicionamiento competitivo: eficiencia, eficacia, resultados.</p>	<p>Fundacao ABRINQ para los derechos de los niños (creada por empresarios para influir en legislación y opinión pública).</p> <p>Acción de la Ciudadanía contra la Miseria y por la Vida, que propone participación ciudadana en la solución de la pobreza (innova en ir más allá de la recaudación de fondos, plantea proyectos de largo plazo).</p>
Chile	Confianza en alianzas exclusivas	<p>CSOs basadas en favoritismo, tienden a desconfiar de los "extraños".</p> <p>La denominada "confianza interpersonal" implica el compromiso entre grupos exclusivos de amigos y familiares en organizaciones cerradas.</p> <p>Optan por líderes religiosos católicos o bien por personas involucradas en esa religión.</p>	<p>La sociedad chilena en general tiende a desconfiar de los extraños.</p> <p>Deben abrirse a nuevos proyectos que no sólo estén coordinados por amigos o familiares.</p> <p>La sociedad chilena tiene una baja conciencia social, por lo tanto deberá trabajar nuevas alianzas que trasciendan relaciones cerradas.</p> <p>Debe buscar nuevos caminos para lograr alianzas, promoviendo la participación de otras organizaciones.</p> <p>Las organizaciones deben ser más transparentes.</p> <p>La apertura a nuevas ideas y a nuevos proyectos, debe estar apoyada por una relación de ayuda mutua con los medios de comunicación.</p>	<p>COANIQUEM: Centro de atención para niños quemados.</p> <p>BCI y Corporación de crédito al menor, en este caso el Banco es el intermediario para la búsqueda de fondos para la corporación.</p> <p>Asociación entre FASA (cadena farmacéutica en Chile) y FLR (organización dedicada a la atención de ancianos).</p>

País	Principal característica	Tipos de alianzas y funcionamiento	Desafíos	Casos
<p>Colombia</p>	<p>Alianzas múltiples</p>	<p>Las alianzas promueven la participación ciudadana y salidas de supervivencia frente al conflicto armado.</p> <p>Las alianzas múltiples llenan los vacíos estatales, son de tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto único • Proyectos consecutivos • Varias Alianzas. <p>Las alianzas múltiples aumentan el número de beneficiarios, usan el aprendizaje organizacional y generan más beneficios, y reciben ofertas.</p> <p>Las alianzas bilaterales y múltiples aumentan la capacidad organizacional, favorecen el aprovechamiento de recursos materiales e infraestructura.</p> <p>Las OSC están abiertas a propuestas y a nuevas alianzas.</p> <p>Se manejan por el principio de que entre más grande es la alianza más notoriedad ante el Estado y ante la sociedad.</p> <p>Entre más grande es la alianza, mayor es la población beneficiaria.</p> <p>Muestran al Estado una forma diferente de hacer política y de diseñar programas para la población.</p>	<p>La debilidad del Estado y vacíos de poder ocupados por intereses particulares, corrupción y distanciamiento del pueblo.</p> <p>El conflicto armado ha recrudecido y sus consecuencias han resquebrajado gran parte del tejido social.</p> <p>Enfrentarse al manejo de una alianza múltiple demanda ampliación de la diversidad organizacional, para responder a los múltiples estados que puede adoptar el ambiente del cual forma parte.</p> <p>La ampliación de la diversidad es un mecanismo para acomodar la capacidad de gestión de la organización a las demandas de la alianza múltiple.</p> <p>Las alianzas deben estar en constante evaluación y medición, para fortalecer la transparencia.</p>	<p>Corporación del Minuto de Dios (MD), sin fines de lucro, cristiana, enfocada en mejorar la calidad de vida de la población marginada urbana y rural, ofrecen vivienda de interés social.</p> <p>Líderes del SXXI, creado por empresarios del foro de presidentes de la Cámara de Comercio de Bogotá. Su finalidad es mejorar la educación por ayuda de empresas y colegios.</p> <p>Centro de Gestión Hospitalaria (CGH), integrada por directivos del sector empresarial; enfocado en mejorar la gestión hospitalaria en el país.</p> <p>INDUPALMA S.A. Empresa agroindustrial, tiene alianzas con organizaciones del sector social y del Estado. Enfocada a la generación de oportunidades de ingreso, fortalecimiento educativo de la comunidad, construcción de una cultura de paz y convivencia, y desarrollo de las capacidades de ciudadanía y solidaridad.</p>

País	Principal característica	Tipos de alianzas y funcionamiento	Desafíos	Casos
México	<p>Sentido de negocio en alianzas intersectoriales</p>	<p>Empresas del sector privado participan en la resolución de problemas sociales y destinan parte de su presupuesto y actividades a actividades filantrópicas.</p> <p>Algunas empresas han replanteado las alianzas con la sociedad civil y asumen responsabilidades y proyectos sociales.</p> <p>Altruismo egoísta: las empresas combinan filantropía con beneficios de reinversión a favor de la empresa.</p> <p>Formas de colaboración:</p> <p><i>Filosofía corporativa</i>: donador – receptor (filantropía)</p> <p><i>Fundaciones corporativas</i>: entidades sin fines de lucro creadas al interior de las empresas.</p> <p><i>Franquicias</i>: OSC anuncian su logotipo a cambio de un pago por derechos de uso.</p> <p><i>Patrocinios</i>: Las empresas pagan a las OSC por el uso de nombre corporativo en la publicidad.</p> <p><i>Promociones basadas en transacciones</i>: donación a OSC de una cantidad en dinero o especie, proporcional a las ventas.</p> <p><i>Promociones conjuntas</i>: las OSC hacen acuerdos y trabajan en conjunto con empresas para apoyar una causa, lograr objetivos comunes y desarrollar ventajas competitivas.</p>	<p>La sociedad mexicana tiende a creer que la Iglesia Católica es responsable de resolver los problemas sociales.</p> <p>Los mercados competitivos y las presiones financieras obligan a las empresas a reducir el presupuesto que destinan a la filantropía.</p> <p>La motivación de las empresas suele estar más relacionada con los factores estratégicos que con el altruismo.</p> <p>El proceso de selección empresa - organización para establecer una relación debe estar basado en la convergencia de misiones, el mercado objetivo, la causa y la complementariedad de las capacidades de los socios.</p> <p>Una organización debe ser considerada como socio cuando demuestra cierto grado de experiencia y estabilidad.</p> <p>Empresas que están iniciando programas de responsabilidad social corporativa enfrentan tensión en dos ámbitos: el frente estratégico y el frente altruista.</p>	<p>Hebb: cadena tejana de supermercados, familiar y con perfil filantrópico. La cadena estableció un banco de alimentos sin fines de lucro en el país, asociándose con el Banco de Alimentos de Monterrey BAM.</p> <p>Danone maneja una campaña de causas, que apoya a proyectos específicos de organizaciones y no las organizaciones en sí, apoya proyectos específicos, no donaciones.</p>

País	Principal característica	Tipos de alianzas y funcionamiento	Desafíos	Casos
Perú	Barreras en la colaboración intersectorial	<p>Las alianzas intersectoriales se realizan con más éxito y por periodos más largos.</p> <p>Las alianzas son de tipo integral y estratégica.</p> <p>Las Alianzas y la participación de la sociedad civil trascienden de la forma filantrópica a la transaccional.</p>	<p>No se cuenta con una tradición de iniciativas privadas para satisfacer las necesidades sociales. Existe escasez de instituciones y barreras en las comunicaciones.</p> <p>Se debe elegir al socio correcto con objetivos en común y criterios, manteniendo una comunicación abierta para poder equilibrar las diferencias en el estilo de trabajo de las partes involucradas.</p> <p>Las alianzas deben ser dinámicas, comprometidas, manejando un constante cambio de información.</p> <p>Las Alianzas deben fomentar el desarrollo institucional.</p>	Posada Amazonas (PA) compañía de ecoturismo que contribuye a la comunidad indígena en la selva.
Costa Rica	Alianzas trascienden: de filantrópicas a transaccionales	Las alianzas han trascendido de ser filantrópicas a transaccionales.	No se ha alcanzado un compromiso integral o estratégico en las alianzas y el sector privado está en constante pugna con el Estado.	"Techo para el Sur – Construyendo con Amor" fundación promotora de vivienda (FUPROVI). Busca asociados para financiar proyectos concretos de vivienda para familias de bajos ingresos.
Nicaragua	Alianza estratégica	Las Alianzas son estratégicas, la elección es a partir de intereses en empresas privadas.		<p>AMCHAM. Cámara Americana de Comercio de Nicaragua, promovió la participación de empresas privadas en un programa de apadrinamiento de escuelas públicas con las empresas Shell y Euronica.</p> <p>Esfuerzo de emprendedores Juveniles de Nicaragua y el Instituto Nicaragüense de Desarrollo: apoyan a los adolescentes en riesgo de deserción escolar.</p>

Fuente: BID. 2005

La perspectiva política de la población

En la década de los 90 muchas poblaciones de ALC mostraban claramente un retroceso en su opinión democrática, con cierta preferencia por la tradición política autoritaria y el populismo económico, frente al curso de la democracia acompañada de reformas de libre mercado y privatización de servicios con denuncias de corrupción. Se transformaron monopolios públicos en privados y aumentaron los costos de los servicios. Esta combinación entre democracias débiles, reformas económicas insuficientes y corrupción resultó en un crecimiento mediocre con persistencia de la pobreza en la región.

Después de estas reformas, la mayor parte de los países de ALC reafirma la democracia como su sistema político preferencial. La encuesta Latinobarómetro muestra que en 17 países de ALC. Comparando con las tendencias observadas en 1996, en la actualidad las poblaciones de la región empiezan a apoyar a la democracia, aunque es muy baja la confianza en los partidos políticos y se percibe un aumento de la corrupción, particularmente en los procesos de privatización, y se espera que el estado asuma un rol más activo para regular la economía. En muchos países no hay una preferencia clara por los partidos de izquierda, sino que la mayor parte de las personas se auto-declara de centro-derecha.

La mayoría de la población de la región de México, Nicaragua y Venezuela apoya a la democracia, tanto los que apoyan a los gobiernos como los opositores. Sin embargo, este apoyo no es incondicional, pues el pobre desempeño económico de la región en los últimos años llevó a un descontento con la democracia que ha disminuido, pero todavía solo la mitad de la población de ALC se considera demócrata. El apoyo a gobiernos autoritarios no está aumentando en la región, y en Brasil, Colombia y Venezuela está disminuyendo significativamente. Sólo en Paraguay la preferencia por gobiernos autoritarios ha aumentado sustantivamente desde 1996; y en Argentina la correlación entre desempeño económico y apoyo a la democracia permanece alta, aunque recientemente ha disminuido.

En la región actualmente es menos probable que una crisis económica pueda resultar en un regreso de los regímenes militares (excepto en Paraguay), pero los gobiernos militares del pasado todavía reciben apoyo de la mayoría de la población. Los obstáculos persistentes para la aceptación de la democracia en ALC siguen siendo el desprecio que tienen los ciudadanos por los partidos políticos y la percepción del aumento de la corrupción, así

como el descontento con las reformas económicas recientes. La mayoría de las poblaciones es hostil a la privatización y a la forma como ocurrieron estos procesos, y pocos piensan que el estado debe dejar la economía en manos del sector privado, excepto en Uruguay.

En resumen, la principal tendencia política en las poblaciones de ALC es que éstas recién empiezan a distinguir entre los malos gobiernos y los beneficios de la democracia. La población latinoamericana afirma que los gobiernos deben generar crecimiento y empleos de calidad y mejor remunerados para eliminar la pobreza y desigualdad, así como para garantizar el desarrollo de la democracia en la región.

Registro civil y derechos de ciudadanía

Un tema fundamental para la garantía de los derechos ciudadanos en ALC es la formalización del territorio, de las viviendas y de los mismos ciudadanos. La formalización ciudadana a través del registro civil, es un mecanismo básico para garantizar el acceso de los pobres a los servicios, infraestructura, políticas y derechos ciudadanos. Un prerrequisito para adquirir cualquier propiedad o el acceso a las políticas públicas es la documentación o identidad oficial, cuyos puntos de partida son los registros de nacimiento, muerte y matrimonio. La UNICEF estima que, en ALC, en el año 2001 un 15% de los niños menores de 5 años en ALC no existía oficialmente. Un estudio del Reino Unido encontró que la mitad de los adultos en Bolivia no constaba del registro civil en 2002. En Argentina un programa detectó que entre 14 y 17% de los beneficiarios no contaba con ningún documento de identidad. En Brasil el Ministerio de la Salud estima que en los estados más pobres la mitad de las muertes no son registradas.

Estas subestimaciones se deben básicamente a que las poblaciones pobres, rurales e indígenas no cuentan con el servicio de registro cerca de sus residencias, no cuentan con los recursos para pagar por el costo de los registros o para pagar el transporte para acceder a ellos, y además no cuentan con la información o culturalmente no reconocen la importancia del registro civil. Lo mismo ocurre con los servicios de salud y educación.

La informalidad de las viviendas de estos grupos está vinculada al alto costo de la formalización y a la cultura de

Registro Civil y Derechos de Ciudadanía

Las personas pobres, indígenas y afro-descendientes muchas veces no existen frente al Estado. Contar con un registro y un documento que lo acredite nos hace ciudadanos con derechos y nos da la posibilidad de acceder a las políticas y presupuestos públicos.



©UNFPA/Wint

informalidad de las personas que viven en ellas. De la misma forma que contar con la escritura de un terreno o vivienda es prerequisite para su legalización, el contar con un acta de nacimiento es un prerequisite para que el niño tenga derecho a frecuentar la escuela, a recibir atención en salud, para que jóvenes y adultos puedan entrar a un trabajo formal, recibir una pensión o herencia.

El subregistro de los nacimientos, muertes y matrimonios no se trata sólo de una necesidad para perfeccionar las fuentes de información demográfica, sino que se trata de un mecanismo que reproduce la exclusión de las personas de los servicios y beneficios a los que tienen derecho. Por otro lado, la falta de registro facilita que ocurran abusos por parte de personas y organizaciones que adquieren firmas o digitales de las personas pobres, indígenas y analfabetas, para adquirir ilícitamente sus tierras, propiedades, votos y derechos. La falta de documentación constituye una barrera para la garantía de los derechos económicos, sociales, culturales, políticos, jurídicos y civiles de las personas, contribuyendo a la marginación de los grupos menos empoderados de la sociedad. Las políticas para la reducción de la pobreza deben incluir componentes para desburocratizar, acercar y ofrecer gratuitamente los registros civiles, de viviendas y de los negocios para los grupos pobres, indígenas, jóvenes, mujeres, residentes en áreas rurales y adultos mayores.

UNFPA está colaborando con UNICEF, OEA y BID para mejorar el registro de nacimientos, muertes y migración en América Latina y el Caribe. En agosto de 2007 la Primera Conferencia Latinoamericana para el Registro Universal de Nacimiento aprobó el Plan Regional de Acción con metas, prioridades y responsabilidades, basado en compartir buenas prácticas y experiencias innovadoras, para alcanzar el registro de nacimiento universal en la región.

UNFPA está incluyendo los temas de población, género y salud reproductiva en este esfuerzo de colaboración, para contribuir a alcanzar los Objetivos del Milenio, particularmente la reducción de la pobreza y de la mortalidad materna. Un ejemplo importante que muestra la relevancia de mejorar el registro civil para alcanzar los objetivos del milenio, es el hecho que las madres adolescentes experimentan mayores dificultades para registrar a sus hijos. Los esfuerzos para prevenir el embarazo adolescente deben tener en cuenta esta desventaja para los hijos de madres adolescentes, así como las más altas probabilidades de embarazo adolescente entre las mujeres pobres, indígenas y afro-descendientes en diversos países de la región. Estos grupos se enfrentan a mayores barreras económicas, geográficas y culturales para

el acceso a la salud reproductiva y también para el registro de sus hijos.

En la mayor parte de los países de ALC es importante mejorar la información de los servicios de salud y del registro civil en áreas urbanas, así como promover y capacitar a las parteras para colaborar con el registro de nacimientos en áreas rurales.

IV. Salud Sexual y Reproductiva en el contexto de los procesos económicos y sociales

1. Evolución de la población femenina

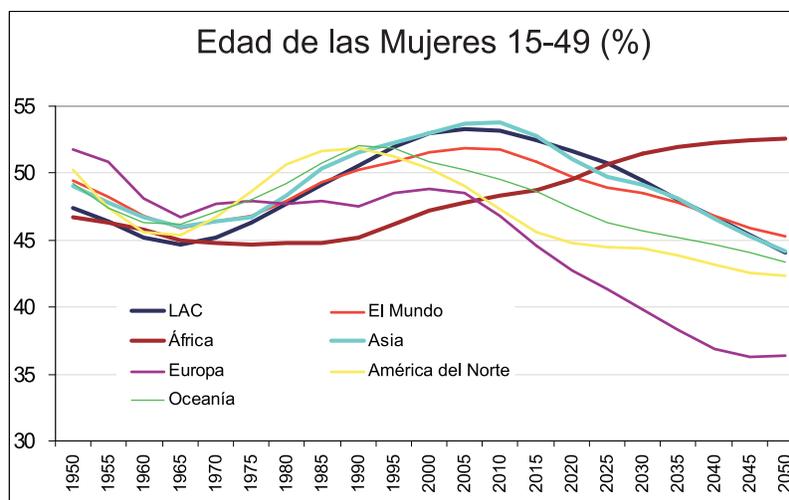
Las mujeres latinoamericanas y caribeñas en edades reproductivas, al igual que las asiáticas, seguirán siendo muy numerosas e importantes en términos relativos, a diferencia de las mujeres de regiones más desarrolladas, que ya son menos numerosas y representativas en sus respectivos países.

Las mujeres en edades reproductivas representan más de 50% del total de mujeres en ALC y en Asia, y esta predominación continuará hasta el año 2025. En las próximas dos décadas estas generaciones numerosas de mujeres seguirán demandando acceso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en casi todos los países de ALC, y la disponibilidad de dichos servicios será una condición central para que ellas logren alcanzar sus metas de salud, sexualidad y reproducción.

Por tanto, las políticas nacionales orientadas a este grupo de la población deberán seguir siendo un reto y una prioridad en ALC y Asia, más que en otras regiones más desarrolladas.

2. Salud sexual y reproductiva

La información presentada en este bloque no es estrictamente comparable, porque los años de realización de las DHS en cada país varían entre 1990 y 2005, a pesar de que la mayor parte de los países incluidos en los análisis cuenta con fuentes de información en salud sexual y reproductiva posteriores al año 2000. Los dos países cuya información disponible es relativa a la década de los 90 (Paraguay y Brasil), antes de que ocurrieran importantes cambios en la



salud reproductiva y, por tanto, hay que tomar en cuenta que esta información seguramente ha cambiado después de una década. Sin embargo, se utiliza toda la información disponible, con el cuidado de registrar los años de las encuestas a las que se refiere, para que el lector pueda tomar en cuenta las limitaciones de la información.

Iniciación sexual

La primera relación sexual ocurre en promedio a los 18 años en Bolivia y Colombia, y a los 19 en Perú. En áreas rurales la iniciación sexual ocurre entre los 17 y 18 años, mientras en áreas urbanas ésta ocurre un año más tarde. En Colombia claramente está disminuyendo la edad a la primera relación sexual entre generaciones, una vez que las mujeres de mayor edad se iniciaron sexualmente después de cumplir 18 años, mientras las más jóvenes, de 20 a 29 años, tuvieron su primera relación antes de cumplir los 18 años. Al contrario, en Perú las mujeres de estos grupos de edades más jóvenes postergaron su primera relación para después de los 19 años de edad, mientras las mayores iniciaban a los 19 años. En Bolivia las mujeres también están postergando la primera relación, aunque su promedio es más bajo, a los 18 años de edad.

Brasil mostraba en 1996 una reducción de dos años en la edad a la primera relación sexual entre generaciones, pues las mujeres de 45-49 años declaraban haberlas iniciado a los 20 años, mientras las de 20 a 29 declararon haber iniciado a los 18 años.

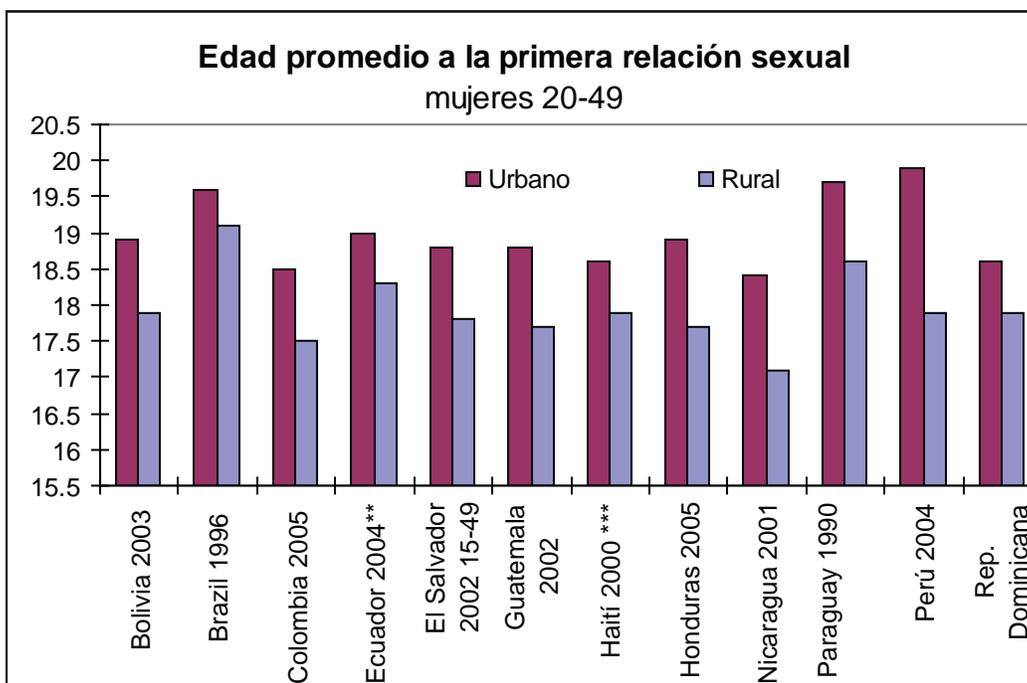
Las diferencias de edad a la iniciación sexual entre mujeres residentes en áreas rural y urbana son más altas en Perú, donde las mujeres de áreas rurales inician las relaciones sexuales en promedio dos años antes que las de áreas urbanas; en Nicaragua y Honduras esta brecha es de 1.2 y 1.3 años; en Paraguay y Guatemala es de 1.1 año; y en El Salvador, Colombia y Bolivia es de 1 año. En los demás países las mujeres de áreas rurales inician las relaciones alrededor de seis meses antes que las de áreas urbanas.

Deseo de limitar la descendencia

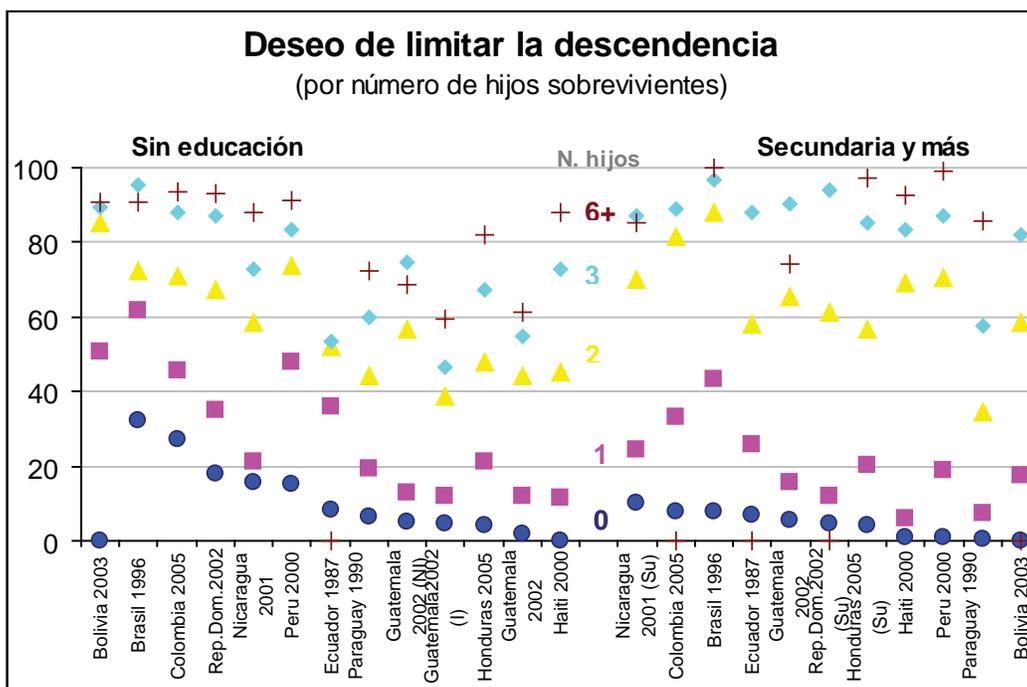
El deseo de limitar el número de hijos varía de acuerdo con el número de hijos y el nivel socioeconómico de las mujeres. En ALC las mujeres sin nivel educativo, que nunca tuvieron hijos o que tienen al menos un hijo, refieren un mayor deseo de limitar su descendencia, comparadas con las de niveles educativos más altos.

Las mujeres de Haití, Guatemala, Honduras, Paraguay y Nicaragua que cuentan con menos oportunidades educativas y menos hijos presentan mayores expectativas para asumir el rol materno, comparadas con sus correspondientes en Brasil, Colombia y República Dominicana, Perú y Ecuador.

Después del tercer hijo, más de 60% de las mujeres sin educación de todos estos países ya desearían limitar su descendencia. En casi todos los países (excepto en



Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.



Porcentaje de mujeres actualmente unidas que no quieren tener más hijos, según el número de hijos sobrevivientes y nivel educativo.

Nota: Las mujeres esterilizadas o cuyos esposos son esterilizados son consideradas como que no quieren tener más hijos. El número de hijos sobrevivientes incluyen los embarazos actuales.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

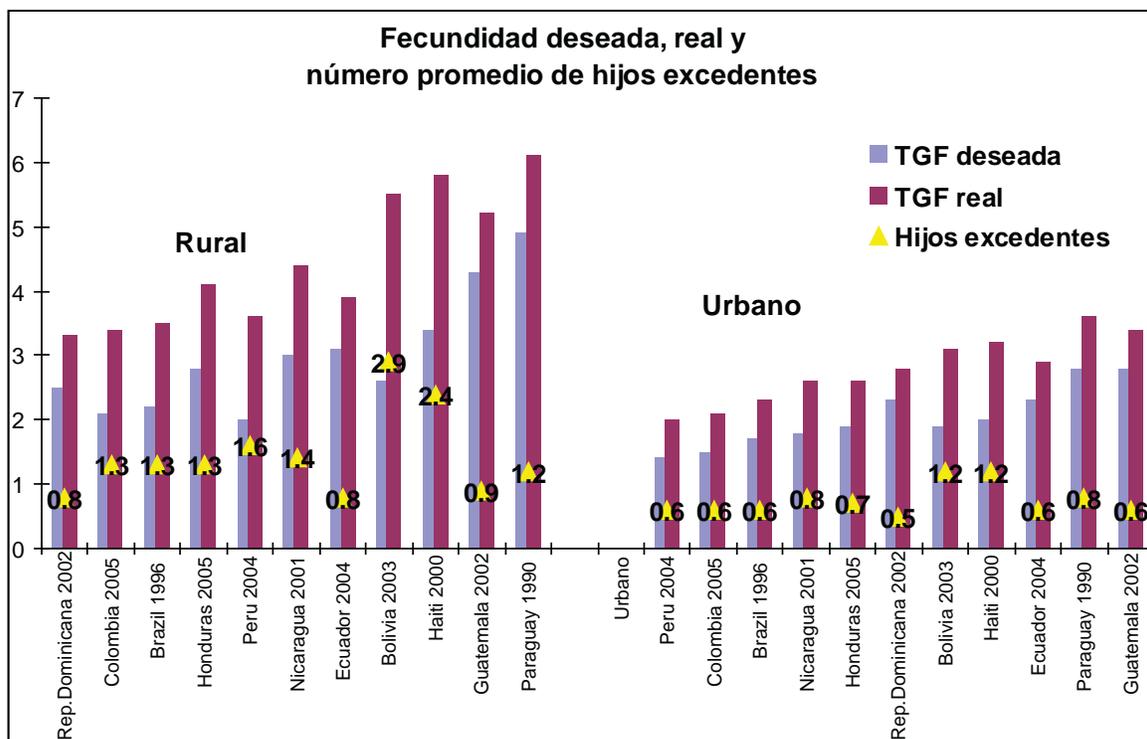
Paraguay) las mujeres más educadas presentan un mismo patrón: después de tener su segundo hijo, desean limitar su descendencia.

Fecundidad no deseada

En todos los países analizados la fecundidad real es muy superior a la fecundidad deseada, presentándose un mayor número de hijos excedentes en áreas rurales que en urbanas. El número de hijos excedentes es particularmente alto en Bolivia (2.9 hijos excedentes) y Haití (2.4 hijos excedentes), países que también presentan la mayor cantidad promedio de hijos excedentes en áreas urbanas (1.2) y están entre los de mayor fecundidad en la región. En estos casos las acciones de salud reproductiva deben tener un amplio alcance nacional porque, a pesar de que se debe prestar atención especial a áreas rurales, también se presentan retos importantes a enfrentar en áreas urbanas.

A su vez, Brasil, Honduras, Colombia y Perú se caracterizan por presentar excedentes de hijos no deseados dos veces mayores en áreas rurales que en áreas urbanas, lo que muestra la necesidad de enfocar acciones especiales para garantizar la entrega de servicios y métodos anticonceptivos en estas zonas más alejadas, así como para garantizar que las mujeres con menores oportunidades puedan realizar sus deseos reproductivos. Paraguay es un caso especial, porque presenta brechas de fecundidad no deseada entre áreas rurales y urbanas, pero los niveles de fecundidad son muy superiores a los demás países de este grupo.

Un tercer grupo de países incluye a República Dominicana, Ecuador y Guatemala, que presentan la menor cantidad de hijos excedentes tanto en áreas rurales (0.8 a 0.9) como en urbanas (0.5 a 0.6).



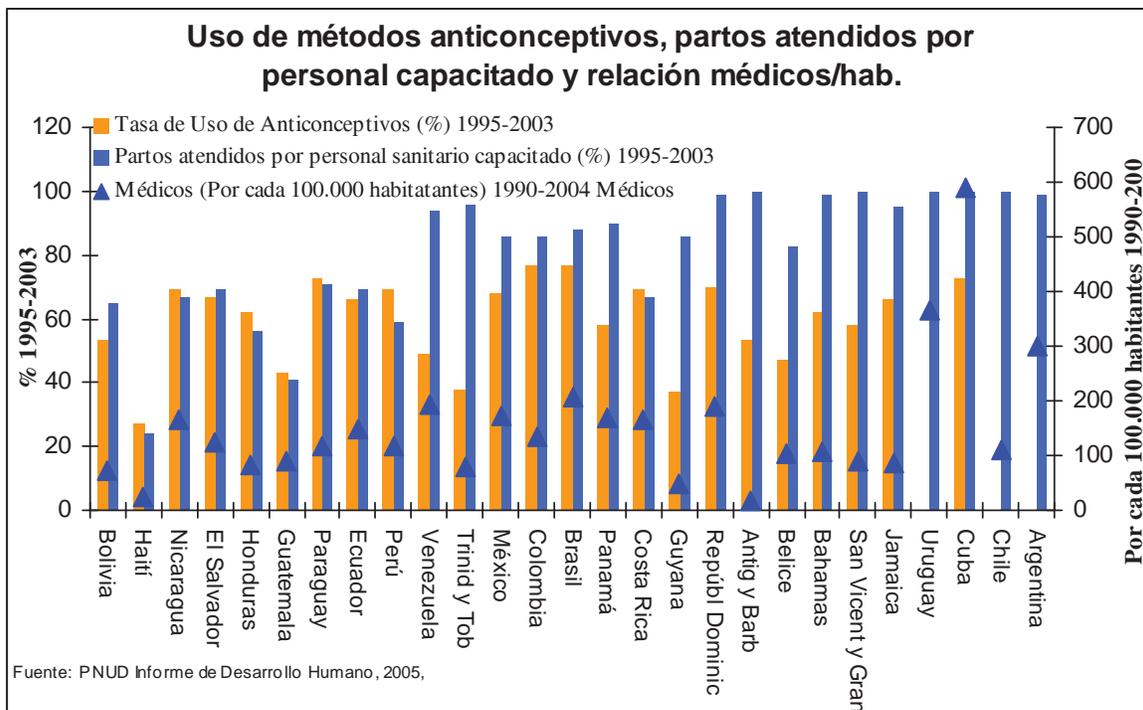
Tasas de fecundidad deseada: TGF deseada y TGF real en los tres años previos a la encuesta, según características sociodemográficas
Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Uso de métodos y de servicios de salud reproductiva

El uso de métodos anticonceptivos es cercano al 80% en Cuba, Colombia, Brasil y República Dominicana. En la mayoría de los países: Nicaragua, El Salvador, Honduras, Paraguay, Ecuador, Perú, México y Panamá, alrededor de 70% de las mujeres usa algún método. En Guatemala, Venezuela, Trinidad y Tobago, y Bolivia alrededor de la mitad de las mujeres los utiliza; mientras en Haití menos de 30% de las mujeres en edades reproductivas utiliza métodos.

La atención de los partos por personal de salud capacitado es una de las condiciones necesarias para prevenir la muerte materna. Esta atención ha sido cercana a 100%

de todos los partos atendidos en Argentina, Chile, Cuba, Uruguay, República Dominicana y Venezuela. En otros países 90% de las mujeres parturientes son atendidas por personal capacitado (Belice, Panamá, Brasil, Colombia y México), mientras en Ecuador, Paraguay, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica sólo 70% de los partos tienen esta atención adecuada, y en Perú, Honduras y Bolivia este porcentaje se reduce a 60%. Las situaciones críticas se presentan en Haití y Guatemala, donde sólo 30 y 40% de las mujeres parturientes son atendidas por personal calificado. De hecho estos cuatro países también son los que tienen tasas ínfimas de médicos por habitantes, poniendo en evidencia que hace falta ampliar la formación médica para atender a los partos y otros temas de la salud sexual y reproductiva.



Es particularmente importante que en estos países con situación precaria de atención al embarazo y al parto se promueva la atención con personal capacitado. Las medidas en este sentido no sólo tienen un efecto sobre la mortalidad infantil y materna, como también se ha comprobado que las mujeres que tienen al menos un parto en los servicios de salud tienen una mayor probabilidad de conocer y adoptar métodos anticonceptivos después del parto.

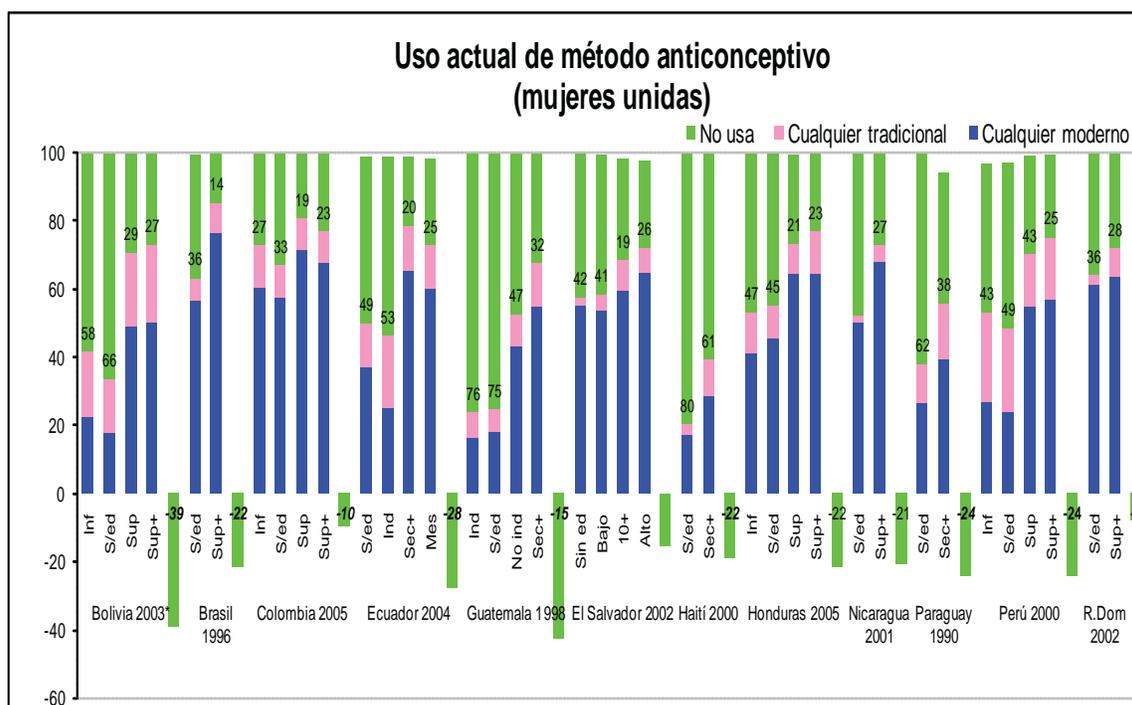
Brechas en el uso de métodos anticonceptivos

En Colombia, Brasil, República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Perú y Paraguay más de la mitad de las mujeres unidas utiliza algún método AC, mientras en Haití y Guatemala sólo alrededor de 40% de ellas utiliza métodos.

Estos porcentajes varían dentro de los países, de acuerdo con el nivel de educación y pobreza.

En todos los países las mujeres de mayor nivel educativo y de ingresos acostumbran utilizar más métodos anticonceptivos modernos, comparadas con las de menor nivel socioeconómico. Las brechas en el uso de anticonceptivos modernos son mayores en Guatemala y Bolivia, donde las mujeres indígenas y sin educación formal usan los métodos 43% y 39% menos que las no indígenas y de mayor nivel socioeconómico. Enseguida estas desigualdades reproductivas se presentan en Ecuador, con una brecha de 28%, en Paraguay y Perú (24%), Honduras, Brasil y Nicaragua (21-22%), Haití (19%) y El Salvador (15%). Los países con menores brechas socioeconómicas en el uso de anticonceptivos son Colombia (10%) y República Dominicana (8%), pues las mujeres con menor nivel educativo y de ingresos acceden a los métodos de forma similar a las más educadas y ricas.

A su vez, los métodos tradicionales son más frecuentemente utilizados en Perú por las mujeres de menor nivel socioeconómico, pero en Bolivia y Ecuador estos métodos son utilizados en proporciones similares por todas las mujeres. El uso de métodos tradicionales no sigue un patrón definido por estratos socioeconómicos en todos los países. Por ejemplo, mientras en Perú las mujeres sin educación y del menor decil de ingresos utilizan métodos tradicionales con mayor frecuencia, en Bolivia, Guatemala, Haití y Paraguay las mujeres de grupos más favorecidos son las que utilizan métodos tradicionales con mayor frecuencia. En Guatemala, donde se cuenta con la información étnica, llama la atención que las mujeres no indígenas, aunque usan mucho más métodos modernos, utilizan con mayor frecuencia los métodos tradicionales, comparadas con las indígenas.



Nota: Mujeres actualmente unidas según uso o no de métodos modernos y tradicionales y por: Nivel de educación: S/ed=sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más, Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y Etnia (Ind=Indígena; Mes=Mestiza, No=No indígena. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Método moderno preferido según los estratos socioeconómicos

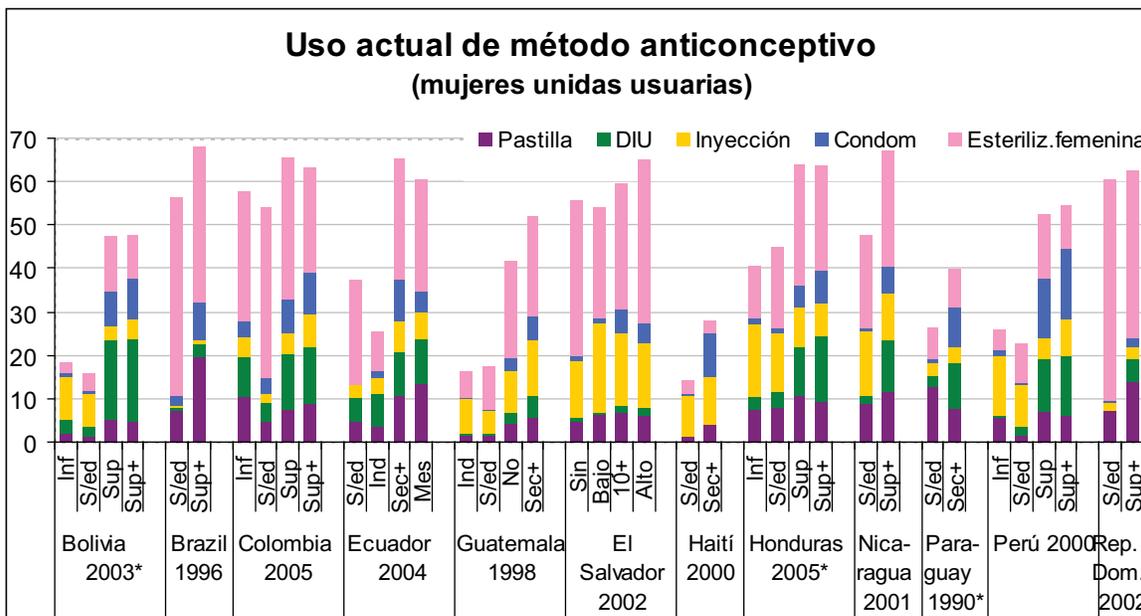
Se identifican al menos tres patrones de preferencia de métodos entre las usuarias unidas de diferentes niveles de educación e ingresos.

Un primer patrón está basado en la esterilización como método preferencial, principalmente entre las mujeres de menor nivel socioeconómico, excepto entre las indígenas de Ecuador. La esterilización femenina predomina en Brasil y República Dominicana entre las mujeres unidas de todos los niveles de educación e ingreso, pero se impone casi como el único método entre las mujeres de menor nivel socioeconómico. En Colombia y Ecuador la esterilización también es el primer método utilizado, aunque más ampliamente mayoritario entre las mujeres de menor nivel educativo y de ingresos. En Nicaragua también se utiliza la esterilización como primer método, seguido por inyección entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo y por todos los demás métodos entre las mujeres más aventajadas.

Un segundo patrón se basa en la preferencia por las inyecciones en algunos países de América Central,

particularmente entre las mujeres de menor nivel socioeconómico, incluidas las indígenas de Guatemala. En Guatemala, Honduras y Nicaragua la esterilización es el primer método sólo entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico. Entre las mujeres indígenas de Guatemala y las de menor ingreso en Honduras el primer método usado es la inyección, el segundo la esterilización y el tercero es el anticonceptivo oral (pastilla). En Haití también predomina la inyección entre mujeres pobres y ricas, aunque éstas últimas también utilizan el condón.

Un tercer patrón se presenta en algunos países de América del Sur, y se basa en el uso del DIU entre mujeres de nivel socioeconómico alto e inyecciones (o pastillas) para las pobres. En Bolivia las mujeres pobres usan inyección mientras las no pobres usan DIU; en Perú las mujeres pobres también utilizan con mayor frecuencia la inyección, mientras las no pobres prefieren el condón, el DIU, la esterilización y las pastillas; y en Paraguay las mujeres pobres recurren a las pastillas y esterilización como anticonceptivos, mientras las no pobres usan una variedad de métodos, como el DIU, el condón, las pastillas y la esterilización.



Nota: Mujeres actualmente unidas usuarias de métodos modernos según el tipo de método que utilizan, según: Nivel de educación: S/ed=sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más, Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y Etnia (Ind=Indígena; Mes=Mestiza, No=No indígena. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

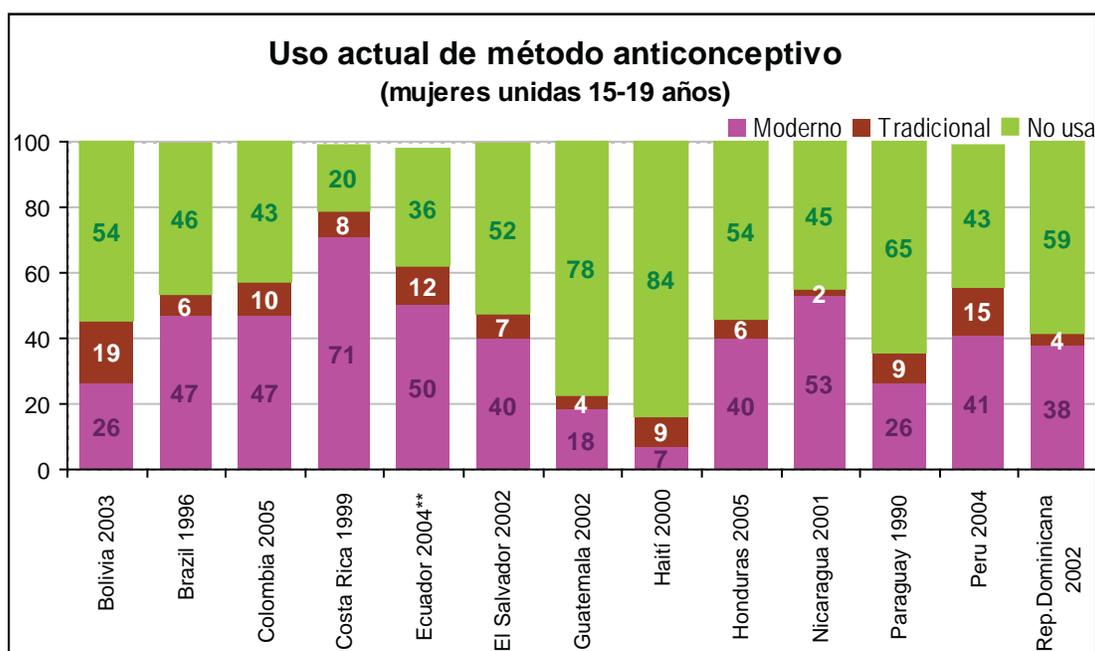
Las mujeres indígenas de Ecuador y Guatemala presentan preferencias diversas. Aunque en ambos países la esterilización no es el método preferido por la mayoría, ésta es utilizada sólo por una tercera parte de las mujeres, y hay otros métodos distintos que son utilizados en proporciones similares. En Ecuador una tercera parte de las mujeres indígenas usa el DIU, y en tercer lugar están las pastillas; mientras en Guatemala el primer método utilizado por las indígenas es la inyección, y en segundo lugar está la esterilización.

Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes

En ALC la mayoría de las adolescentes de 15-19 años unidas no acostumbran usar métodos anticonceptivos. En

estas edades, después del año 2000, la gran mayoría de las adolescentes de Haití y Colombia (más de 80%), en Guatemala (78%) y Brasil (73% en 1996), en Paraguay y Perú (alrededor de 65%), en República Dominicana y Bolivia (casi 60%) no utilizaba ningún método anticonceptivo.

Asimismo, en Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia más de una entre diez usan métodos tradicionales (19%, 15%, 12%, 10% respectivamente). Las adolescentes unidas que más utilizan métodos modernos son las de Costa Rica (71%), Nicaragua (53%), Ecuador (50%), Brasil y Colombia (47%). De las que preferirían utilizar algún método moderno, en Brasil se presenta una clara preferencia por los métodos orales, mientras en Colombia los métodos orales y el condón son los preferidos; pero en Bolivia y Perú los métodos tradicionales son los más utilizados.



Nota: Adolescentes unidas de 15 a 19 años según uso actual de método anticonceptivo moderno o tradicional. Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados. Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Atención adecuada a los partos para reducir la muerte materna

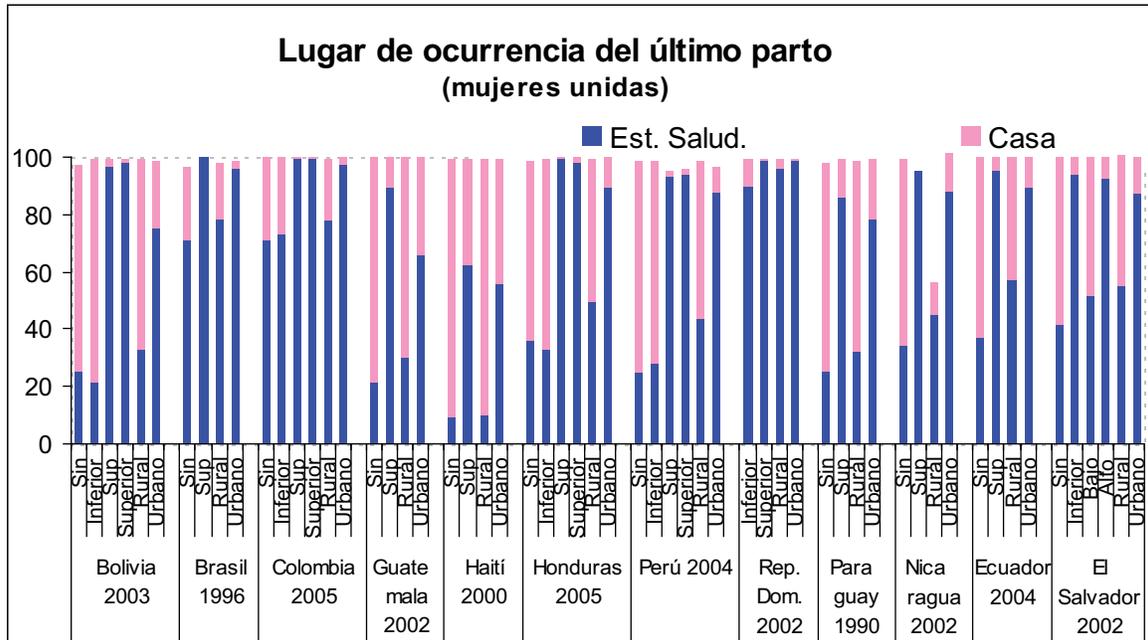
El lugar de ocurrencia de los partos es un buen indicador de la protección de la salud de la mujer y del niño en el embarazo y el parto. La atención institucional permite entregar servicios preventivos y también actuar en casos

de complicaciones y emergencias, además de facilitar la educación en salud sexual y reproductiva, comparada con el parto en los espacios domésticos.

Las mujeres de nivel educativo y de ingresos más altos tienen preferencialmente sus hijos en establecimientos de salud, mientras las de nivel socioeconómico más bajo, particularmente en Bolivia, Guatemala, Haití, Perú y Nicaragua,

tienen principalmente sus hijos en la casa y, por tanto, están más expuestas a no recibir la atención necesaria para salvar sus vidas en caso de que ocurran complicaciones del parto, que en casi su totalidad no son prevenibles.

Las brechas de atención institucional del parto muestran la exclusión de 80% de las mujeres pobres y sin educación de estos servicios en Bolivia, Guatemala y Haití. En países como Brasil, Colombia y Paraguay, aunque las brechas socioeconómicas son menores en la atención institucional al



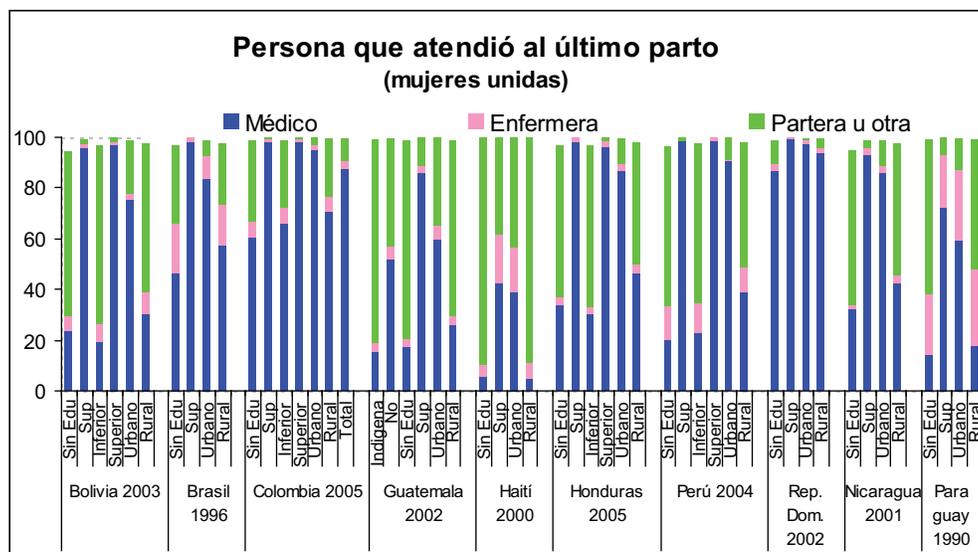
Nota: Partos ocurridos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según lugar donde ocurrió el parto: establecimiento de salud o en una casa, por:
 Nivel de educación: Sin=Sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más,
 Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y
 Etnia (Ind=Indígena; Mes=Mestiza, No=No indígena,
 Área de Residencia: Rural o Urbano
 Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.
 Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

parto, todavía una de cada cinco mujeres sin educación no tiene sus hijos en establecimientos de salud.

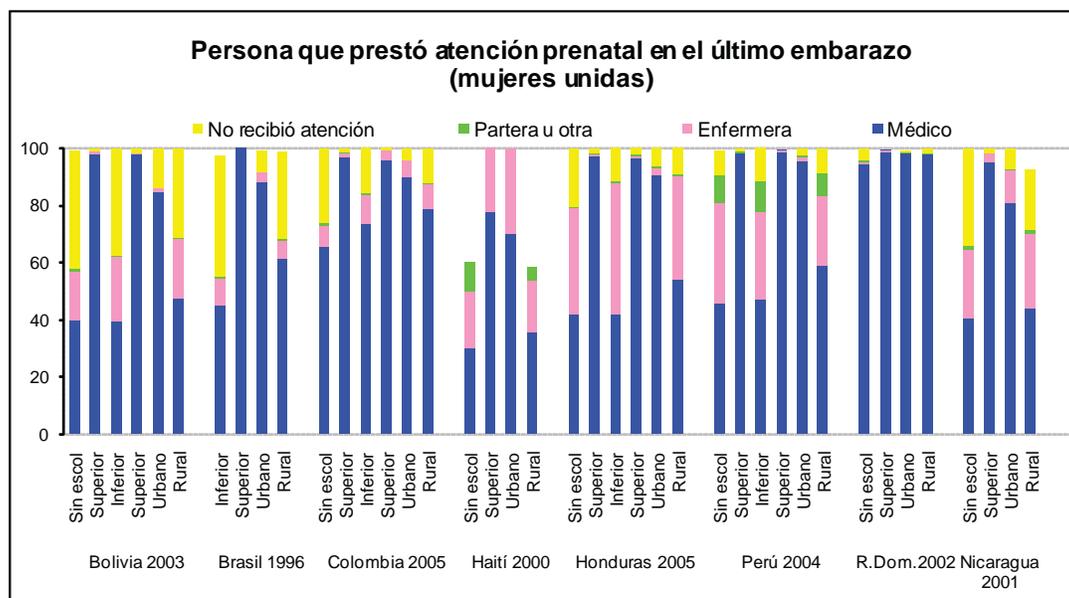
Otro indicador importante para conocer el acceso a los servicios adecuados de atención al parto es que éste sea asistido por una persona capacitada. En ALC la mayor parte de los partos son asistidos por médico o enfermera. Sin embargo, esta es una realidad para las mujeres más educadas, de mayor nivel de ingreso y residentes en áreas urbanas. La situación es bastante distinta para la gran mayoría de las mujeres sin educación, de menores ingresos o residentes en áreas rurales, particularmente en Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Perú, Nicaragua y Paraguay, donde entre 60 y 80% de las mujeres de menor nivel socioeconómico están siendo atendidas por parteras u otras personas de su contexto familiar y comunitario al momento del alumbramiento.

Aunque muchos países han promovido la capacitación de parteras, su registro, la actualización de sus conocimientos, así como el monitoreo y evaluación de sus prácticas no son frecuentes en la región.

Finalmente, la atención prenatal también contribuye para el seguimiento adecuado de los embarazos, permitiendo controlar algunos síntomas de complicaciones en las mujeres embarazadas y en los productos. En Bolivia y Brasil (1996) llama la atención que alrededor de 40% de las mujeres embarazadas no recibieron atención prenatal durante su último embarazo. Sin embargo, respecto a la atención prenatal no se presentan diferenciales tan importantes entre mujeres de niveles socioeconómicos distintos, o entre las residentes en áreas rurales y urbanas, como se observa en el momento de la atención al parto.



Nota: Partos ocurridos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que atendió el parto, por:
 Nivel de educación: S/ed=sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más,
 Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y
 Etnia (Ind=Indígena; Mes=Mestiza, No=No indígena,
 Área de residencia: rural o urbana
 Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.
 Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

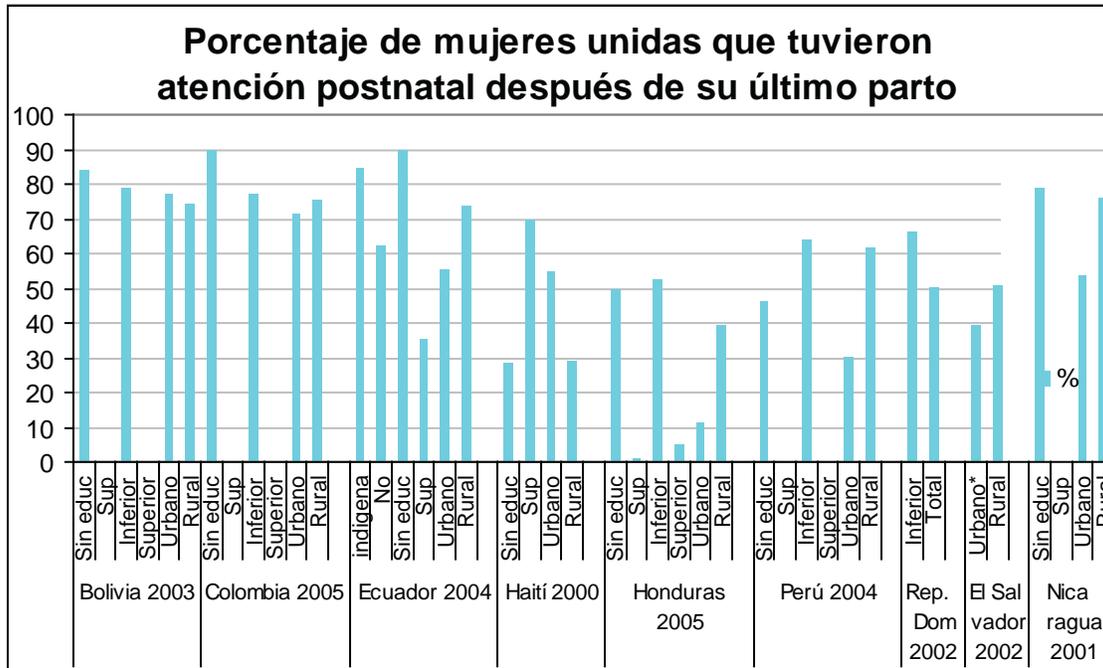


Nota: Embarazos entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que prestó la atención prenatal, por:
 Nivel de educación: S/ed=sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más,
 Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y
 Etnia (Ind=Indígena; Mes=Mestiza, No=No indígena,
 Área de residencia: rural o urbana
 Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.
 Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Atención postnatal

La atención postnatal es más frecuente en Bolivia, Colombia, Ecuador y Nicaragua, comparados con Haití, Honduras y Perú, República Dominicana y El Salvador

Por lo general, las mujeres de mayor nivel educativo, mayores ingresos y áreas urbanas reciben atención postnatal con mayor frecuencia. Sin embargo, las mujeres indígenas de Ecuador reciben atención postnatal en mayores proporciones que las no indígenas.



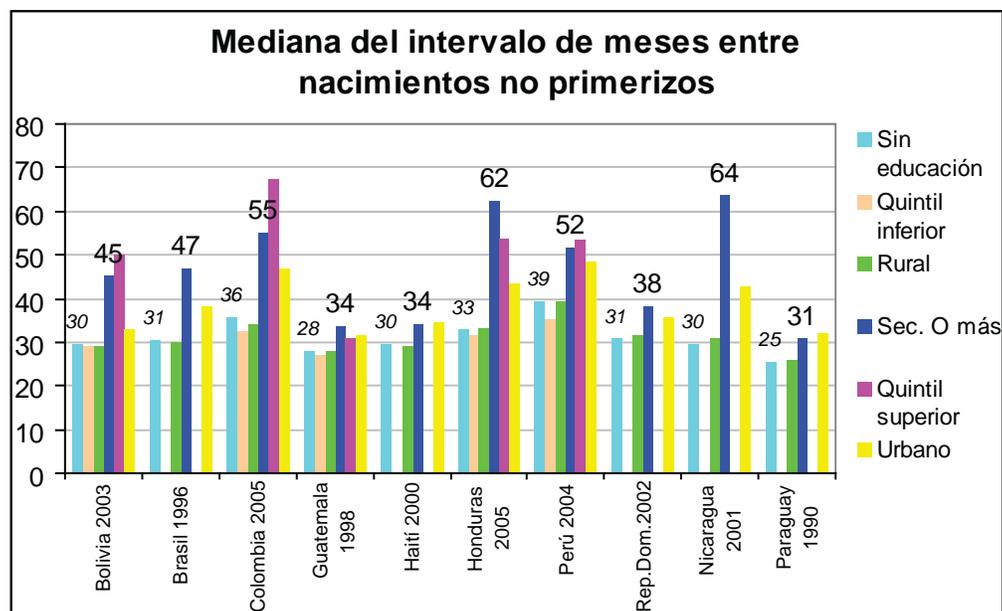
Nota: Atención postparto entre mujeres actualmente unidas en el periodo previo definido por cada encuesta, según persona que prestó la atención postnatal, por:
 Nivel de educación: Sin educ=sin educación; Sup+=Superior o más; Sec+=Secundaria o más,
 Quintil de ingreso: Inf=Quintil Inferior; Sup=Quintil Superior y
 Etnia: Indígena
 Área de residencia: rural o urbana
 Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.
 Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Intervalo entre nacimientos

Las mujeres con mayor nivel educativo y de ingresos esperan cuatro años o más para tener otro hijo no primerizo en Nicaragua (64 meses) Honduras (62), Colombia (55), Perú (52), Brasil (47) y Bolivia (45 meses). En Colombia y Bolivia el alto nivel de ingresos implica una espera todavía mayor para tener otro hijo, que el alto nivel de educación de la mujer. A su vez, las mujeres de menor nivel educativo esperan menos de tres años para tener otro hijo no primerizo. Los diferenciales entre áreas rural y urbana son importantes en Colombia, Perú y Nicaragua.

Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la mujer

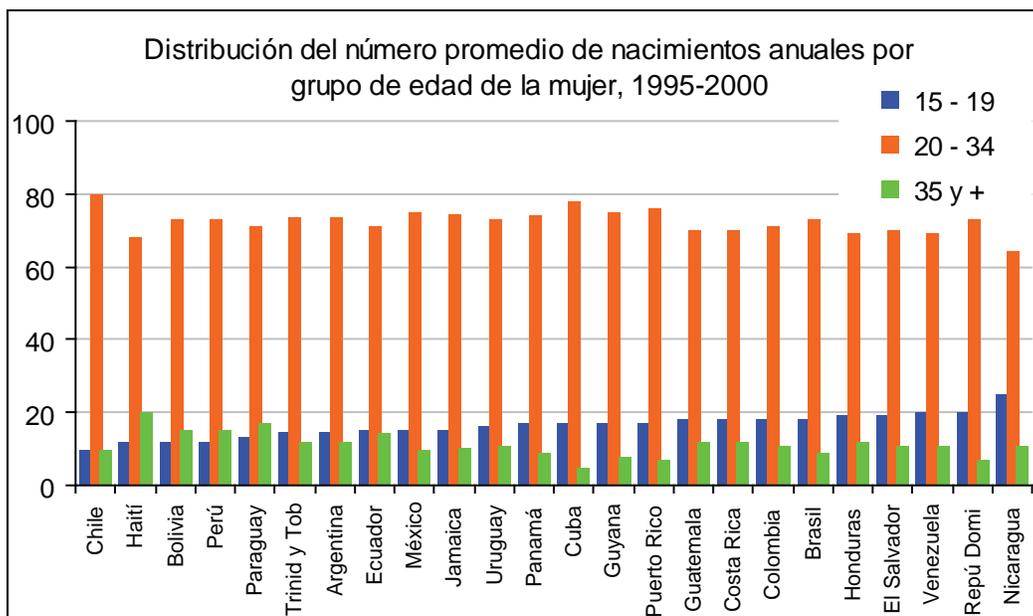
Al decidir tener un menor número de hijos, las mujeres de ALC han concentrado más de 70 por ciento de sus nacimientos entre los 20 y 34 años de edad, es decir, en un periodo de 15 años de vida de las mujeres nacen casi todos sus hijos. En la actualidad, la gran mayoría de los embarazos y partos se adscriben sólo a la mitad del periodo reproductivo de la mujer.



Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Los nacimientos que ocurren antes de estas edades, entre los 15 y 19 años de edad, son considerados embarazos y fecundidad temprana o adolescente. Uno de cada cinco nacimientos ocurre a edades tempranas de las mujeres, en Nicaragua, República Dominicana, Venezuela, El Salvador y Honduras, seguidos de cerca por Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala y Puerto Rico. Estos países presentan dis-

tintos niveles de fecundidad y muy diferentes proporciones de poblaciones rurales e indígenas, sugiriendo que la fecundidad adolescente en la actualidad no se explica solamente por el bajo nivel de desarrollo y educación de la mujer, ni tan sólo por factores culturales, como la etnia indígena, que muchas veces valora el matrimonio y embarazos tempranos.



Fuente: CELADE

Embarazo Adolescente

Los adolescentes de América Latina y el Caribe se enfrentan a una triada de limitaciones, en educación, empleo y acceso a servicios e insumos de salud reproductiva. Prevenir el embarazo adolescente con políticas integrales de promoción de capacidades, oportunidades e información en educación, empleo salud y salud reproductiva promueve las decisiones libres e informadas



©UNFPA/Wint

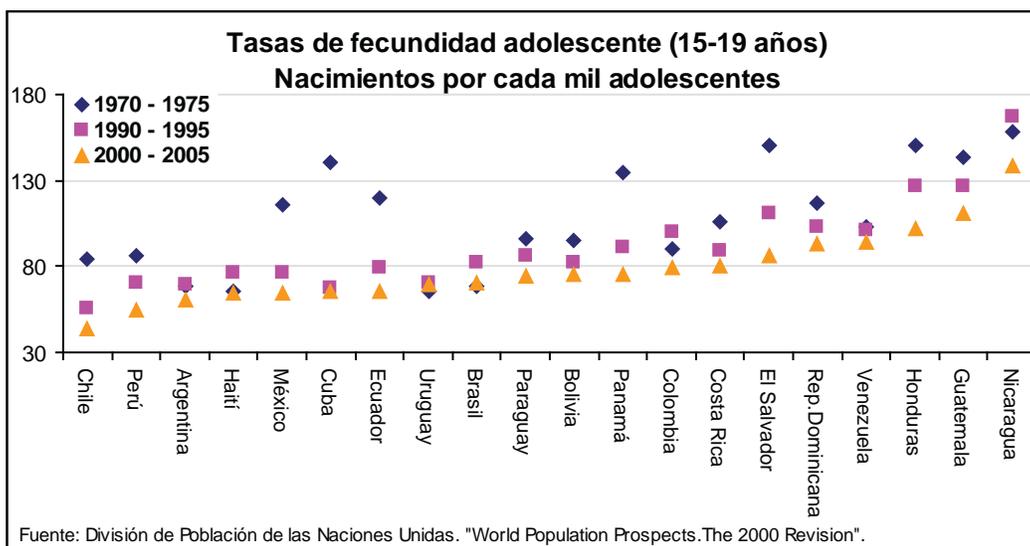
Fecundidad adolescente

La fecundidad entre los 15-19 años de edad es considerada temprana, pues se espera que a estas edades los adolescentes estén terminando sus estudios de nivel medio superior.

En la actualidad el embarazo y fecundidad tempranos todavía son altos en Nicaragua, Guatemala, Honduras, Venezuela, República Dominicana y El Salvador, países donde habría que promover el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos, así como el conocimiento sobre su uso entre adolescentes. Asimismo, la promoción de oportunidades de educación y trabajo para las adolescentes

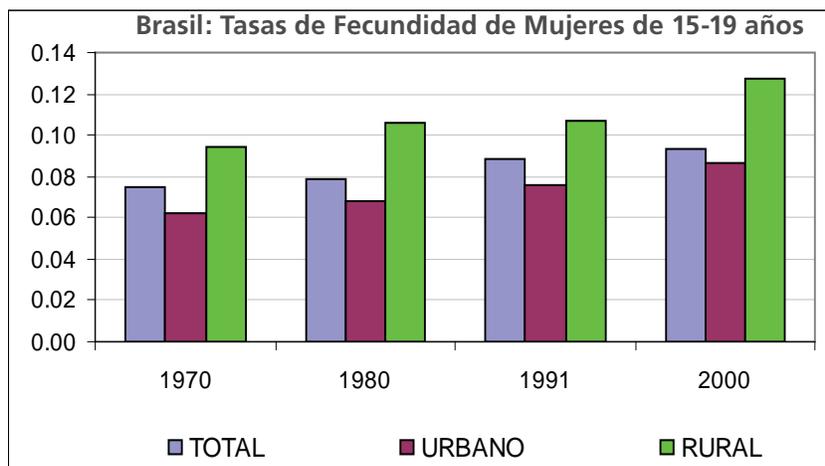
en políticas para la reducción de la pobreza, vinculadas a las de promoción de la salud sexual y reproductiva pueden tener un impacto doble en la reducción de la fecundidad adolescente, el abandono de la escuela y la reproducción de la pobreza entre generaciones, particularmente en las familias pobres y de etnia indígena.

A pesar de que las proyecciones de población de la División de Población de las Naciones Unidas estiman que las tasas de fecundidad adolescente habrían disminuido en todos los países entre los periodos 1970-1975 y 2000-2005, algunos países han observado a través de muestras censales, que hay una tendencia estructural al aumento del embarazo adolescente.



Por ejemplo, en Brasil, las muestras censales pudieron mostrar el progresivo aumento en las tasas de embarazo

adolescente, de 7.53 en 1970 a 7.87 en 1980, a 8.84 en 1991 y a 9.37 en 2000.



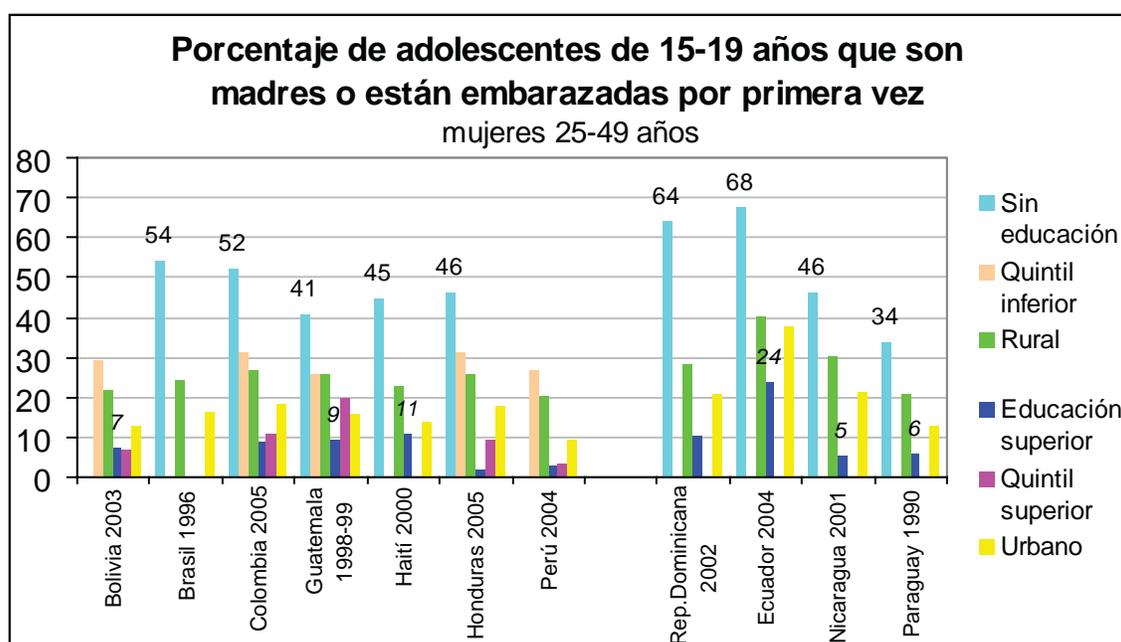
Fuente: Estimaciones del Dr. Kaizo Beltrao, con base en los censos de población y vivienda

Embarazo adolescente y desigualdad

El embarazo adolescente también expresa la enorme desigualdad socioeconómica de la región. El porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas es mucho más alto entre las que no tienen ningún nivel educativo, comparadas con las que cuentan con los más altos niveles de educación. En Ecuador y República Dominicana dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. En Brasil, Colombia, Nicaragua, Honduras y Haití alrededor de la mitad de las adolescentes sin educación experimentaron un embarazo. Sorprendentemente en Paraguay sólo una de cada tres adolescentes no educadas es madre. Las proporciones

de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos, en sus respectivos países.

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Colombia, Honduras, Bolivia y Perú, mientras sólo 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. También se presentan diferenciales en la maternidad adolescente entre áreas rural y urbana, que no son tan importantes como el nivel educativo y de ingresos.



Nota: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que son madres o están embarazadas por primera vez por nivel de educación, quintil de ingreso y área de residencia.

Se presenta la información de acuerdo con su disponibilidad en los informes publicados.

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Políticas para la prevención del embarazo adolescente

Estudios previos indican que, en los Estados Unidos, la disponibilidad y efectividad de los métodos utilizados, el poco conocimiento de estos métodos y la mala información sobre sus efectos secundarios, así como la falta de apoyo de los padres son más importantes que, por ejemplo, la actividad sexual, para explicar la mayor incidencia de embarazo

adolescente en este país, comparado con otros países como Canadá, Francia, Reino Unido y Suecia. Estos resultados han demostrado la relevancia de la provisión y acceso gratuito y fácil a los SSR para evitar los embarazos no deseados entre los adolescentes. Los servicios de salud reproductiva son particularmente importantes para los adolescentes que tienen

menor motivación para evitar los embarazos no deseados, como son los que cuentan con menores oportunidades de trabajo y educación, los que viven en la pobreza y en familias monoparentales, así como los afrodescendientes e hispanos.

Debido a la escasez de investigaciones similares en ALC no se cuenta con un diagnóstico tan claro sobre los determinantes del embarazo adolescente para orientar las acciones en la región. Solo algunos estudios en México y Perú confirman algunos de los resultados de los países desarrollados, pero no de manera definitiva.

Sin embargo, debido a la gran diversidad étnica de los países de la región, es particularmente importante generar información para buscar explicaciones en este campo, y para diseñar políticas nacionales con referencia local que tengan resolutivez en deconstruir las barreras de información y acceso a los métodos anticonceptivos modernos para los adolescentes.

3. Violencia de género ¹¹

En América Latina y el Caribe el tema de la violencia resulta de gran relevancia dada su magnitud y severidad, prueba de ello son los altos índices de criminalidad, de muertes por violencia y de violencia familiar, los cuales se encuentran entre los más altos a nivel mundial. Por ejemplo, de acuerdo a datos de la OMS, a finales del siglo XX la violencia fue la primera causa de muerte en la región entre personas de entre 15 y 44 años (Briceño-León, 2002). El Salvador, Colombia, Honduras, Brasil y México son los países que presentan las tasas más altas de homicidio en América Latina.

La enorme desigualdad social de nuestra región y el empobrecimiento de sectores poblacionales principalmente en áreas urbanas, son el marco de la descomposición social que da origen y reproducción a la violencia. La exclusión escolar y laboral, la corrupción, las deficiencias de los sistemas de penales y de justicia, las fuertes diferencias entre ingresos, la discriminación y las dimensiones histórico-culturales en los que se basa la construcción de un tipo de masculinidad con la cual muchos varones latinoamericanos se desean identificar, son factores asociados de forma importante con la violencia social.

La violencia de género

Una de las formas más comunes de violencia, es la que se perpetra directamente en contra de las mujeres, precisamente por el hecho de ser mujeres, es decir, la violencia de género, la cual puede ser tanto física, sexual o psicológica. Este tipo de violencia tiene su raíz primaria en la desigualdad de género e incluye: violencia en contra de niñas, mutilación genital, explotación y abuso sexual, discriminación, intimidación, tráfico, acoso sexual, prostitución forzada y violencia por parte de la pareja, esta última siendo la forma más común de violencia de género.

Es hasta finales de los setenta que la violencia contra la mujer empezó a ser un tema abordado desde una perspectiva social y, particularmente, con un enfoque de género en la región; pero no es hasta los noventa en donde los esfuerzos en este tema se intensifican, tanto a nivel académico, como político y de intervención. De esta manera, a lo largo de las últimas tres décadas, en gran parte gracias a los movimientos de mujeres, la atención al tema ha ido en aumento y actualmente se ha posicionado como un área prioritaria en derechos humanos y salud tanto en las agendas nacionales como internacionales.

Avances en el plano jurídico

El tema de violencia de género en la región presenta importantes avances tanto a nivel político, como de programas de prevención y atención, y también en materia de generación de conocimiento. Particularmente, las áreas de legislación y salud pública es donde se ha registrado el desarrollo más importante en torno a esta problemática. A nivel global se han elaborado y ratificado tratados y convenciones internacionales en donde han participado la mayoría de los países de la región. El marco jurídico internacional reconoce la situación de desigualdad que viven las mujeres, destacándose la violencia como un problema prioritario al cual es necesario hacer frente.

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) es en la actualidad el instrumento más importante referente a los derechos de las mujeres, en él se incluye explícitamente el tema de violencia de género como una cuestión discriminatoria hacia las mujeres y se recomienda a los gobiernos proveer apoyo a las víctimas y llevar a cabo acciones dirigidas a la eliminación de este tipo de violencia. Particularmente, destaca en nuestra región el gran avance a nivel jurídico a través del establecimiento de la Convención Interamericana

¹¹ Este apartado fue elaborado por Juan Manuel Contreras, Asistente de Investigación de EAT ALC.

Masculinidad y equidad de género

Los hombres también cuidan. UNFPA trabaja para eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra de las mujeres.



©UNFPA/Wint

para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belem do Pará, el cual es hasta ahora el único instrumento regional en el mundo específicamente diseñado para la erradicación de la violencia en contra de las mujeres. Esta convención provee una detallada lista de tareas que los Estados deben cumplir respecto a la prevención, sanción y eliminación de este problema. Hasta ahora, 30 países de la región han firmado y ratificado esta convención. A estos tratados se suman la Declaración y el Programa de Acción de Viena, la CIPD en Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing los cuales destacan a la violencia de género como un tema prioritario.

A nivel nacional, la legislación sobre violencia contra la mujer adoptada en América Latina y el Caribe ha tenido avances sustantivos, muchos de ellos justamente dentro del marco internacional. Por ejemplo, en Brasil y Colombia es obligación del Estado el sancionar la violencia doméstica y regular la creación de mecanismos específicos para ello (Torres, 2004). A partir de mediados de los noventa, los países de la región comenzaron a reformar sus marcos legales al incluir leyes específicas sobre violencia doméstica, sin embargo, no necesariamente dirigidas hacia la violencia en contra de la mujer tal y como lo exige la Convención Belem do Pará.

La magnitud de la violencia

A pesar de los importantes avances en el plano jurídico que se han dado en la región, la violencia de género continúa siendo un problema de gran gravedad para las latinoamericanas, por lo que son necesarias la puesta en marcha de medidas urgentes que converjan en dar solución a diversos problemas asociados a la violencia, así como el reforzamiento de experiencias positivas tanto en el área de prevención como de atención.

Prueba de la grave situación es que todavía se encuentran altos niveles de violencia en contra de la mujer en la región. La medición de la violencia contra la mujer es una tarea muy complicada, dada la dificultad de recabar información de un tema de alta sensibilidad y por el todavía poco desarrollo de instrumentos y metodologías en algunos países para llevar a cabo esta tarea. De cualquier manera, estimaciones recientes calculan que más de la mitad de todas las mujeres latinoamericanas han sido objeto de violencia dentro de sus hogares (Arriagada y Godoy, 1999).

Hasta la fecha, se han elaborado un buen número de estudios y encuestas de diverso alcance en la región con el objetivo de medir la violencia en contra de las mujeres

Prevalencia de violencia física a mujeres cometidas por sus parejas varones ¹²

	Año del estudio	Población a la que se refiere el estudio	En los últimos 12 meses	Alguna vez
Antigua	1990	Todas las mujeres		30
Barbados	1990	Todas las mujeres		30
Colombia	2000	Alguna vez casadas/unidas		44
Ecuador	1995	Actualmente casadas/unidas	12	
El Salvador	2002	Alguna vez casadas/unidas	6	20
Guatemala	2002	Casadas/unidas en los últimos 12 meses	9	
Honduras	2001	Casadas/unidas en los últimos 12 meses	6	10
Haití	2000	Alguna vez casadas/unidas	21	29
México	2003	Actualmente casadas/unidas	9	
Nicaragua	1998	Alguna vez casadas/unidas	13	30
Paraguay	2004	Alguna vez casadas/unidas	7	19
Perú	2000	Alguna vez casadas/unidas		42
Puerto Rico	1995-96	Alguna vez casadas/unidas		13
Rep. Dominicana	2002	Alguna vez casadas/unidas	11	22

¹² Para Colombia, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana los datos provienen de encuestas DHS.

principalmente dentro del hogar por parte de sus parejas. En general, debido a las diferencias en definiciones, tamaño de muestras, estrategias en la recolección de datos y factores culturales, hay considerables variaciones en los niveles encontrados; de hecho, se han observado estudios llevados a cabo en una misma región presentando prevalencias disímiles. Por esto, en muchos casos no es posible comparar los niveles, sin embargo, es importante mostrar que la mayoría de estudios coincide en los altos índices.

En la actualidad, se han elaborado algunas sistematizaciones (Alméras et al., 2002; Krug et al., 2002; United Nations, 2006) sobre lo realizado en América Latina y el Caribe. Revisando estas sistematizaciones se encuentra que al menos 20 países de la región han llevado a cabo estudios, en la siguiente tabla se muestran los más recientes con cobertura a nivel nacional y las prevalencias encontradas de violencia física perpetrada hacia las mujeres por sus parejas varones.

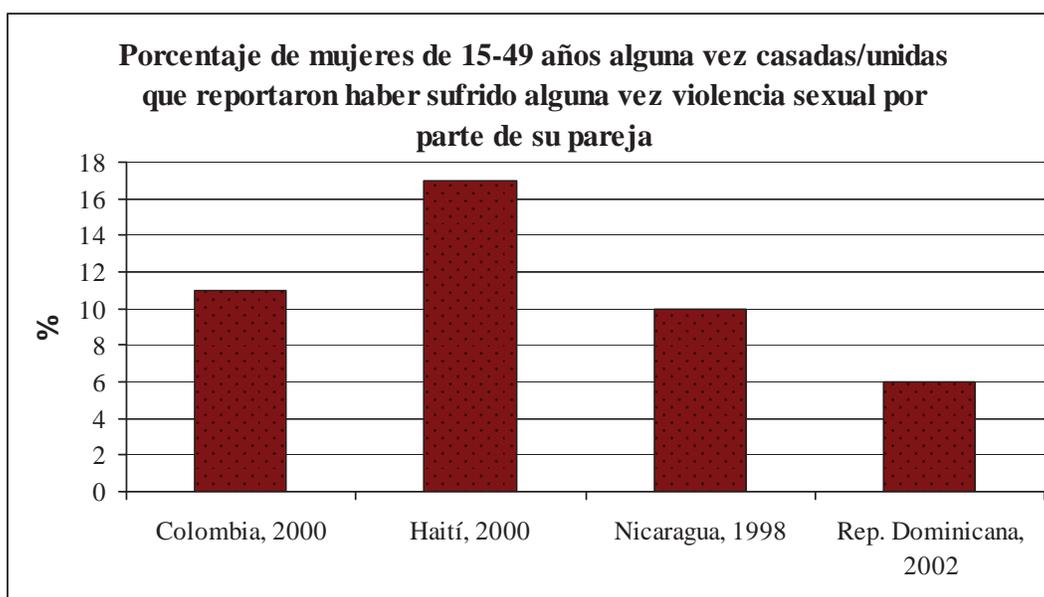
La información muestra que hay algunos países como Colombia y Perú en donde se registra que más del 40% de las mujeres de estos países han recibido alguna vez agresiones físicas por parte de sus parejas varones. Otros que presentan altos índices son los caribeños Antigua, Barbados y Haití, así como Nicaragua. Por ejemplo, en estos dos últimos también se pueden apreciar que un alto porcentaje de las mujeres recibió agresiones físicas en el último año previo al levantamiento de la encuesta.

Aunque sin cobertura nacional, existen estudios importantes en otros países que también muestran la magnitud del problema. Por ejemplo, en Bolivia en 1997/98 se llevó a cabo una encuesta en tres municipios en donde se encontró

que 18% de ellas habían sufrido violencia física en el último año por parte de sus parejas (Alméras et al., 2002). En Chile, un estudio en la Región Metropolitana llevado a cabo en el 2001 reveló que 50% de las mujeres había alguna vez vivido algún tipo de violencia en la relación de pareja (Alméras et al., 2002). También al inicio de la presente década se llevó a cabo un estudio en diversas regiones del mundo por parte de la OMS para analizar el tema (WHO, 2005). Pernambuco y Sao Paulo en Brasil fueron seleccionadas para formar parte de este trabajo, en el caso de la primera se encontró que 35% de las mujeres reportaron haber alguna vez sufrido violencia física por parte de su pareja, mientras que en Sao Paulo este porcentaje fue del 27%. En Lima y Cuzco también se llevó a cabo este estudio, en donde se obtuvieron muy altos porcentajes de este indicador 50% y 62% respectivamente.

La violencia sexual

Respecto a la violencia sexual, un grupo importante de mujeres unidas sufrió este tipo de violencia por parte de su pareja. Por ejemplo, en este mismo estudio en la ciudad de Lima se encontró que 23% de las mujeres reportaron haber sido alguna vez agredidas sexualmente por su pareja y en Cuzco el porcentaje fue de 47% (WHO, 2005). En otro estudio realizado en Guadalajara, México, se reportó que 23% de las mujeres encuestadas sufrieron abuso sexual por su pareja (Krug et al., 2002). A nivel nacional existen datos provenientes de las encuestas DHS sobre este tipo de violencia en donde se muestran datos estremecedores que indican que en Colombia, Haití y Nicaragua más del 10% de mujeres han sufrido violencia sexual por parte de sus parejas.



La iniciación sexual forzada constituye una importante forma de violencia sexual en contra de las mujeres. Por ejemplo, en el Caribe en un estudio en varios países se encontró que cerca de la mitad de las adolescentes sexualmente activas tuvieron su primera relación forzada (Krug et al., 2002). En Cuzco, Perú 25% de las mujeres sexualmente activas indicaron que su primera relación sexual fue forzada, este porcentaje alcanza el 45% entre aquellas que tuvieron su primera relación antes de los 15 años (WHO, 2005). Muchos de estos encuentros sexuales forzados terminan en embarazos adolescentes; de hecho, un estudio en Costa Rica encontró que 95% de los embarazos de adolescentes de menores de 16 años se debieron a encuentros forzados (Treguear y Carro, 1991).

El Caribe, región que es la segunda en el mundo más afectada de la pandemia de VIH/SIDA, se ha encontrado gran proporción de abuso hacia trabajadoras sexuales, quienes por diversas razones como el estigma y la discriminación, no tienen acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, una investigación en Guyana descubrió que 90% de las trabajadoras sexuales habían sido víctimas de abuso sexual por parte de los clientes, siendo que la minoría había solicitado algún tipo de ayuda (UNIFEM, 2007).

Factores relacionados a la violencia de género

La violencia en contra de las mujeres tiene su raíz principal en la estructura desigual de género que enmarca a las sociedades latinoamericanas. Bajo esta perspectiva, diversos autores se han dado a la tarea de analizar variables relacionadas con este tipo de violencia. Por ejemplo, Kishor y Johnson (2004) hacen un análisis de los factores relacionados a la violencia en contra de las mujeres por parte de sus parejas, con base en las encuestas DHS. Estas autoras encuentran que, en general (incluyendo los países latinoamericanos analizados: Colombia, Haití, Nicaragua y Perú) las mujeres jóvenes, quienes se casaron a edades tempranas tienen mayor probabilidad de experimentar violencia. También se encontró que el abuso de alcohol, el haber recibido violencia durante la infancia, la participación de las mujeres en el trabajo productivo y la poca participación de los varones en el trabajo reproductivo.

Los costos

Los costos tanto sociales, como económicos y en salud de la violencia son muy altos, Existe vasta evidencia empírica que muestra los altos riesgos en la salud de las

mujeres que van desde heridas, estrés post-traumático, depresión hasta resultados fatales. En el caso de la salud reproductiva, las consecuencias pueden ser trastornos ginecológicos, exacerbación del riesgo de contagio de ITS-VIH/SIDA, embarazos no deseados, hemorragias o infecciones vaginales, etc. Por ejemplo, en Colombia un estudio comprobó que las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas presentaban tasas más elevadas de embarazos no deseados y uno en Nicaragua mostró que el 16% de los casos de bajo peso al nacer eran atribuibles a abusos físicos durante el embarazo (United Nations, 2006).

Respecto a los costos sociales se ha mostrado que la violencia impide a las mujeres tener una participación ciudadana plena dentro de la sociedad; por ejemplo, en un estudio en México se observó que las mujeres dejaban de participar en proyectos de desarrollo comunitario debido a las amenazas de los hombres (United Nations, 2006). En general, el mal funcionamiento social tanto de niños, mujeres y hombres es resultado de la violencia, esto sin duda repercute en el desarrollo social de los países. En el plano económico también hay consecuencias importantes, por ejemplo, en Jamaica un estudio comprobó que únicamente el costo anual del tratamiento médico directo a víctimas de violencia doméstica ascendía a casi \$500 mil dólares (Waters et al., 2004). En Chile y Nicaragua una investigación reveló que la pérdida de la capacidad productiva debido a mujeres víctimas de violencia ascendía a \$1.73 billones en el caso del primero y \$32.7 millones en Nicaragua (Waters et al., 2004).

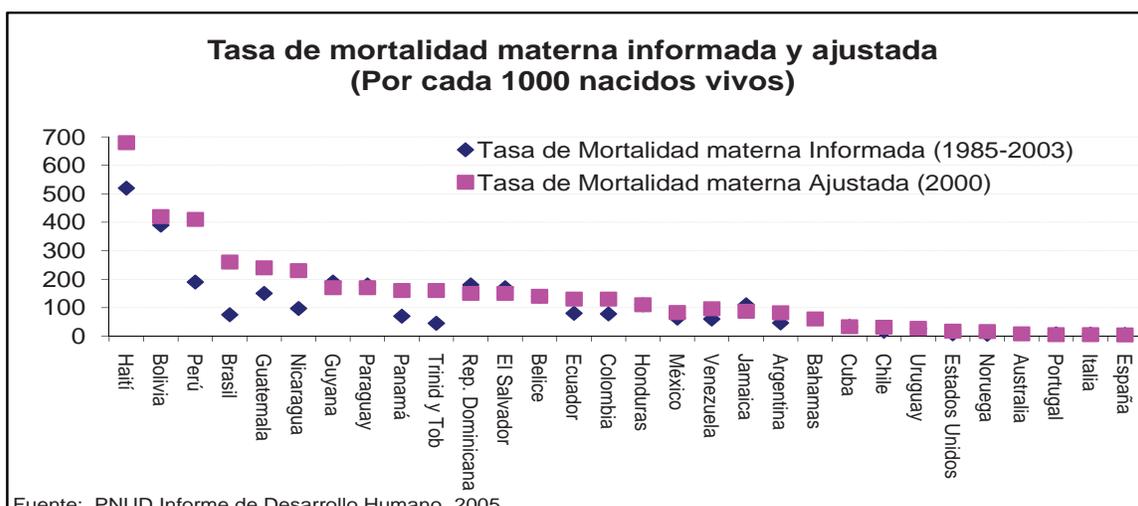
Desafíos

El tema de la violencia de la mujer sigue siendo un tema prioritario que requiere de acciones a nivel macro político, como el desarrollo de planes nacionales para la erradicación de la violencia contra la mujer desde una perspectiva de género, el afinamiento de la legislación para la implementación de leyes que den respuesta adecuada a la problemática, la realización de procesos de concertación para la formulación de políticas públicas, entre otros. Asimismo, son necesarias las intervenciones a nivel comunitario que incluya a los tomadores de decisión, a las organizaciones locales, los medios de comunicación, ONG's, lugares de trabajo, entre otros. A nivel individual también es necesario seguir y perfeccionar el trabajo de atención a víctimas, así como de igual importancia fundamental es el trabajo de prevención con hombres con un enfoque desde las masculinidades.

El sector salud y el jurídico han tenido participación destacada en el trabajo en violencia de género, es necesario seguir desarrollando actividades desde estas áreas así como es fundamental el mayor involucramiento del sector educativo con la implementación de programas educacionales que incluyan el tema de violencia y de género. El apoyo a la generación de conocimiento sobre el tema también es una dimensión prioritaria a trabajar, dirigido a la elaboración y mejoramiento de la información y el desarrollo de investigaciones que incluyan temáticas emergentes como la violencia desde la perspectiva de los varones, la violencia en contra de ancianos, la violencia en contra de migrantes, entre otras.

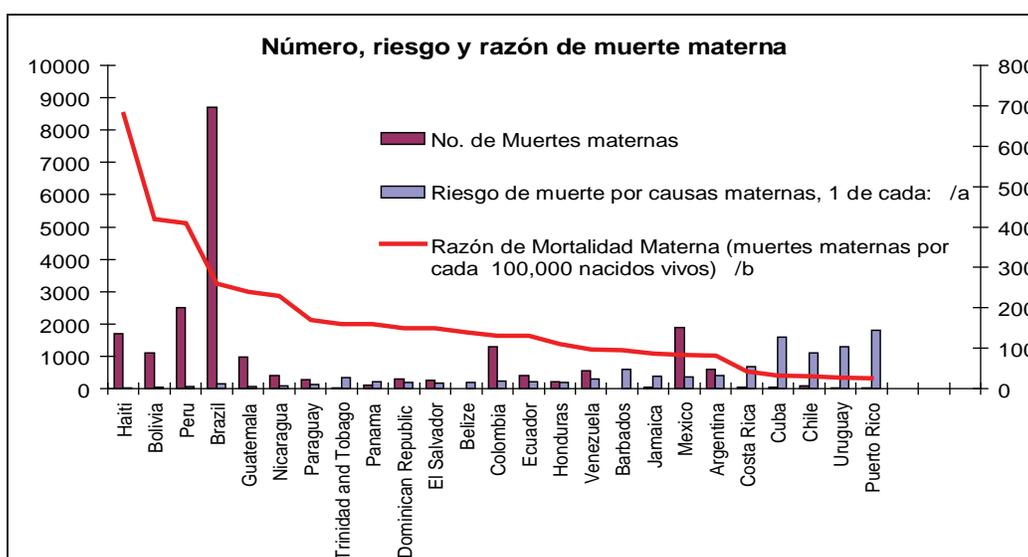
4. Mortalidad infantil y materna

Las tasas de mortalidad materna ajustadas coinciden con la precaria condición de asistencia al parto en Haití y Bolivia. Sin embargo, enseguida están Brasil, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Panamá, República Dominicana y El Salvador, y en una situación distinta se encuentran Honduras y Perú.



Estos países llaman la atención debido al número de mujeres que se mueren en la región por embarazo y el parto, particularmente Brasil, Perú, México, Colombia, Haití,

Bolivia y Guatemala contribuyen con más de 90% de todas las muertes maternas en la región, aunque presenten razones de mortalidad materna muy distintas.



Salud Materna

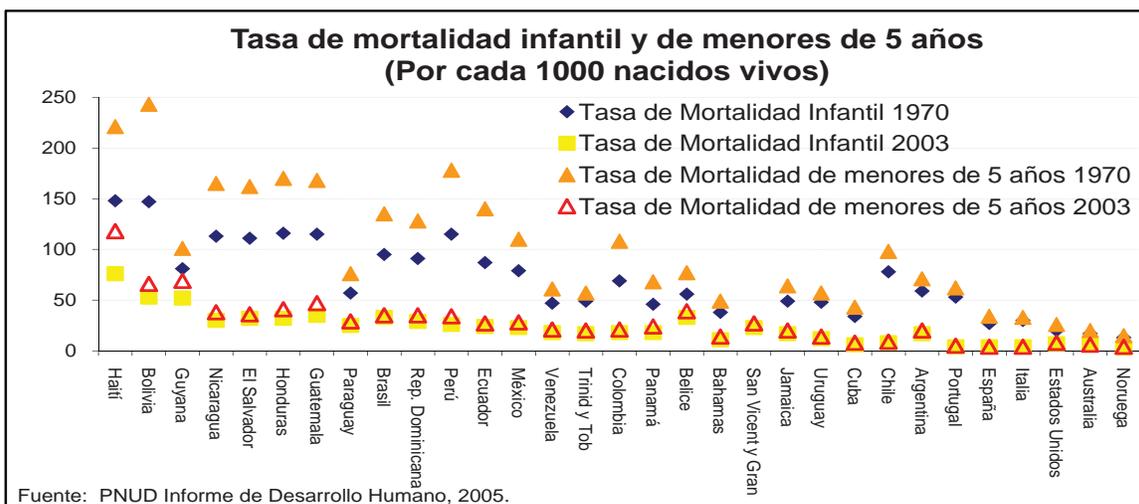
Ninguna mujer debería morir por complicaciones del embarazo, parto y post parto. El acceso a la atención obstétrica de emergencia es clave para garantizar la salud y la sobrevivencia de mujeres con complicaciones maternas, particularmente las pobres, indígenas y residentes en áreas alejadas.



©UNFPA/Wint

Asimismo, ALC se ha caracterizado por la persistencia de los niveles de mortalidad materna, y casi todos sus países no tienen perspectiva de lograr la reducción de la mortalidad materna de acuerdo con las metas del milenio. Por tanto, es evidente la urgencia de promover políticas

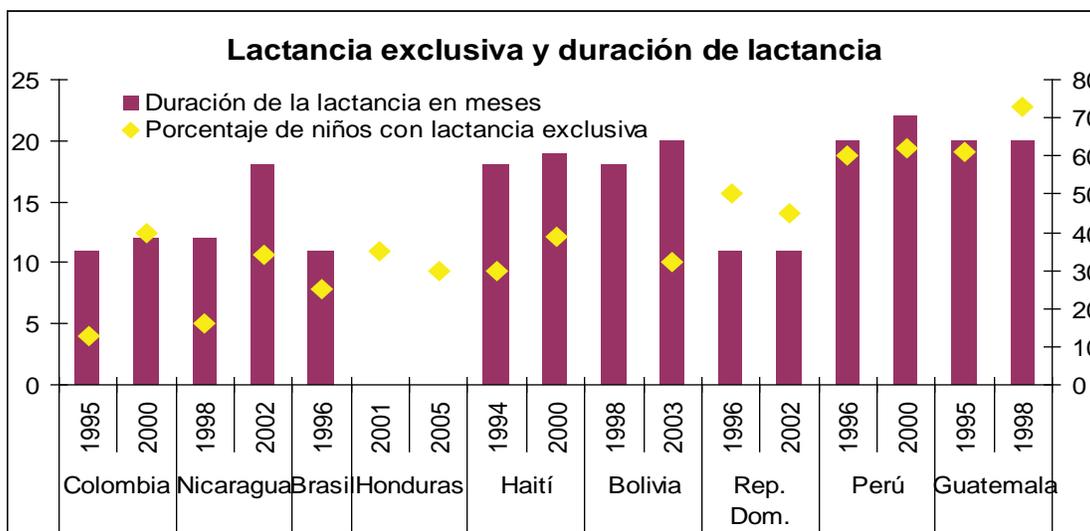
claras e integrales dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, que incluyan no sólo la capacitación de personal capacitado, en lo que muchos países han invertido en las últimas décadas, sino también la atención obstétrica de emergencia, que ha sido el mayor reto en casi todos los países de la región.



Lactancia

La lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad es un factor de protección para los niños. La duración de la lactancia ha aumentado en algunos países de la región.

Entre los países analizados, Guatemala y Perú es donde las mujeres más ofrecen la lactancia a sus hijos. Asimismo, la duración de la lactancia es alta en estos países, y también en Bolivia, Haití y Nicaragua.

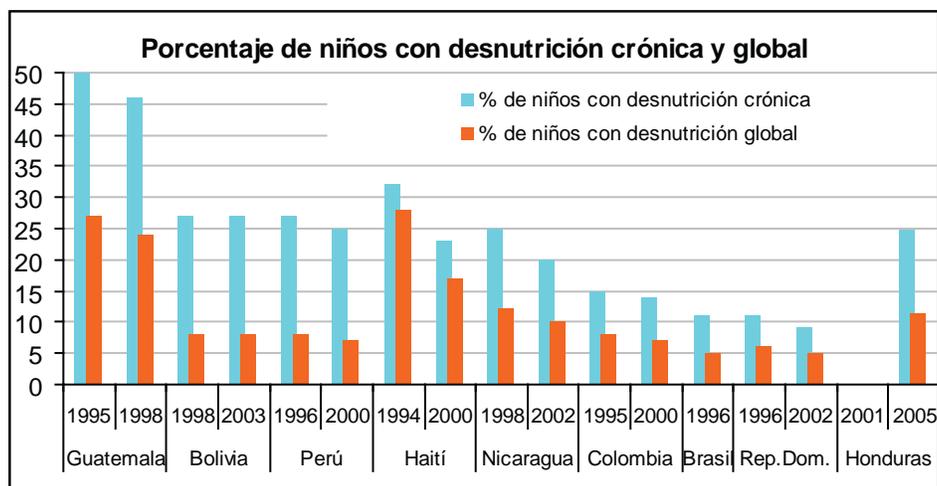


Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Desnutrición

Aunque todos los países analizados han disminuido sus niveles de desnutrición infantil crónica y global, todavía persisten tasas altas en Guatemala, Haití, Nicaragua, Hon-

duradas, Bolivia y Perú, donde entre 25 y 50% de los niños pueden sufrir de desnutrición crónica.

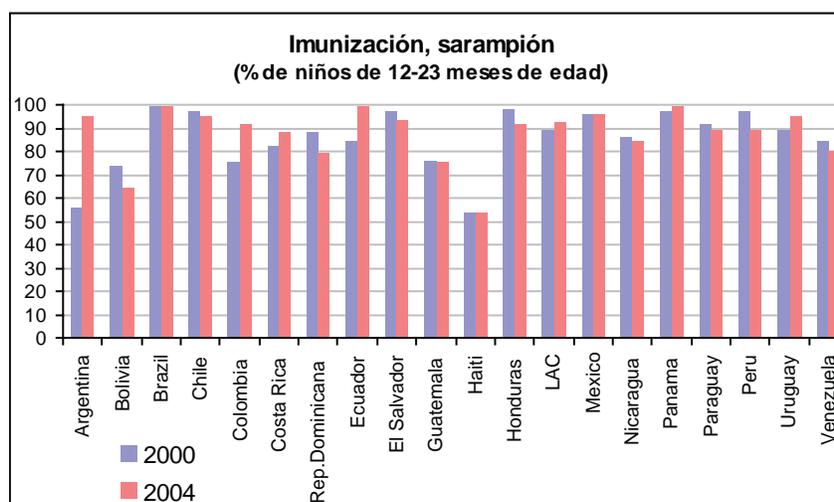


Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

Inmunización

La inmunización es una de las precondiciones para evitar las muertes infantiles. Por tanto, la entrega y monitoreo de los sistemas de inmunización son uno de los elementos fundamentales para alcanzar las metas de reducción de la mortalidad infantil. En Haití casi la mitad de los niños de 12 a 23 años de edad no tuvieron acceso a la vacuna en contra del sarampión; en Bolivia hay 40% y en Guatemala uno de cada cuatro niños no ha recibido esta vacuna. En

casi todos los demás países no se observa la cobertura total. Sin embargo, las campañas de vacunación son de los procedimientos más baratos, con una mayor relación costo versus efectividad. Por tanto, la cobertura universal en inmunización en contra del sarampión, así como de otras enfermedades infecciosas son acciones viables inclusive para los países más pobres de la región, y deben ser una prioridad en las políticas de salud.



Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS.

4. Políticas de salud y Salud Sexual y Reproductiva en ALC

Los sistemas de salud en América Latina se originan al inicio del siglo XX. Inicialmente los seguros corporativos para trabajadores de sectores como industria, comercio, bancos, funcionarios públicos, entre otros, se organizaron como cajas de seguridad social, en que el trabajador y el patrón contribuían para garantizar la atención a la salud. Por otro lado, las instituciones filantrópicas, y posteriormente el Estado, ofrecían servicios de salud para los pobres.

Este carácter fragmentado de la atención a la salud de los ciudadanos con derechos formales, por un lado, y pobres sin derechos por el otro, está en raíz de las políticas sociales de la región, incluidas las de salud y permanece consolidada hasta la actualidad.

En los años 40/50 los Estados nacionales empiezan a asumir la responsabilidad de la protección y atención a la salud, y pasan a crearse Ministerios de Salud en casi todos los países de la región, que ofrecen masivamente la vacunación, acciones preventivas y atención básica a la salud, sin lograr la cobertura universal. En los años 70 los sistemas de salud alcanzaron altos costos en todo el mundo, debido al

desarrollo del mercado de productos y tecnologías de salud, y a una creciente e incontrolable demanda. Los incrementos de los gastos en salud generaron una rediscusión de la capacidad real de financiamiento de los estados para este sector, inclusive en los países desarrollados. Al mismo tiempo se pone en jaque la sostenibilidad de los Estados de Bienestar Social, tanto en países desarrollados como particularmente en ALC, donde dicha propuesta nunca se había hecho una realidad. Se redujeron las inversiones públicas en el sector salud en los años de crisis económicas.

En los años 80 se inician las distintas reformas en las constituciones y legislaciones de salud, así como distintos rediseños de los sistemas de salud, con diferentes mezclas de las siguientes medidas: descentralización de la gestión, inclusión de competencia entre proveedores (participación del sector privado), la regulación y monitoreo del sector por agencias independientes, la limitación de cargos de funcionarios públicos en la planeación y gestión.

En la mayor parte de los países de la región la mayoría de la población venía siendo cubierta por los Ministerios de Salud, que ofrecían todos los servicios preventivos, incluidas inmunización, saneamiento y control de enfermedades, pero también atención a la salud para los grupos pobres, desempleados, trabajadores informales, entre otros.

Cobertura de la población por sector, alrededor 1985

	Ministerio de Salud	Seguro Social	Privado
Argentina	23	74	3
Brasil	87		13
Colombia	74	16	10
Costa Rica	14	81	5
Cuba	100	0	0
Chile	85 a 90		10 a 15
Ecuador	83	11	6
México	30	60	10
Panamá	42	58	nd
Perú	55	17	28
Rep. Dominicana	66	4	30
Uruguay	43	53	4

Fuente: Mesa Lago, 1992

A pesar del esfuerzo por ampliar la cobertura en los años 80, a través de reformas de leyes y diseños, a fines de los años 80 todavía se estimaba que existían 130 millones de pobres de ALC sin acceso a los sistemas de salud (Mesa-Lago, 1992). Este autor muestra que la cobertura del Seguro Social contributivo abarca a la mayoría de la población en Costa Rica (85%) y Panamá (55%), países en que el Ministerio de Salud sólo tenía que encargarse de una menor parte de la población no asegurada: 15% y 45% respectivamente. Sin embargo, en Perú, Colombia, Ecuador y República Dominicana el Seguro Social contributivo sólo cubre a una ínfima parte de la población (24%, 18%, 11% y 9%, respectivamente) y, como consecuencia, el Ministerio de Salud tiene casi toda la población para cubrir en términos de prevención y atención a la salud, lo que implica

la inversión de grandes cantidades de ingresos públicos en el sector salud.

Asimismo, los gastos del estado no corresponden a estas proporciones de población a cubrir. Por ejemplo, en Colombia el Estado dedica 38% de sus recursos para 82% de la población atendida por el Ministerio de Salud, e invierte 62% de los recursos del sector salud para tan sólo 18% de la población, que está afiliada al Seguro Social. Por tanto, en los países con mayores proporciones de personas pobres y no derechohabientes a servicios de salud contributivos, son los que menos invierten en la salud de la mayor parte de la población excluida.

Cobertura en salud de población e ingresos, 1988

	Ministerio de Salud			Seguro Social		
	Cobertura	Ingreso	Razón	Cobertura	Ingreso	Razón
Colombia	82	38	0.46	18	62	3.44
Costa Rica	15	22	1.47	85	78	0.92
Ecuador	89	59	0.66	11	41	3.73
Panamá	45	34	0.76	55	65	1.18
Perú	76	50	0.66	24	50	2.08
Rep.Dominicana	91	53	0.58	9	47	5.22

Fuente: Mesa Lago, 1992

Asimismo, Mesa Lago (1992) muestra que Costa Rica tiene un seguro de salud público que cubre a trabajadores domésticos, trabajadores rurales y campesinos, trabajadores autónomos y trabajadores de micro y macroempresas, desempleados, trabajadores no remunerados y pensionados. Sin embargo, el sistema de salud de Uruguay no cubre a los dos últimos grupos; el de Perú no cubre a agricultores, trabajadores no remunerados y de macroempresas (estos tienen seguros corporativos); y en República Dominicana el sector público solo cubre micro y desempleados. Mientras México tiene seguro voluntario para todos los grupos, pero como en todos los países, el hecho de este derecho esté legalizado no implica que sea ejercido en realidad.

Frente a la persistente exclusión de los grupos más pobres de los sistemas de salud de la región, en la década de los 90 se inicia un nuevo grupo de reformas en el sector, reforzando el corte de gastos y burocracia, la innovación en

el financiamiento y recuperación de costos, la competencia y participación privada, y el control social de la gestión.

El estudio del UNFPA sobre Reformas del Sector Salud y SSR en ALC (Almeida, 2005) describe cómo en muchos países se aprobaron leyes y programas de atención integral e universal a mujeres embarazadas y niños:

En Ecuador se aprueba la Ley de Maternidad Gratuita en 1994, así como su reforma en 1998 y los Fondos Solidarios y Comités de Gestión Local; en 2002 una segunda reforma implementa un Plan Integral de Salud garantizado por el Estado

En Bolivia se aprueban el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en 1996, y la Ley de Seguro Universal Materno Infantil en 2002.

En Perú se aprueban el Programa de Salud Básica para Todos en 1994, los programas de Salud y Nutrición Básica, de Fortalecimiento de los Servicios y de Participación Social en la Administración de los Servicios de Salud en 1997; y en 1999 los seguros Escolar Gratuito y Materno Infantil.

En Argentina las Obras Sociales, sistemas corporativos, fueron reconvertidas en un Programa Médico Obligatorio, y en 1993 se generó un Fondo Solidario de Redistribución para mejorar la eficiencia de las entidades.

En México el Programa de Apoyo a los servicios de salud se ofrece para la población abierta a partir de 1989, el Programa de Ampliación de Cobertura, el Seguro Popular se aprueban en 1992; y la Ley General de Salud y el Sistema de Protección Social en 2003.

El mismo trabajo incluye estudios de casos con la historia de programas de salud sexual y reproductiva:

En Chile hay un Ministerio de Salud y un Fondo Nacional de Salud (FONASA), ambos de carácter público; pero en 1982 se crearon las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES), empresas privadas lucrativas operadoras de planes de salud, cuya afiliación es optativa. En 2002 el sistema público cubría a 67.5% de la población y las ISAPRES a 18.5%. En 2002 se inicia una nueva reforma al sistema, y se introdujeron muchos proyectos de ley, entre los cuales se ha aprobado Autoridad Sanitaria y Gestión, que separa las funciones de políticas, regulación, financiamiento y prestación de servicios, buscando disminuir la fragmentación del sector.

En el campo de la salud sexual reproductiva se creó un Programa de Planificación Familiar desde 1975, y las políticas para la reducción de la mortalidad materna operaron desde 1960 con resultados positivos. El aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción. En 1999 inicia un nuevo Sistema de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual y Centros Centinelas de Enfermedades de Transmisión Sexual en seis servicios de salud. También se aprobaron el Plan Nacional para Eliminación de la Sífilis Congénita, la Comisión Nacional del SIDA y la Ley de VIH/SIDA (2001), a partir de un importante proceso de advocacy de la sociedad civil con el poder legislativo, con base en el concepto de Derechos Humanos (no discriminación y derecho al acceso a servicios de salud). Se ha creado un Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales. El Código Sanitario define normas de control y tratamiento de las ITS, por lo cual las trabajadoras sexuales poseen una credencial sanitaria que deben mantener actualizadas. En los años 90 se ha aprobado el Plan de Igualdad de Oportunidades para las

Mujeres 1994-1999, así como leyes emblemáticas, como la de Violencia Intrafamiliar (1994), la de Filiación (1998) y la reforma a la Constitución que explicita la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, así como se encuentra bajo examen el Proyecto de Ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

En Colombia se realizó una reforma del sector salud en 1993 basada en el concepto de "Pluralismo Estructurado" (Londoño y Frenk, 1995), en que "pluralismo" implica combinar participación mixta: financiamiento público y participación privada, y "estructuración" significa establecer reglas de operación que compensen las fallas del mercado. Se crearon nuevos agentes especializados en sustitución al Ministerio de Salud, para asumir funciones de dirección estratégica y regulación del sistema de salud. Se estableció un sistema público único, colectivo, pero con distintos regímenes de afiliación: 1. un régimen contributivo (antiguo sistema corporativo para trabajadores formales), incluidos autónomos, 2, un régimen subsidiado para la población pobre con derechos a diferentes subsidios y 3. un régimen de vinculados, que no se afiliaron a los otros regímenes pero son atendidos por el sector público cuando lo necesitan. La afiliación es voluntaria, y también se permiten paquetes complementarios (PAC) para cubrir riesgos u hotelería, correspondientes al sector privado. Las acciones de salud pública son ofrecidas por el Estado de forma descentralizada, con recursos públicos. Una crítica que hacen algunos investigadores es sobre el criterio para definir quienes son los pobres afiliados al segundo régimen. Sin embargo, se reconoce que el nuevo sistema logró aumentar la cobertura, y alcanzó 57% de la población en 2002. Gran parte de los hospitales públicos de atención secundaria y terciaria se transformaron en Empresas Sociales del Estado en 1999, pero existen demoras en los traspasos financieros, que generan crisis en los hospitales.

En el campo de la salud sexual reproductiva la reforma del sistema de salud generó una normatividad específica para esta área. El Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002 incluye por primera vez la prevención de la Violencia Familiar y los lineamientos para la atención a la SSR, incluidos los programas obligatorios, además de que se incluyó un subsidio alimentario para niñas menores de un año de edad y mujeres embarazadas. El paquete básico incluye los diversos métodos AC, aunque hay límites de acceso en grupos específicos. En 2002 el Ministerio de la Salud incluyó entre sus objetivos la promoción de la SSR responsable, con énfasis en la población adolescente, la atención del aborto y el fortalecimiento de la responsabilidad masculina en la SSR. Se han divulgado los lineamientos de información, educación y

comunicación sobre derechos SR y la protección de mujeres, niñas y jóvenes en contra de la violencia, así como programas de rehabilitación a las víctimas.

En Brasil en 1966 se unificaron los institutos corporativos de Jubilación y Pensiones y en 1977 se creó el Sistema Nacional de Previdencia Social, incluidos los servicios médicos, en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdencia Social, que retiró del Ministerio de Salud la función de formular la política de salud. El Estado pasó a ser financiador y comprador de servicios al sector privado, con favoritismo de la asistencia hospitalaria. Desde entonces se conformaron grupos de médicos y personal de salud en contra de la política de salud que, en los años 80, lograron incluir en la nueva Constitución el derecho al acceso universal al sistema de salud, a través del Sistema Único de Salud, un sistema universal integrado. Sin embargo progresivamente hubo disminución del financiamiento de este sistema, que pasó por una "Reforma sanitaria ciudadana", la cual disminuyó la participación del estado en el sector, a través del proceso de descentralización. Los niveles municipales se tornaron los principales prestadores de servicios y las diferencias regionales en términos de oferta de servicios disminuyeron. Se crearon programas especiales para dar prioridad a la atención básica y revertir el modelo centrado en los hospitales. Se crearon en 1990 los Consejos de Salud para integrar funcionarios de gobierno y del sector salud, así como Conferencias Nacionales, generando negociaciones que imponen permanentemente conflictos entre el carácter universal del sistema y su necesidad de racionalizar recursos.

Respecto a la salud sexual reproductiva, se acostumbra creer que en Brasil el Estado no ha desarrollado una política de población o de control de la fecundidad, al menos de manera explícita, pues los discursos gubernamentales asumieron un tono pronatalista y aprobó leyes que obstaculizaban el acceso a la anticoncepción, mientras la provisión privada de métodos anticonceptivos se expandió desde los años 60. Asimismo, dentro del mismo sistema público de salud se ha llevado a cabo el sistema más eficiente de anticoncepción definitiva de la región, pues Brasil presenta la mayor tasa de esterilización definitiva en mujeres de ALC, realizadas en clínicas privadas y públicas, pero casi siempre con financiamiento del Estado. Por eso hay autores que afirman que de hecho existe una política no explícita pero real, definida como el "laissez faire" del estado brasileño que, al contrario de su discurso, ha promovido en la práctica la planificación familiar. Frente a la falta de una política explícita de Salud Sexual Reproductiva los métodos

AC no estaban disponibles en los servicios públicos hasta un par de años, pero sí fueron distribuidos masivamente en el mercado a precios muy accesibles.

En 1984 se creó el programa Atención Integral a la Salud de la mujer, en 1986 una Comisión de Estudios de los derechos de la Reproducción Humana. En 1988 el Programa Nacional de SIDA. También se ha promovido la participación ciudadana, pero sus límites son definidos por el poder ejecutivo. En 1996 se reactivó la Comisión Intersectorial de Salud de la Mujer, que estableció negociaciones directas con el Ministerio de Salud. Sólo a partir de 1996 el Congreso aprueba la ley para regular la planificación familiar pero, por presiones de la Iglesia y sectores conservadores, ésta fue vetada por el presidente, y finalmente el veto fue anulado por el Congreso y la ley es sancionada en 1997. Asimismo, la ley establece para la esterilización femenina que la mujer es obligada a presentar el consentimiento firmado del marido, y que la esterilización no podría ser realizada al momento del parto.

En 1998 el Ministerio de la salud crea el Área Técnica de Salud de la Mujer y de ahí se deriva una serie de programas. Se aprobó una norma técnica que orienta la implementación de la atención a mujeres en situación de violencia sexual con recursos federales para apoyar a los servicios estatales y municipales para su rehabilitación, inclusive en caso de aborto por violación. Se han incorporado prioridades de salud de la mujer en los instrumentos de gestión y financiamiento del Sistema Único de Salud.

Las muertes violentas en jóvenes han aumentado, y ya es la segunda causa de muerte entre los hombres de 15 a 24 años de edad, principalmente por homicidios y accidentes, sin que se hayan desarrollado programas específicos de masculinidades y riesgos en este campo. El VIH-SIDA ha aumentado, con una tendencia a la ruralización, feminización y heterosexualización y empobrecimiento, así como el aumento en mujeres de 13 a 19 años. El SIDA ha sido objeto de campañas de prevención, el diagnóstico y el tratamiento es gratuito por ley. El aborto es ilegal en Brasil, salvo excepciones establecidas por ley (riesgo de vida para la madre y violación).

En resumen, aunque los cambios en los sistemas de salud han sido relativamente homogéneos en la región, pues la mayor parte de los países tienen modelos fragmentados hasta la actualidad, en que se ha aumentado la participación del sector privado en diferentes modalidades, en términos de SSR las trayectorias institucionales y legales son demasiado variadas entre países, aunque todas ellas parten de los mismos objetivos.

La gran mayoría de las reformas se han dado en el marco legal y normativo, con el objetivo de encontrar formas alternativas de aparcería y gestión público-privado. Al mismo tiempo el principal límite identificado en la mayoría de los países es la falta de recursos para el financiamiento del sistema, lo que confirma las preocupaciones analizadas al observar la participación del sector salud en el PIB de cada país.

Fleury (2001) identifica como tendencias comunes en las reformas de Chile, Brasil y Colombia la descentralización de la atención, la evolución hacia una red plural público-privado en que la burocracia del sector público pierde poder, y el desarrollo de una compleja red de relaciones y negociaciones entre financiadores y proveedores de servicios. Asimismo, la autora identifica tensiones entre los procesos de descentralización basados en “base de seguro” y “participación local” como forma de garantizar el acceso a los servicios. Y finalmente se plantea que las reformas del sector salud podrían ser una oportunidad para profundizar la democracia en la región, con la inclusión de los pobres como beneficiarios de estos sistemas, aumentando su capacidad de empoderamiento a través de su participación también en mecanismos decisorios.

Por otro lado, llama la atención que los estudios de caso no analicen estrategias de evaluación o mejora de la calidad de la atención, más allá de la cobertura, en países en que este es un punto débil en el área de la salud y particularmente de la salud sexual reproductiva. En especial para los grupos excluidos de los sistemas de salud, que son básicamente las personas pobres, desempleadas y de etnias indígenas, hace falta establecer lineamientos para garantizar su inclusión con servicios de calidad, lo que podría impactar rápidamente los indicadores más sensibles al acceso y calidad de la atención, como la mortalidad materna e infantil.

El financiamiento, la cobertura y la calidad parecen seguir siendo retos muy actuales para los sistemas de salud y para asegurar los servicios de salud sexual reproductiva en la región, particularmente a los grupos históricamente excluidos, pese a todos los esfuerzos y reformas implementados en las últimas tres décadas. Por tanto, es importante vincular las reformas y oferta de servicios de salud con las estrategias para la reducción de la pobreza.

4. VIH-SIDA¹³

Si bien en los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas para abordar la epidemia de SIDA, incluido un mayor acceso a los programas de tratamiento y prevención, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el número de defunciones causadas por el SIDA. Es así como a finales de 2006, casi 2 millones de personas viven con VIH, con 147,000 nuevas personas infectadas entre 2005 y 2006.

Situación de la epidemia en el Caribe y América Latina

a) El Caribe

En la región del Caribe, a finales de 2006, 250,000 personas vivían con el VIH, de las cuales la mitad son mujeres. En conjunto se estima que 27,000 personas se infectaron por el VIH en 2006, y el SIDA se cobró unas 19,000 vidas durante este año, lo que lo convierte en una de las principales causas de mortalidad entre los adultos (15-44 años). La región del Caribe continúa siendo la segunda más afectada del mundo tras el Africa Sub-sahariana, con una modalidad de epidemia generalizada, en la cual la prevalencia nacional del VIH en adultos es alta en toda la región: 1-2% en Barbados, Republica Dominicana y Jamaica, y 2-4% en las Bahamas, Haití, Trinidad y Tobago, a excepción de Cuba la que esta por debajo de 0.1%.

Las relaciones sexuales sin protección (mayormente heterosexuales) constituyen la principal vía de transmisión del VIH, las cuales ocurren en el contexto de desigualdades de genero, y están impulsadas por una prospera industria del sexo, que sirve a clientes tanto locales como extranjeros. Las relaciones sexuales entre varones, un fenómeno oculto en los entornos sociales generalmente homofóbicos, es un factor más pequeño pero importante, representando el 10% de los casos de VIH comunicados en el Caribe. Menos frecuente la vía de transmisión esta vinculada al consumo de drogas intravenosas, aunque es un factor de riesgo en las epidemias relativamente pequeñas de Bermuda y Puerto Rico.

¹³ Toda esta sección, hasta “Los retos frente a la epidemia” son de autoría de las asesoras Cecilia Maurente y Raquel Child, expertas en VIH-SIDA del EAT.

VIH - SIDA

El VIH-SIDA puede reducirse con políticas intersectoriales e innovadoras de prevención, promoción del uso de los condones, comportamientos saludables y participación de la población. Brasil es un modelo en materia de política integral y participativa con resultados en la reducción del VIH-SIDA.



Osiris González

En la región del Caribe, las respuestas de los países al SIDA varían considerablemente en cuanto a alcance e intensidad. Los niveles de infección por el VIH han disminuido en zonas urbanas de Haití, y en las Bahamas, mientras han permanecido estables en República Dominicana y Barbados. Asimismo el mayor acceso a tratamiento antirretroviral, especialmente en Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica, parece estar reduciendo la mortalidad por SIDA. Sin embargo, es necesario continuar con los esfuerzos que permitan el acceso universal a tratamiento, cuidado y prevención, dado que en conjunto en 2005, estaba recibiendo terapia antirretroviral, al menos una de cada cuatro personas que las necesitaban (23%).

b) América Latina

En América en 2006, se estima que 1,7 millones de personas vivían con el VIH, de las cuales un tercio son mujeres. Se estima que 140,000 personas se infectaron por el VIH en 2006, y el SIDA se cobro unas 65,000 vidas durante este año. Más de las tres cuartas partes de las personas infectadas con el VIH viven en los cuatro países más grandes de la región: Brasil, Argentina, Colombia y México. Sin embargo la prevalencia estimada del VIH es máxima en los países más pequeños, de América Central, donde en 2005 fue ligeramente inferior al 1% en El Salvador, Guatemala y Panamá; 1,5% en Honduras, y 2,5 % en Belice.

La transmisión del VIH se esta produciendo en el contexto de factores comunes a la mayoría de los países latinoamericanos: pobreza, migración generalizada, información insuficiente acerca de las tendencias de la epidemia fuera de las grandes zonas urbanas, y homofobia marcada. En América Central las epidemias son complejas y están creciendo, teniendo como principales factores de riesgo de infección por el VIH las relaciones sexuales sin protección entre varones y el comercio sexual. Hay indicios de una transmisión mas generalizada del virus, sobre todo a lo largo de las grandes rutas de transporte, y en ciertas zonas de la costa caribeña de la región. En Honduras, la epidemia parece esencialmente mas grave entre las minorías étnicas, en este caso la población garifuna (descendientes afrohondureños).

En los países de Sudamérica, la transmisión del VIH ocurre mayormente a través de relaciones sexuales sin protección entre varones, que representan hasta el 25-30% de los casos de SIDA comunicados en países como Argentina, Brasil, Bolivia y Perú. Otra vía de transmisión importante esta representada por los consumidores de drogas intravenosas, como se observa en Argentina, Uruguay y Brasil, aunque en este último se reporta una disminución, explicado por programas de control de daño, estimándose que actualmente de 200,000 usuarios de drogas intravenosas, las tres cuartas partes usa jeringas estériles.

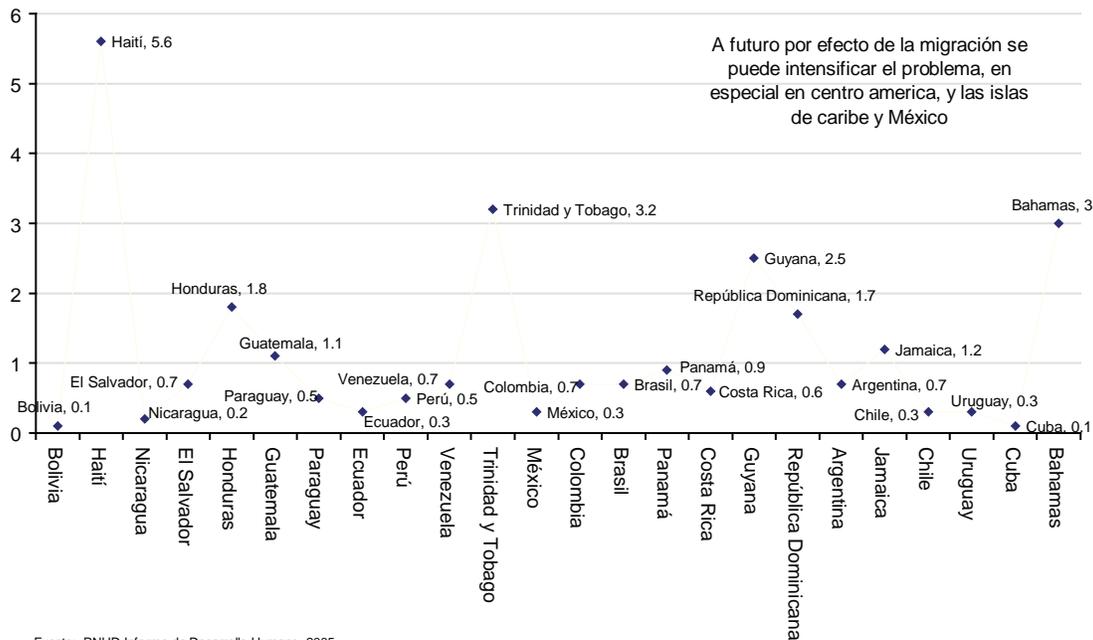
El acceso a terapia antirretroviral se ha expandido considerablemente en la región, siendo Brasil el que ha alcanzado logros excepcionales, ya que se provee de antirretrovirales a toda persona que lo necesite, a través del sistema publico de salud. El acceso a tratamiento es considerablemente alto en países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, los países mas pobres de América Central y la región andina del sur siguen esforzándose por ampliar el acceso al tratamiento y tratar de superar los obstáculos de accesibilidad financiera.

c) Estimaciones país por país

Los países de ALC con mayor número de casos nuevos de VIH-SIDA en el año 2003 fueron Haití, Trinidad y Tobago, Bahamas, Honduras, Jamaica, Guatemala y Panamá. Claramente el Caribe y América Central asumen los primeros lugares, siendo la región de mayor incidencia y riesgo.

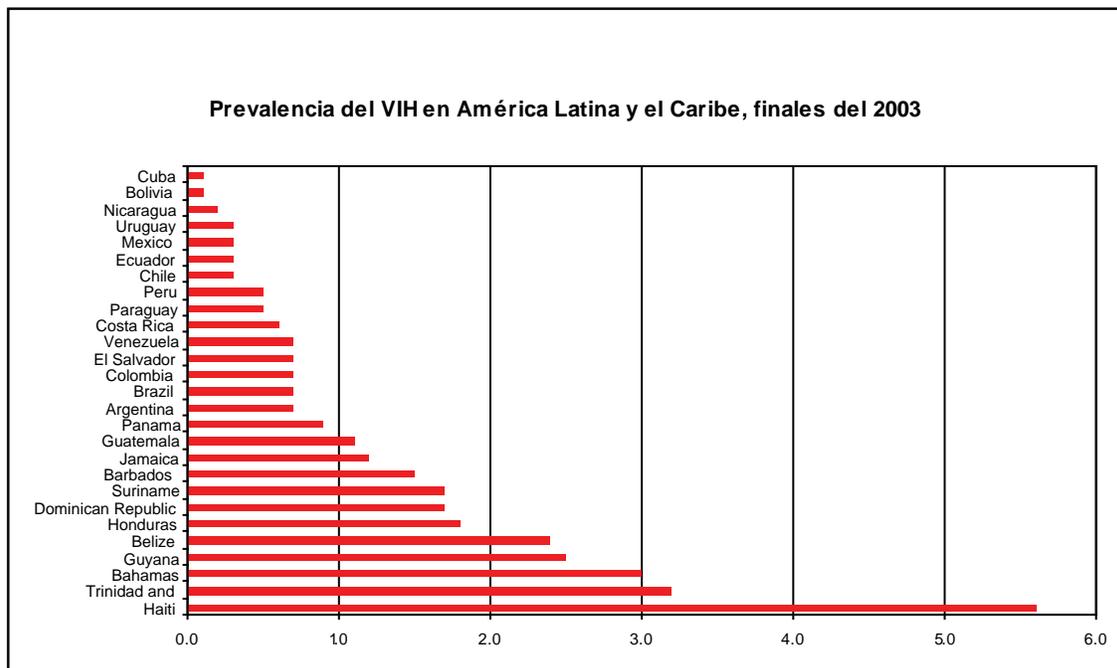
Enseguida se encuentran El Salvador, Venezuela, Colombia, Brasil y Argentina, con tasas similares, y luego Costa Rica, Perú y Paraguay. Los de menor incidencia son Ecuador, México, Chile, Nicaragua, Bolivia y Cuba.

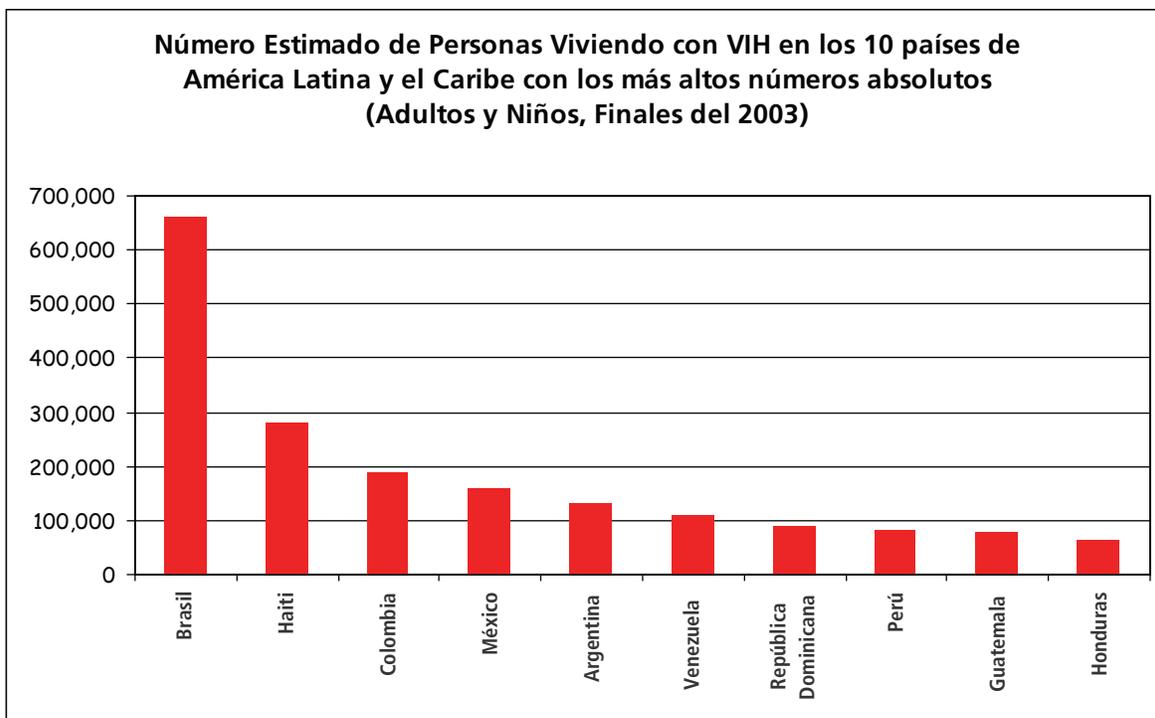
Incidencia de VIH/SIDA (% en el grupo 15-49 años, 2003)



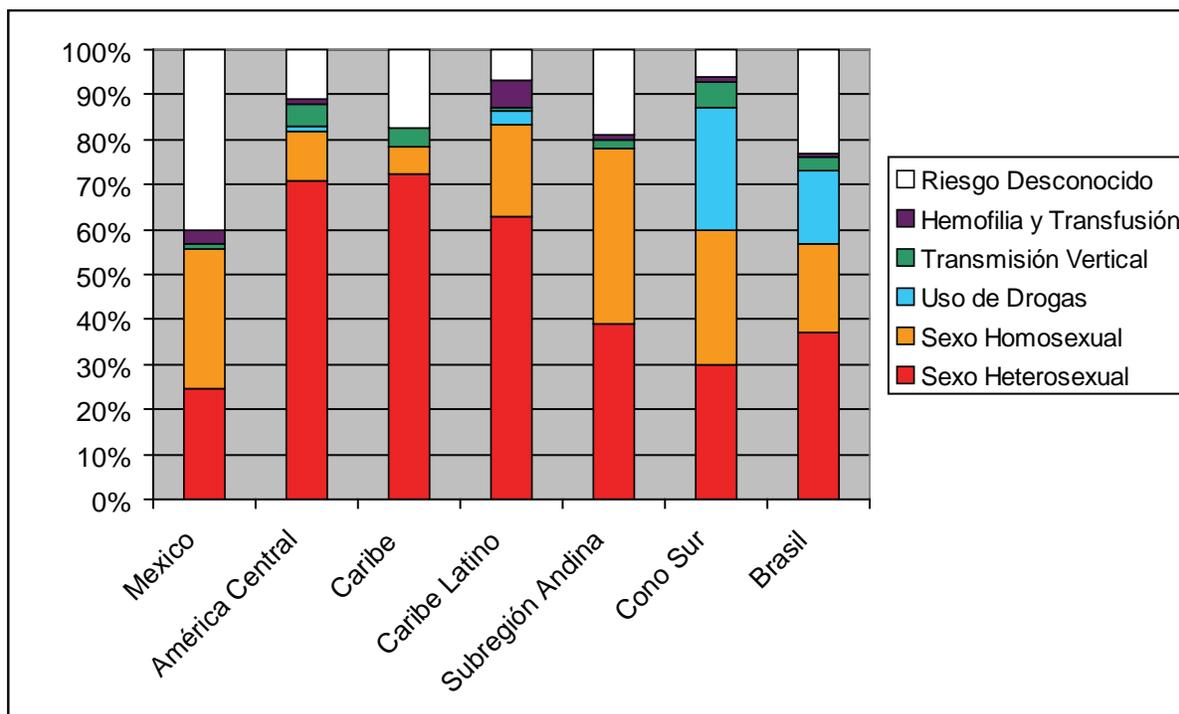
Fuente: PNUD Informe de Desarrollo Humano, 2005

Prevalencia del VIH en América Latina y el Caribe, finales del 2003





Modos de transmisión de VIH por subregión



Fuente: PAHO, Vigilancia de SIDA en las Américas, Reporte Anual 2005. Nota: El subregistro es más probable en las formas de transmisión más estigmatizadas: entre los hombres que tienen sexo con otros hombres y en el caso de usuarios de drogas inyectables el subregistro es más probable; y en la categoría de "formas no conocidas" hay un sobregistro.

Los retos frente a la epidemia persistente y la nueva epidemia

En el contexto antes presentado sobre la situación epidemiológica del VIH en la región, encontramos que América Latina y el Caribe se están experimentando dos tipos de epidemia, la "persistente" y una "nueva epidemia". La epidemia persistente, emerge en la década de los 80, caracterizándose por una prevalencia alta entre los grupos vulnerables. La nueva epidemia es mucho más reciente y muestra un incremento del VIH atravesando todas las poblaciones, con un evidente aumento en el número de mujeres infectadas por el VIH y el aumento de nuevas infecciones en población joven, lo que es altamente preocupante. Por otra parte estas dos modalidades de epidemia transcurren en la región más inequitativa del mundo, donde la diferencia en el ingreso es particularmente marcada, en especial para las mujeres, quienes tienen en general un menor acceso a la riqueza y el poder; y por otra parte, las poblaciones indígenas y afrodescendientes las cuales se encuentran social y económicamente marginalizadas, lo que hace que estos aspectos de la inequidad obstaculicen una respuesta más efectiva a la epidemia en la región.

En América Latina, la epidemia persistente se circunscribe a los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores (as) sexuales, y en el cono sur, a los usuarios (as) de drogas intravenosas. En el Caribe, además de estos grupos vulnerables, la epidemia se ha generalizado por más de dos décadas. Han existido respuestas directas hacia esta epidemia persistente, pero a la fecha no han sido suficientes para lograr el control de la misma, mientras que las condiciones sociales de estigma y discriminación, miedo, prejuicios, inequidades de género y pobreza han sido tierra fértil para la continua propagación del VIH.

La "nueva epidemia" se presenta en algunas partes de América Central, cruza el Caribe y toma algunas partes de Sudamérica. En estas áreas, el VIH ya no puede ser considerado una epidemia concentrada entre poblaciones de alto riesgo, pues está surgiendo donde el riesgo es generalizado para toda la población sexualmente activa. Un indicador clave de esta "nueva epidemia" es la creciente feminización, especialmente entre mujeres jóvenes, el cual es un signo que indica los cambios en los patrones de propagación de la epidemia.

En este marco, si bien los retos son múltiples, América Latina y el Caribe han demostrado fortalezas que son las bases para alcanzar una respuesta eficaz que podría

hacer de esta región del mundo la primera en alcanzar los compromisos internacionalmente acordados, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Cumbre 2005, y el Programa de Acción de Cairo. En la mayoría de los países de la región existe un compromiso político creciente y mayor coordinación entre los asociados a nivel de país; a su vez la movilización histórica de la sociedad civil, desde el inicio de la epidemia ha sido un referente a nivel de país y en el ámbito internacional; la cooperación Sur-Sur, la cual está bien establecida en la región y ha mostrado ser un medio efectivo para responder a las necesidades técnicas de la respuesta a la epidemia; y por otra parte los sistemas de salud, relativamente más organizados que en otras regiones del mundo, todo esto sin duda contribuye a que un número de países de la región sean pioneros en su compromiso de alcanzar el acceso universal a diagnóstico, tratamiento, cuidado.

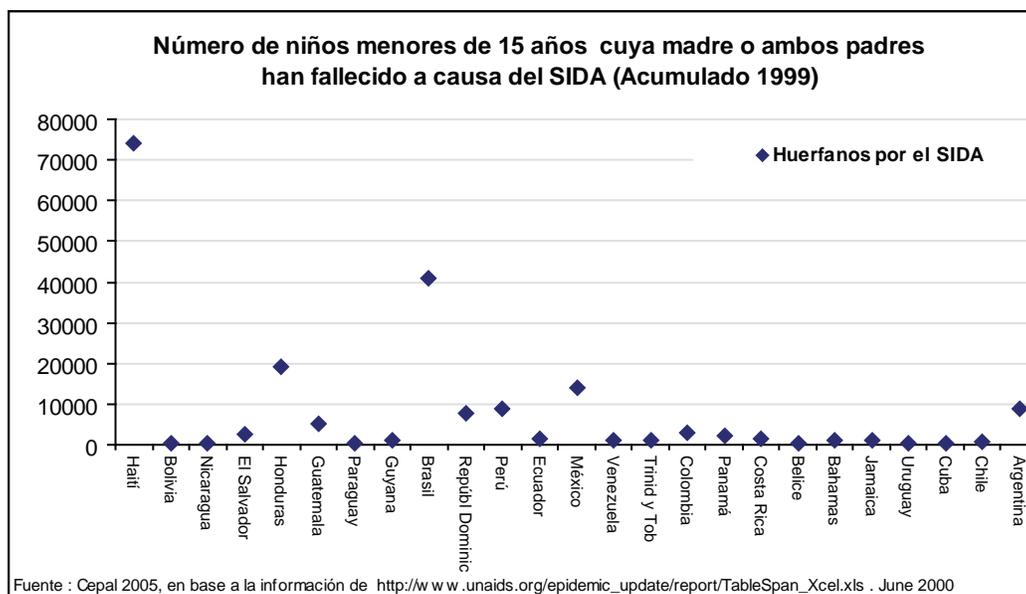
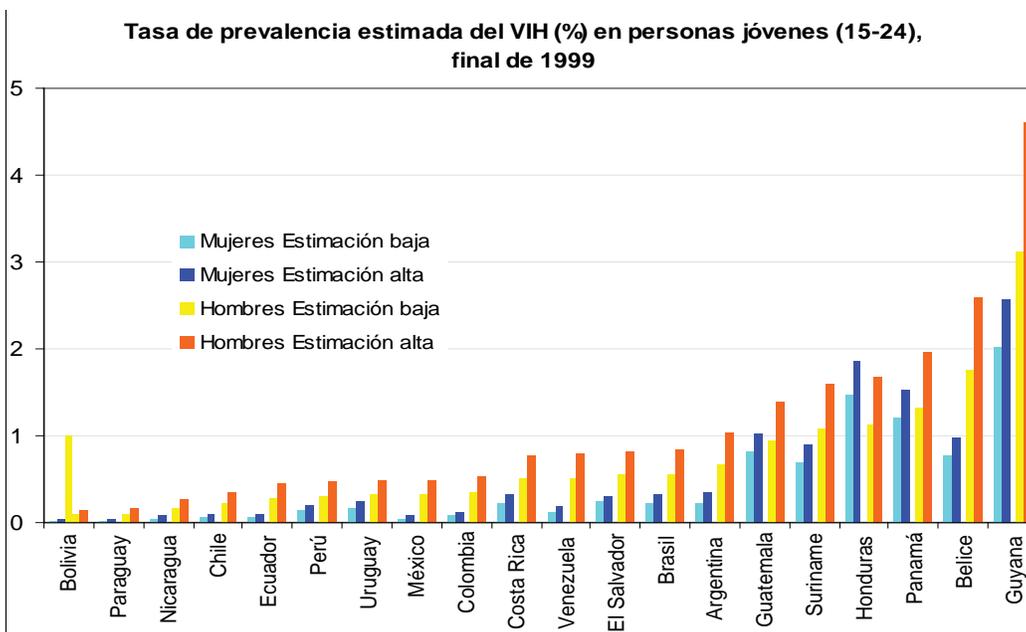
No obstante las respuestas nacionales frente al VIH aun no son suficientes. Los programas de prevención no están llegando a quienes corren riesgo máximo y la prevención es aun el componente más débil en las respuestas nacionales al VIH en toda la región; si bien la mayor parte de los países cuenta con políticas públicas y legislaciones que protegen los Derechos de la población en esta materia, su implementación ha sido limitada; siguen siendo insuficientes los esfuerzos por aumentar el conocimiento de los jóvenes sobre el SIDA, igual su acceso a servicios de prevención, incluido el tratamiento de ITS y suministro de condones; el estigma y la discriminación siguen siendo generalizados, y en especial para las mujeres viviendo con VIH, las cuales ven frecuentemente negados sus derechos, incluidos los derechos reproductivos; la respuesta al SIDA no está suficientemente fundamentada en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos.

Todos estos factores, orientan a que la respuesta al SIDA debe volverse mucho más estratégica y mejor coordinada, con una acción rápida para responder a las dos epidemias que enfrenta la región, fortaleciendo las adecuadas estrategias de prevención, garantizando el acceso a diagnóstico oportuno y a tratamiento, los cuales a la fecha, dependen fuertemente de la cooperación internacional; esto implica un riesgo de la sostenibilidad de las respuestas desarrolladas. Esta situación conduce a la necesidad de que el compromiso político de los gobiernos de la región se refleje en apropiadas políticas públicas de prevención y compromisos financieros que garanticen el acceso universal como ejercicio de los Derechos Humanos.

VIH-SIDA en jóvenes y huérfanos por SIDA

A su vez, el número de casos acumulados al final de 1999 entre adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años fue mayor para los hombres en todos los países, comparados con las mujeres. Los países del Caribe y América Central también asumen el frente, presentándose Belice, Panamá, Honduras, Suriname y Guatemala con el mayor número de jóvenes portadores del VIH.

Como resultado de la muerte de los padres por SIDA los niños huérfanos menores de 15 años de edad representan un grupo vulnerable que es de gran importancia numérica en Haití, Brasil, Honduras, México, Argentina, Perú, República Dominicana y Guatemala. Sin embargo, en todos los demás países también se encuentran huérfanos de padres que fallecieron por SIDA.



Jóvenes, pobreza y VIH-SIDA: tendencias internacionales

En la mayor parte de los países de ALC la epidemia del VIH-SIDA está dando un giro hacia una creciente incidencia entre los heterosexuales y las mujeres. Algunos de los comportamientos por detrás de este cambio son la iniciación sexual a edad cada vez más temprana, inclusive a los 13-15 años de edad, edades en que la educación sexual tiene menor cobertura y los jóvenes empiezan a participar de conductas sexuales que los ponen en riesgo de contraer la infección por el VIH, particularmente si no cuentan con la información necesaria para prevenirlo.

Por otro lado, las mujeres jóvenes, especialmente las pobres y las que pertenecen a minorías raciales o grupos étnicos, enfrentan un riesgo creciente de infección por el VIH a través del contacto heterosexual. En los EUA las mujeres jóvenes están expuestas al riesgo de transmisión del VIH por vía sexual por diferentes razones, entre las cuales están el no reconocer los factores de riesgo de sus parejas, la desigualdad en las relaciones, y el tener relaciones sexuales con hombres de más edad, con mayor probabilidad de que estén infectados por el VIH.

Por otro lado, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) jóvenes siguen estando expuestos al riesgo de infección por el VIH, pero sus factores de riesgo y los obstáculos que les dificultan la prevención son diferentes a los de las personas que quedan infectadas a través del contacto heterosexual. Por ejemplo, en los EUA un estudio realizado entre 5,589 HSH muestra que 55% de los hombres entre 15 y 22 años de edad no permitieron que otras personas se enteraran de que sentían atracción sexual por otros hombres. Los adolescentes y jóvenes MSM que no revelan su orientación sexual tienen menor probabilidad de que acepten hacerse la prueba del VIH y por lo tanto, si quedan infectados, hay menos probabilidad de que se enteren y puedan informar a sus parejas. Además, es probable que los MSM que quedan infectados transmitan el virus tanto a las mujeres como a los hombres, debido a que no revelan su orientación sexual y tienden a tener una o más parejas sexuales femeninas.

La presencia de una ETS también aumenta considerablemente la probabilidad de contraer o transmitir el VIH. Las tasas de ETS más altas se encuentran las que corresponden a los jóvenes, especialmente aquellos que pertenecen a minorías raciales y grupos étnicos.

Finalmente, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas aumenta la probabilidad de tener comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección, cuando están bajo la influencia de las drogas o el alcohol. Las personas sin hogar también están más expuestas a un alto riesgo de infección por el VIH si intercambian sexo por drogas o alcohol.

Según algunas investigaciones, una gran proporción de jóvenes no les preocupa la posibilidad de quedar infectados por el VIH y muchos no cuentan con la información necesaria o adecuada. La información sobre VIH-SIDA debe explicar a los jóvenes cómo hablar con sus padres u otras personas de confianza sobre la epidemia, sobre cómo reducir y eliminar factores de riesgo, cómo hablar con una pareja potencial sobre los factores de riesgo, dónde pueden realizarse las pruebas del VIH y cómo usar correctamente el condón.

La pobreza y los jóvenes que abandonan la escuela tienen mayor probabilidad de volverse sexualmente activos a una menor edad sin usar métodos anticonceptivos o protección, y por ello también están más expuestos a infectarse por el VIH.

Y en la actualidad ya existen adolescentes que contrajeron el VIH por vía perinatal y están enfrentándose a la necesidad de decidir si deben tener o no una vida sexualmente activa. Estos jóvenes necesitan servicios de consejería constante y educación para la prevención a fin de evitar transmitir el VIH.

Algunos estudios señalan que la comunicación entre padres e hijos acerca del sexo es un paso importante para ayudar a los adolescentes a retrasar la iniciación sexual y a que sean más responsables a la hora de tomar decisiones sobre sus conductas sexuales.

Las escuelas también son espacios centrales donde las acciones en educación sexual contribuyen de manera importante y llegan a los jóvenes antes de que éstos adopten conductas de alto riesgo.

Lecciones aprendidas: el caso de Brasil

Principalmente por el gran tamaño de su población, en Brasil vive 1 de cada 4 personas de América Latina portadoras del VIH. A principios de los años 90 se estimaba que la epidemia podría tener en Brasil los mismos efectos devastadores que tiene en África. Actualmente, las políticas de Brasil contra el SIDA articulan prevención y tratamiento y, debido a los resultados positivos, el país ha colaborado con más de 30 países en el diseño de políticas en esta área.

En lo que respecta a la prevención, Brasil promueve abiertamente y de forma activa las relaciones sexuales sin riesgo entre los grupos de alto riesgo y los expuestos a la infección, inclusive las trabajadoras sexuales y los adolescentes. Según el Ministerio de salud, 96% de los brasileños saben que los condones sirven para prevenir la propagación de las ETS; 25% de los brasileños utilizan condones en todas sus relaciones sexuales; y 67% lo usan en el contacto con un compañero sexual no habitual. Brasil también ha implementado programas de “reducción del daño” para usuarios de drogas, como el de suministro de agujas gratuitas y ofrece el diagnóstico gratuito, inclusive en campañas y espacios públicos, y de forma anónima.

En lo referente al tratamiento, los brasileños afectados por la pandemia tienen un derecho constitucional a los medicamentos antiretrovirales que se utilizan para el tratamiento del VIH y el SIDA, cuenten o no con recursos para ello. Desde 1996 se proporciona medicamentos antiretrovirales gratuitos, y en la actualidad el sistema de salud pública entrega medicamentos regularmente a 150.000 personas.

Como el tratamiento tiene un alto costo, los científicos brasileños reproducen la fórmula de antiretrovirales, y en la actualidad Brasil fabrica ocho de los 15 medicamentos para tratamiento del SIDA. Sin embargo, existen vacíos en las leyes de protección de la propiedad intelectual que amenazan al programa, pues muchos de estos medicamentos ya se encuentran patentados por otros países. Como alternativa, Brasil ha recurrido a disposiciones especiales para obligar la expedición de licencias y seguir produciendo medicamentos en los laboratorios del gobierno. Para evitar esa situación las empresas farmacéuticas han acordado vender a Brasil grandes cantidades de antiretrovirales a descuentos que oscilan entre 45% y 70%. Como resultado, el costo del tratamiento por paciente se redujo de \$3,810 en 1996 a \$1,591 en 2003.

Asimismo, el gobierno calcula que la prevención y el tratamiento en las etapas tempranas de la infección han ahorrado al país más de \$2.200 millones en costos de hospitalización desde que se inició la crisis.

Las políticas brasileñas respecto al SIDA han cambiado como resultado de diversas presiones sociales, y su evolución no ha sido producto ni del gobierno, ni de ningún partido político. La política nacional se basa exitosamente en la cooperación entre el gobierno y el sector civil. Las ONG fueron claves en la promulgación de las leyes que hicieron obligatorio someter las donaciones de sangre a pruebas de VIH y en una serie de programas innovadores; forman parte del Consejo Nacional del SIDA, son contratadas para proporcionar asistencia técnica a otros receptores de fondos gubernamentales en la materia, para diseñar, dar seguimiento y evaluar actividades relativas a nuevos proyectos sobre el SIDA. También participan en acciones directas de prevención. Por ejemplo, en la semana del carnaval voluntarios de casi 2 mil ONGs distribuyen más de 10 millones de condones entregados por el ministerio de salud, además de los 20 millones que son entregados mensualmente.

Como resultado de una política innovadora y que combina prevención, tratamiento y articulación con la sociedad civil, se ha logrado paliar la epidemia. Al principio de los años 90 el Banco Mundial calculaba que en el año 2000 Brasil tendría 1,2 millones de personas con VIH; pero ONUSIDA estima que a finales de 2001 la población con VIH/SIDA era de 630 mil; y en 2003 la cifra creció menos de 1%.

A pesar de estos esfuerzos, el número de brasileños con VIH sigue en aumento. En 2003 se registraron más de 32.000 casos nuevos de SIDA, número muy superior a los 18.000 casos nuevos registrados 10 años antes. La incidencia ha crecido en las regiones menos desarrolladas y grupos de menor educación. En la región sudeste, más desarrollada, no se observa aumento de casos nuevos. Aun así el ministerio de salud reconoce que persiste la subnotificación.

La prevalencia del VIH entre hombres disminuyó de 26 casos por 100 mil habitantes en 1998, a 23 en 2003, principalmente entre HSH y usuarios de drogas; pero aumentó entre hombres heterosexuales y entre las mujeres, particularmente de la raza negra.

Para enfrentar los retos futuros, en 2007 los ministerios de educación y salud están llevando a cabo conjuntamente un proyecto de salud en las escuelas, para la prevención

de VIH-SIDA y ETS, sustituyendo la tradicional distribución de condones en los servicios de salud por la distribución en las escuelas. El nuevo proyecto combina componentes preventivo, pedagógico y de desarrollo de tecnología para jóvenes, pues se instalarán en las escuelas máquinas distribuidoras de condones, similares a las de bebidas gaseosas, acompañadas de proyectos de educación sexual y reproductiva.

En una primera fase, al regreso a clases, se abre un concurso en las escuelas técnicas de educación media superior, para el desarrollo de un proyecto de educación sexual vinculado al diseño de un prototipo de máquinas distribuidoras de condones que acepten moneda nacional. Se espera que, juntos, el proyecto educativo y las máquinas distribuidoras, generen una nueva cultura de salud sexual y reproductiva en el país. El equipo de jóvenes vencedor recibirá el premio nacional de innovación tecnológica para la prevención del VIH, SIDA y ETS, y el proyecto y la producción de las máquinas serán llevados a cabo por ambos ministerios aun en 2007. Las escuelas que adopten el proyecto pedagógico de salud sexual y reproductiva adquirirán la máquina distribuidora de condones para sus estudiantes.

En Rio de Janeiro, vendedores de supermercados y farmacias cercanas a escuelas fueron entrevistados, y declaran que muchos jóvenes llegan en pequeños grupos, después de la clase, para comprar condones, avergonzados. Mientras dos o tres fingen que están buscando medicinas y observan las vitrinas, uno pide los condones y rápidamente los guarda en el bolsillo, y todos se van rápido, no esperan por el cambio. Mientras las jóvenes van por lo general con su pareja y eligen los modelos abiertamente, no sienten tanta vergüenza.

Los vendedores perciben que el mayor problema de los jóvenes es la timidez, y creen que las máquinas les apoyarán para superar esta barrera y aumentará el consumo del producto, sin competir con la venta en las tiendas. Estudios del ministerio de la salud confirman que muchos jóvenes no adquieren condones por timidez.

El objetivo del proyecto es popularizar el uso de los preservativos, familiarizar los adolescentes con su uso, facilitar el acceso y al mismo tiempo ofrecer educación en salud sexual y reproductiva, apoyándolos en la superación de las barreras culturales que limitan el uso del condón.

Lecciones aprendidas con la utilización de los ASP nacionales y regional:

1. Venezuela: El análisis regional muestra que Venezuela es uno de los tres países de ALC (junto con República Dominicana y Nicaragua) que presenta las más altas tasas de fecundidad adolescente y también las más altas proporciones de nacimientos a los 15-19 años de edad de la mujer. Aunque el CCA indica que la asistencia a escuela secundaria y media superior es insuficiente, el análisis regional añade que Venezuela tiene un rezago más importante en asistencia en estos niveles escolares que otros países del mismo nivel de desarrollo, así como presenta altas tasas de desempleo de jóvenes. Por tanto, al comparar con el panorama de la región, Venezuela destaca por una tríada de problemas para la juventud: altos abandono de la escuela secundaria, embarazo adolescente y desempleo. Esta situación revela la urgencia de desarrollar programas integrales de inclusión de los jóvenes que combinen acciones sinérgicas en la escuela (aumentar la asistencia y calidad de la educación), en el mercado laboral (aumentar la oferta de empleo) y particularmente en la prevención y atención en salud sexual y reproductiva (reducir el embarazo adolescente).

El CCA y el ASP regional coinciden en que Venezuela tiene una de las más altas tasas de crecimiento y concentración de población urbana en la región. El panorama del ASP ALC añade que, a pesar de la gran predominación urbana, Venezuela es uno de los países más rezagados en infraestructura sanitaria en la región. La pobreza en áreas urbanas es un hecho creciente en la región, y representa la oportunidad de articular políticas combinadas para la reducción de la pobreza y extensión de infraestructura urbana de agua y servicios sanitarios, con un menor costo que si hubiera que extenderlos a áreas rurales lejanas, como es el caso de la mayoría de los países de ALC. Por otro lado, la población pobre concentrada en áreas urbanas tiene más alta fecundidad y un rápido ritmo de crecimiento, pero también está más cercana a los servicios de educación y salud, una gran oportunidad que permite planear e implementar acciones de ordenación territorial para controlar el crecimiento de la pobreza y marginación urbanas, integrando acciones de extensión de infraestructura, reducción de la pobreza y de salud sexual y reproductiva, concentrando los esfuerzos en los barrios pobres y peri-urbanos.

El ASP ALC también revela que la cobertura de la inmunización por sarampión en niños de 12 a 23 meses de edad es todavía muy baja en Venezuela (85%), comparada

con la mayoría de los demás países de la región, que en 2004 ya habían sobrepasado el 90%. Las acciones en la materia también son mucho más económicas y efectivas para aplicar en un país con predominación de población urbana.

Comparada con la región, Venezuela tiene un sistema de pensiones con muy baja cobertura (sólo cubre a 10% de las personas mayores de 60 años, y 60% de ellos no tiene ningún tipo de ingreso). El ASP ALC indica que un país en la etapa avanzada de la transición demográfica debería contar desde ahora con un sistema de apoyos para los adultos mayores que viven en pobreza.

El CCA registra que 80% de la población femenina mayor de 60 años con bajos recursos no tiene ningún tipo de protección. El ASP regional añade que en toda la región las adultas mayores presentan esta desventaja, tanto debido a que nunca han trabajado como a que algunas de ellas interrumpieron sus trayectorias laborales en el mercado de trabajo.

El panorama de ALC aclara que Venezuela se ubica entre los países con menor desigualdad de la región, desmistificando la idea nacional de que "Las disparidades por ingreso en Venezuela superan a otros países de la región."

Respecto a la disponibilidad de información, el ASP ALC revela que los organismos internacionales no cuentan con información actualizada sobre gasto público en educación y salud para Venezuela (la información más reciente de Venezuela en el informe de UNDP de 2005 se refiere a 1990), lo que permite a todo el sistema de UN sugerir compromisos de gobierno para la entrega de información actualizada, particularmente porque la información de 1990 muestra que el país tenía una de las más bajas inversiones en estos rubros, comparado con otros países de la región.

2. México: La comparación con los demás países de ALC muestra que México tiene el 2º PIB per capita de la región y un gasto mediano en educación, pero la distribución de este gasto no coincide con las necesidades poblacionales. Del total de las inversiones en educación, 50% se dirige a la educación primaria, 30% a secundaria y 20% a media superior. Sin embargo, el CCA y el ASP ALC muestran claramente que las proporciones de niños van en descenso, mientras el bono demográfico de jóvenes seguirá siendo creciente en la próxima década. El CCA indica claramente que hay que hacer enormes esfuerzos para que los jóvenes que todavía se encuentran en la escuela asistan y terminen

estos dos últimos niveles, y que hay que mejorar la calidad de la educación. El ASP regional aclara que estos esfuerzos dependen de aumentos en el presupuesto educativo, particularmente para la educación media y media-superior. La disminución de niños y aumento de jóvenes plantea la necesidad de políticas específicas para la formación, actualización y reubicación de docentes; para la terminación de grados escolares, actualización y capacitación para el trabajo para gran parte del bono demográfico del país que ya abandonó la escuela y ya presenta rezagos educativos importantes.

El ASP ALC también indica que México está entre los países de ALC con los más bajos niveles de inversión en salud. El CCA muestra los resultados de este hecho: un sistema fragmentado de salud con resultados todavía insatisfactorios, por ejemplo, el poco avance en la reducción de la mortalidad materna. La recomendación del sistema de UN para la reducción de la mortalidad materna incluye y pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia, pero ésta no es una realidad para las poblaciones rurales e indígenas del país, en gran parte por la falta de acceso a los servicios de atención secundaria y terciaria. Por tanto, un necesario aumento presupuestal en salud debería enfocarse particularmente a una mayor cobertura rural e indígena.

De acuerdo con estos resultados, se espera que, con los comentarios y contribuciones de los asesores del EAT y de las oficinas de país, el ASP LAC se transforme en un instrumento de referencia y útil para avanzar en diagnósticos nacionales a la luz del panorama regional, así como para contribuir a la integración entre el mandato del UNFPA y los temas y políticas de población y desarrollo en la región.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Celia y Arilla, Margareth. (2004). Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: tendencias e interrelaciones. Una revisión. UNFPA.
- Alméras, D.; Bravo, R.; Milosavljevic, V.; Montaña, S.; Nieves-Rico, M. (2002). Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. Serie Mujer y Desarrollo 40. Santiago de Chile: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo.
- Arriagada, I.; Godoy, L. (1999). Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa. Serie Políticas Sociales 32. Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social.
- Beltrao, Kaizo y Sonoe Sugahara. 2006. "The Impact of different Social Security Legislations on Family Income". Social Development and Family Changes. Cristina Gomes (Coord.) Cambridge Scholars Press. Newcastle.
- BID. (2005) Alianzas Sociales en América Latina. Ed. Ma. Teresa Barajas. Washington.
- Bongaarts, John y Bulatao, Rodolfo A. (1999) – Completing the demographic transition. Population and Development Review. Vol. 25. N. 3.
- Briceño-León, R. (2002). "La nueva violencia urbana de América Latina". Violencia, sociedad y justicia en América Latina. R. Briceño-León (comp.). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Camacho, Rosalía y Martínez Franzoni, Juliana. 2006. "Género, políticas conciliatorias y presupuesto público: una aproximación al caso de América Latina y el Caribe". En: Luis Mora, María José Moreno y Tania Rohrer (editores). Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: una mirada desde el género. UNFPA / GTZ.
- Casalet, Mónica y González Leonel (2005), "La maquila de exportación en Chihuahua: hacia la construcción de un entorno institucional diverso y complejo" México
- Castells, Manuel y Portes A. (1989): "World Underneath" The Origins, Dynamics and Effects of the Informal Economy, en The Informal Economy: Studies in advanced and less developed countries, Johns Hopkins University, Baltimore 1989.
- CELADE. Boletín demográfico N° 62, Julio 1998. United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision
- CEPAL/ CELADE Boletín Demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050
- CEPAL. Base de datos macroeconómicos. 2006.
- CEPAL - Unidad Mujer y Desarrollo. Base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los distintos países, entre 1994 y 2002
- Chant, Sylvia (1999). 'Informal Sector Activity in the Third World City.' In Applied Geography: An Introduction to Useful Research in Physical, Environmental and Human Geography. Edited by Pacione, M. Routledge, 1999, pp. 509-527.
- Chesnais, Jean-Claude (1986) – La Transición Démographique. INED/PUF. Cahier Travaux et Documents, n.113. Paris.
- _____ (1990) – Demographic Transition Patterns and their impact on the age structure. Population and Development Review. Vol. 16 n.2 241-272.

Coale, A. y S. Watkins (1986) - The decline of fertility in Europe, Princeton University Press, Princeton.

Corona, Rodolfo y Tuirán, Rodolfo (2001), El tamaño de la población indígena en México. En La población de México en el nuevo siglo. CONAPO

Del Rey, Alberto. (2006). The family implications by the 1992 Agrarian Reform. The new intergenerational relationship framework of the ejidal families in Veracruz, México. Social Development and Families Changes. Gomes (Coord.). Cambridge Scholars Press. Newcastle.

De Soto, Hernando, (2000): "El Misterio del Capital", ED. Norma, Lima Perú.

-----, (2006): "El Sector informal en México", El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada. Cristina Gomes y Giovanna Valenti N. (Coord.) Porrúa, IBERGOP, FLACSO – México, Presidencia de la República, México

Del Rey, Alberto (2006): Las implicaciones familiares de la Reforma Agraria de 1992. El nuevo marco de relaciones intergeneracionales en las familias ejidales en Veracruz, México. Social Development and Family Changes. Cristina Gomes (Ed.) Cambridge Scholars Press.

Faria, Vilmar y Barros Silva, P.L. (1983) - Transformaciones estructurales, políticas sociales y dinámica demográfica: Discusión de un caso, Brasil 1950/80 (en) Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. UNAM/El Colegio de México/ PISPAL.

Gray, Diane (1999). 1st Mies Van Der Rohe Award for Latin American Architecture. Fundación Mies Van Der Rohe y Actar Editores. Barcelona.

Gomes, Cristina, (2001). Dinámica demográfica, familia e instituciones. Un estudio comparativo- Brasil y México, con énfasis en la situación de la tercera edad. Tesis de doctorado. El Colegio de México.

----- (2006). Social Development and Family Changes. Cambridge Scholars Press. Newcastle.

----- (2006). Mercado Laboral en México y América Latina: informalidad, precariedad y empleo. El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada. Gomes y Valenti (Coord.) Ibergop, Flacso-México, Porrúa, Presidencia de la República de México. Vol. VI. México.

Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006. Equidad y Desarrollo. BID. Washington. 2005

Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, IBGE (2004). Resultados de la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios.

Kantis, Hugo (2006) El reto de la empresarialidad y la pobreza moderada en América Latina. El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada, Cristina Gomes y Giovanna Valenti N. (Coord.) Porrúa, IBERGOP, FLACSO – México, Presidencia de la República, 2006, México

Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO.

Lastra, Maria Aysa (2005). Labor Assimilation of Internally Displaced Persons: A Case Study of Bogotá, Colombia, Eastern Sociological Society Meeting, March 19 2005, Washington DC

----- (2005) Forced Migration Effects on Gender and Household Composition: A Case Study of the Internally Displaced Persons to Bogotá, Colombia, Eastern Sociological Society Meeting, March 18 2005, Washington DC

Levaggi, Virgilio, (2006): "Innovaciones recientes en políticas y programas laborales en países de América Latina" El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada, Cristina Gomes y Giovanna Valenti N. (Coord.) Porrúa, IBERGOP, FLACSO – México, Presidencia de la República, 2006, México

Livi-Bacci (1990) - Historia Mínima de la Población Mundial. Ariel. Barcelona.

Livi-Bacci (1992) - Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina (mimeo)

Londoño, J.L.; Frenk, J. 1995. Structured pluralism: towards a new model for health systems reform in Latin America. World Bank, Washington, DC, USA. 40 pp.

Lusting, Nora y Szekely Miguel (1997): "México: evolución económica, pobreza y desigualdad" Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C. 1997.

MacInnes, John y Julio Pérez. The Reproductive Revolution. Social Development and Family Changes. Gomes (Coord.) Cambridge Scholars Press. Newcastle.

McIntosh, C. Alison (1986) – Recent pronatalist policies in Western Europe. Population and Development Review.Vol.12. Supp. 318-334.

Maloney, William (2006). La informalidad en América Latina. El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada. Gomes, Cristina y Giovanna Valenti N. Ibergop, Flacso-México, Porrúa, Presidencia de la República de México. Vol. VI. México.

Marteletto, Leticia y Cristina Gomes. Immigration to the United States – The Southern Cone. In "Encyclopedia of Immigration. Vol 3, part III.2. New York. M.E.Sharpe. 2001

Martine, George (2000). Household agriculture and regional development. Household agriculture and regional development. FAO.

Menjívar, Cecilia (2000). Fragmented Ties. Salvadoran Immigrant Networks in America, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, CA,

Mesa-Lago, Carmelo (2000). La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones. Nueva Sociedad Separatas

Molina, Gerardo Carlos; Nuñez del Arco, José. Health Services In America Latina and Asia. Johns Hopkins University Press for the Inter-American Development Bank. Washington D.C. 2001. 298 pp.

Mora, Luis; Moreno Ruíz, María José; Tania Rohrer. Cohesión Social, Políticas conciliatorias y presupuesto público. Una mirada desde el género. Fondo de población de las Naciones Unidas. Cooperación Técnica Alemana. Octubre 2005. 301 pp.

Mummert, Gail, (1999). Fronteras Fragmentadas. Zamora. El Colegio de Michoacán. CIDEM.

OIT, basado en Mesa Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio (1998) y actualizado para Chile con datos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2001).

ORC Macro, 2006. Measure DHS

Partida, Virgilio (2006). La Situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población. México.

Notestein, Frank W. (1945) - "Population - the long view" en T. W. Shultz (ed.), Food for the World, The University of Chicago Press, 1945, pp. 36-57.

Oun, Ida; Pardo Trujillo, Gloria. (2005) Maternity at Work A review of national legislation. Findings from the ILO'S Conditions of work and Employment Database. ILO.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision.

PAHO, Vigilancia de SIDA en las Américas, Annual Report 2005

PNUMA: El cambio climático en América Latina y el Caribe. PNUMA. SEMARNAT. 2006

Portes Alejandro, (1995), "En torno a la Informalidad: Ensayos sobre teoría y medición de la economía no regulada", FLACSO México.

-----, Manuel Castells y Lauren Benton, (1989). The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

-----, y Benton Lauren (1987): "Desarrollo industrial y absorción laboral: una reinterpretación," en Estudios Sociológicos El Colegio de México, Vol. 5, N. 13, de abril

Rofman, Rafael. 2005. "Social Security Coverage in Latin America". Social Protection Discussion Paper Series #0523. The World Bank, Washington DC 2005.

Savedoff, William; Spiller, Pablo. (2000) Agua perdida: Compromisos institucionales para el suministro de servicios públicos sanitarios. BID Washington.

Sen, Amartya. 2000. Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta. Barcelona.

Sojo, Eduardo y Villareal, Roberto. Políticas públicas para la promoción de la ocupación productiva y el incremento de la formalidad de los moderadamente pobres: la agenda mexicana. En (Gomes, Cristina y Giovanna Valenti N.) El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada. Ibergop, Flacso-México, Porrúa, Presidencia de la República de México. Vol. VI. México.

Torres, M. (2004). "Violencia contra las mujeres y derechos humanos: aspectos teóricos y jurídicos". Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. M. Torres (comp.). México: El Colegio de México.

Treguear, T.; Carro, C. (1991). Niñas Madres: Recuento de una experiencia. San José, Costa Rica: La Fundación Promoción, Capacitación y Acción Alternativa (PROCAL).

Tuirán, Rodolfo (1997) - Family-related life-course patterns in México: a long-term perspective. Tesis de Doctorado. University of Texas at Austin'. Austin.

----- (2002). Migración, Remesas y Desarrollo. En La Situación Demográfica de México. CONAPO.

United Nations. (2006). World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, p. 1. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs

United Nations (2002). International Migration Report. New York.

United Nations (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General. United Nations General Assembly.

UNCHS (2003). Programa de Gestión Urbana.

UNHCR. 2005 Global Refugee Trends, 2006

UNDP. (2004) La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos.

UNDP (2004 y 2005) Informe de Desarrollo Humano

UNIFEM (2007). A life free of violence is our right! UN Trust Fund to End Violence Against Women. 10 Years of Investment. New York: UNIFEM.

UNFPA (2007). Estado de la Población Mundial.

Valenti, G., Heros M. y Murillo S (2006). "El papel de la educación formal y de la capacitación para el trabajo en la superación de la pobreza moderada". En Cristina Gomes y Giovanna Valenti (Coord.) "El Reto de la Informalidad y la Pobreza Moderada", Porrúa, IBERGOP, FLACSO – México, Presidencia de la República, 2006, México

Villa, Miguel y Jorge Martínez Pizarro. 2002. Rasgos sociodemográficos y económicos de la migración internacional en ALC. En Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe. Edición n. 65. SELA. Caracas.

Waters, H; Hyder, A; Rajkotia, Y; Basu, S; Rehwinkel, J.A.; Butchart, A. (2004). The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, WHO.

World Bank (2006). World Development Report 2006: Equity and Development

World Health Organization (WHO) (2005). Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO.

Zavala de Cosío, M.E. (1992) - Cambios de la fecundidad en México y políticas de población. El Colegio de México y FCE. México.

Autora

Cristina Gomes
Asesora Regional en Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe

Colaboradores

Raquel Child
Asesora Regional en VIH-SIDA para América Latina y el Caribe

Cecilia Maurente
Especialista de Programas para América Latina y el Caribe

Juan Manuel Contreras
Experto en Masculinidades y Violencia de Género

Revisión y recolección de datos

Nelson Flores Vaquiro
Mirthala Adriana Figueroa León
Lourdes Rocío Herrera

Agradecimientos

Se agradecen los comentarios de Maricela Padrón, Martha Moyano, Esteban Caballero, Ana Guezmes, Beatriz Castellanos, Juan Manuel Contreras, Jorge Rodríguez y Maricarmen Villasmil.

Se agradece a Trygves Olfarnes por compartir la gran mayoría de las fotos incluidas en esta publicación y a María Larrinaga por apoyar en la selección de las fotos y en la presentación de los mensajes.

Diseño Gráfico

Andrea Gutiérrez Aldana
Jorge Nava Olivares

Fotografía

Jorge Nava Olivares
Osiris González Mundo



Oficina Regional para América Latina y Caribe
Ave. Morse, Edificio 102, Clayton
Ciudad del Saber
Panamá, Panamá
www.unfpa.org