

Capítulo III

La educación como eje del desarrollo humano¹

Objetivo	Meta	Indicadores
2. Lograr la enseñanza primaria universal	3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años

A. Introducción

En los objetivos de desarrollo del Milenio se incluyen, de modo expreso, aspectos vinculados a garantizar el derecho de las personas a la educación. Esto obedece su carácter de derecho humano, cuyo respeto es parte ineludible de toda concepción de desarrollo.

En el artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se señala que:

1. *Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.*

¹ El presente capítulo ha sido preparado por la Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe, con la colaboración del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

2. *La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos (...)*
3. *Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.²*

Entender la educación como un derecho le otorga un estatuto que reclama progresar hacia su exigibilidad jurídica para todos los ciudadanos en los ámbitos internacional y nacional.³ Del mismo modo, la integra al contexto de otros derechos sociales como el derecho a la salud y al trabajo decente, que se interconectan y potencian entre sí. Por consiguiente, el interés por evaluar la educación en la región está orientado a proporcionar información que permita a los gobiernos y a otros agentes sociales adoptar las medidas tendientes a garantizar este derecho de modo universal. Esto exige disponer de la capacidad para identificar a los sectores de la población que se encuentran excluidos de su goce.

Además de ser un derecho vinculado al desarrollo pleno de las personas, la educación incide decisivamente en las oportunidades y la calidad de vida de los individuos, las familias y las colectividades. El efecto de la educación en la mejora de los niveles de ingreso, la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia (en relación con la fecundidad y la participación en la actividad económica de sus miembros, entre otros), la promoción de valores democráticos, la convivencia civilizada y la actividad autónoma y responsable de las personas ha sido ampliamente demostrado.⁴

La garantía de un aprendizaje vinculado a la formación de la identidad de las personas y de su capacidad para convivir, hacer, emprender y aprender de modo continuo, debe ser el pilar fundamental de una concepción integral de la educación para el siglo XXI (UNESCO, 1996).

La educación cumple un papel clave en la distribución de las oportunidades de bienestar, en particular en sociedades como la latinoamericana y caribeña, caracterizada, como se indica en el capítulo I, por grandes desigualdades sociales.⁵

Por ende, en diversas instancias a escala internacional se han establecido objetivos básicos al respecto. Así, el Proyecto Principal de Educación para América Latina y el Caribe, que abarcó dos décadas (1980-2000), incluía entre sus metas alcanzar la escolarización primaria universal.⁶

Asimismo, en 1990, en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos se planteó la necesidad de garantizar la escolarización primaria universal en el marco de una “visión ampliada”, según la cual la educación constituye un conjunto complejo de acciones orientadas a satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de las personas (Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, 1990).

En el año 2000, en el Foro Mundial sobre la Educación celebrado en Dakar, se evaluó el progreso en relación con las metas establecidas en 1990 y se estableció un marco de acción que incluye, entre otros objetivos, velar por que todos los niños tengan acceso a una educación primaria de buena calidad y la concluyan. Durante el período preparatorio del Foro se acordó un marco de

² El texto completo se encuentra en <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.

³ A esto se suma la existencia de compromisos internacionales contraídos en virtud de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos (Jomtien, 1990), el Foro Mundial sobre la Educación (Dakar, 2000) y la Convención sobre los Derechos del Niño (en particular sus artículos 28, 29 y 31), entre otros instrumentos.

⁴ Al respecto véase CEPAL (1997 y 2000b) y McMahon (2000), o una revisión comprensiva en Muñoz Izquierdo (2003). Nótese también que la educación de las personas no solo es el resultado de los sistemas educativos formales sino de una interacción amplia de factores y de agentes, de ahí que deba ser vista también como una responsabilidad colectiva.

⁵ Estos temas han sido objeto también de reflexión dentro del sistema de las Naciones Unidas a escala regional. Véase por ejemplo CEPAL/UNESCO (1992).

⁶ Para mayor información véase <http://www.unesco.cl/esp/prelac/historia/1.act?menu=/esp/>.

acción regional.⁷ En el 2002 se identificaron focos estratégicos orientados a promover el logro de estos objetivos y los Ministros de Educación aprobaron un nuevo Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC) para el período 2002-2017.⁸

De lo anterior se desprende que la incorporación de la meta vinculada a la conclusión universal de la educación primaria a los objetivos de desarrollo del Milenio obedece a un proceso sostenido de logro de consensos y establecimiento de prioridades a escala regional e internacional. Este proceso estuvo dirigido a garantizar el derecho universal a la educación, pasando de su declaración a su exigibilidad.

La educación primaria completa se concibe como un mínimo que todos los países han de garantizar a sus niños y niñas, independientemente de que en cada uno se identifiquen necesidades y desafíos propios.

Por último cabe destacar que, no obstante la difundida tendencia a considerar que la educación primaria universal es un objetivo ya alcanzado en América Latina y el Caribe, aún existen importantes desafíos en relación con el cumplimiento del derecho universal a una educación primaria de calidad. Está documentada la existencia, por una parte, de importantes falencias de calidad y, por otra, de grandes rezagos, estrechamente vinculados a desigualdades sociales, que influyen en gran medida en las probabilidades que tienen los niños y niñas de concluir la educación primaria. De allí que garantizar su conclusión de modo universal requiere identificar a los sectores de la población más desfavorecidos en este ámbito y diseñar políticas de equidad acordes. Ello supone un compromiso social que permita la adopción de medidas en el ámbito local y una mejor identificación de los excluidos, para diseñar programas que respondan a sus circunstancias particulares.

En el presente capítulo se describe la situación regional y el progreso en términos del acceso a la educación primaria y la conclusión de dicho nivel educativo, prestando particular atención a las brechas de equidad relacionadas con este último aspecto. Además, se incluye información sobre los logros de aprendizaje y se destacan los desafíos adicionales que debe enfrentar la región en materia de educación preescolar y secundaria. En último término, se reflexiona acerca de lo que se debe entender por calidad de la educación y se esbozan los lineamientos generales de política correspondientes.

B. La situación regional

A continuación se examina el segundo objetivo de desarrollo del Milenio, lograr la educación primaria universal, sobre la base de dos de los indicadores propuestos para su seguimiento —la tasa neta de matrícula en la educación primaria y el porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto (tasa de supervivencia al quinto grado)— y se entrega una perspectiva de los logros alcanzados por los países de la región a comienzos de la presente década. Sin embargo, como se indica más adelante, el examen del avance y las posibilidades de cumplir la meta para el año 2015 se basa en un indicador complementario que da cuenta, de manera directa, del porcentaje de niños y niñas que logran completar el nivel primario. Este indicador se calcula sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares, disponibles para 18 países de la región. Su principal ventaja es que hace posible el análisis de las desigualdades en materia de educación (según género, estrato socioeconómico, zona geográfica y origen étnico), lo que no siempre se logra utilizando indicadores basados en información de los registros administrativos (tasa neta de matrícula y tasa de supervivencia al quinto grado).

⁷ El marco de acción global y los marcos regionales pueden consultarse en UNESCO (2000).

⁸ Para mayor información véase <http://www.unesco.cl/esp/prelac/index.act>.

1. El acceso a la educación primaria

Garantizar que todos los niños y niñas puedan concluir un ciclo completo de educación primaria supone, en primer lugar, que tengan acceso a este. Por tal razón, el primer indicador que se considera es la tasa neta de matrícula en la educación primaria.⁹

El promedio (simple) regional de este indicador equivale al 93% en el 2002. La mayoría de los países registraban, a comienzos de la presente década, niveles de acceso relativamente altos. De hecho, en prácticamente todos los países y territorios considerados, por lo menos el 80% de los niños en edad de estar matriculados en la educación primaria lo están. Además, en 25 de ellos (12 de América Latina y 13 del Caribe) la tasa neta de matrícula supera el 90%. Cabe destacar que la región presentó un avance importante en la década pasada, toda vez que hacia 1990 dicha tasa era del 86%. El ritmo del progreso ha superado al mundial, que era del 82% en 1990 y del 84% en el 2000.¹⁰

Recuadro III.1

QUÉ SE ENTIENDE POR EDUCACIÓN PRIMARIA

En el segundo objetivo de desarrollo del Milenio se establece como meta que los niños y niñas de todo el mundo puedan concluir la educación primaria. Sin embargo, en la nomenclatura vigente en muchos países de la región no existe un nivel educativo que reciba ese nombre y, cuando existe, no es necesariamente equivalente en términos de propósitos y objetivos de aprendizaje.

Con el fin de establecer comparaciones entre países es preciso considerar realidades equivalentes. Para estos efectos, la UNESCO ha desarrollado la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), de la que se usa actualmente la revisión de 1997. Cada país ha adaptado su estructura educativa nacional a esta clasificación a efectos del reporte internacional de datos al Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

La CINE 97 contempla los siguientes 7 niveles educativos. 0: educación preescolar (para niños de al menos 3 años de edad, organizada en centros educativos); 1: educación primaria (primer nivel usualmente obligatorio, destinado a “proporcionar a los alumnos una sólida educación básica en lectura, escritura y aritmética, junto con conocimientos elementales en otras asignaturas como historia, geografía, ciencias naturales, ciencias sociales, arte y música.”); 2: primer ciclo de la educación secundaria (inicio de la educación especializada, usualmente último nivel de la escolarización obligatoria); 3: segundo ciclo de educación secundaria; 4: educación postsecundaria no terciaria; 5: primer ciclo de la educación terciaria; y 6: segundo ciclo de la educación terciaria (doctorados).

De acuerdo con lo anterior, toda mención en este capítulo a “educación primaria” corresponde al nivel 1 de la CINE 97, mientras que las referencias a la educación preescolar y secundaria remiten a los niveles 0 y 2+3 de la CINE 97, respectivamente.

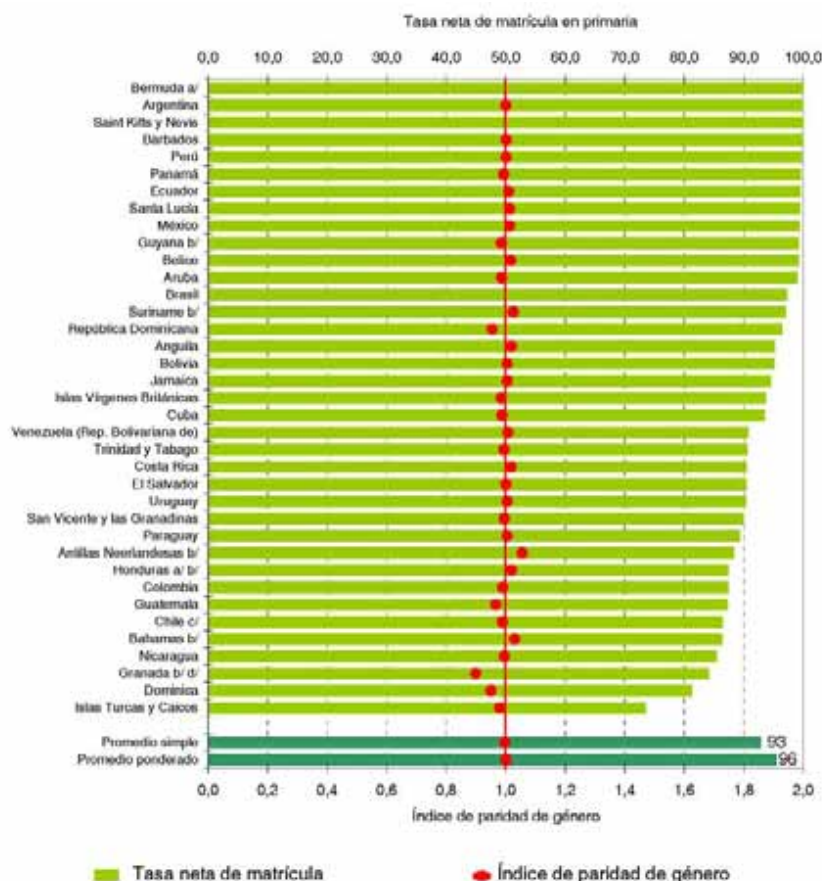
Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) 1997* [en línea] <http://www.uis.unesco.org>.

⁹ Esta tasa da cuenta de la proporción de personas en edad de estar matriculadas en la educación primaria que efectivamente se encuentra en dicha condición. El indicador se calcula como el cociente entre los escolares del rango de edades correspondiente a la educación primaria de cada país y la población total de este rango de edades. El indicador no se ve afectado por situaciones de extraedad (matrícula en un grado inferior o superior al oficialmente establecido para la edad) en tanto esta se dé dentro del mismo nivel educativo. Sin embargo, problemas de registro y relativos a los períodos de referencia para el cálculo de las edades pueden derivar en algunas distorsiones. Tal es el caso de Chile y Uruguay, entre otros países, que presentan valores del indicador menores a los previsible, dados los niveles de conclusión que figuran más adelante. Del mismo modo, problemas de inconsistencia entre los datos de matrícula (que en algunos casos puede estar sobreestimada) y de población (proyecciones que pueden estar subestimadas) dan origen a algunas limitaciones que hay que considerar.

¹⁰ Véase UNESCO (2004a). Nótese, sin embargo, que esta comparación debe ser particularmente cuidadosa dado que el esquema de clasificación (CINE) aplicado en cada caso no es equivalente.

Según el índice de paridad entre los sexos (véase el gráfico III.1), los agregados nacionales no revelan marcadas diferencias en lo que respecta al acceso a la enseñanza primaria en América Latina y el Caribe, aunque es desfavorable a las niñas en Dominica y ligeramente desfavorable a los niños en Guatemala, Islas Turcas y Caicos y República Dominicana.

Gráfico III.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (37 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA NETA DE MATRÍCULA EN EDUCACIÓN PRIMARIA E ÍNDICE DE PARIDAD ENTRE LOS SEXOS, AÑO ESCOLAR INICIADO EN EL 2002
(En porcentajes y proporciones)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), Base de datos [en línea] www.uis.unesco.org.

Nota: Los puntos rojos (escala en el eje secundario) representan los valores del índice de paridad entre los sexos. Este corresponde al cociente entre la tasa neta de matrícula femenina y la masculina. Su valor es inferior a uno si la tasa femenina es menor a la masculina y superior a uno en el caso contrario.

^a Año 2001.

^b Estimación del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

^c En el caso de Chile la tasa neta de matrícula primaria es alrededor de 10 puntos porcentuales menor, por cuanto en la cohorte considerada en su cálculo se incluye a todos los niños de 6 años, aunque, en virtud de las normas vigentes, la mayoría de los niños cumple los 7 años mientras cursa el primer grado.

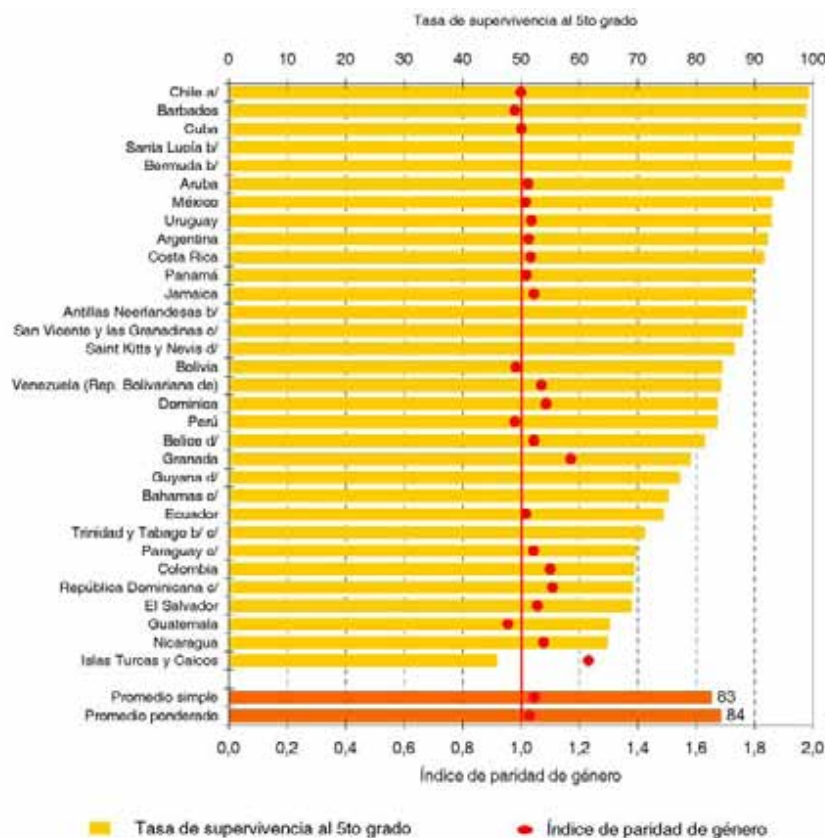
^d Año 2000.

2. El progreso en el nivel primario

El segundo indicador de seguimiento de este objetivo corresponde a la tasa de supervivencia al quinto grado.¹¹ Esta mide la proporción de miembros de una cohorte de entrantes al primer grado que logrará matricularse en el quinto grado, dados algunos supuestos que permiten reconstruir el flujo de esa cohorte.

En primer lugar, cabe destacar que las tasas de supervivencia al quinto grado son significativamente más bajas que las tasas de acceso. De hecho, solo 10 países y territorios de los 32 considerados registran una supervivencia al quinto grado superior al 90% (véase el gráfico III.2). En gran medida, ello responde a tasas de repetición relativamente elevadas en los primeros años de la educación primaria que, en muchos países de la región, se traduce luego en deserción escolar.

Gráfico III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (32 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA DE SUPERVIVENCIA AL QUINTO GRADO E ÍNDICE DE PARIDAD ENTRE LOS SEXOS, CON RELACIÓN AL FLUJO ENTRE LOS AÑOS ESCOLARES INICIADOS EN EL 2000 Y EL 2001
(En porcentajes y proporciones)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), base de datos [en línea] www.uis.unesco.org.

Nota: Los puntos rojos (escala en el eje secundario) representan los valores en el índice de paridad entre los sexos. Este corresponde al cociente entre la tasa neta de matrícula femenina y la masculina. Su valor es inferior a uno si la tasa femenina es menor que la masculina y superior a uno en el caso contrario. Cabe notar que en el informe nacional de Nicaragua se señala que este índice bordea el valor de 0,99 en el año 2001.

^a Año 2002. ^b Año 2000. ^c Estimación del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). ^d Año 1999.

¹¹ La tasa de supervivencia es un indicador que da cuenta de la proporción de estudiantes que ingresaron al sistema educativo que alcanzaron un grado dado en su vida escolar. Este indicador es parte de un conjunto de indicadores cuyo propósito es dar cuenta del flujo y la eficiencia escolar sobre la base de modelos de cohortes reconstruidas. Dados los supuestos de estos modelos, en la región estas tasas suelen subestimar la supervivencia y, por lo mismo, es necesario destacar su carácter indicativo.

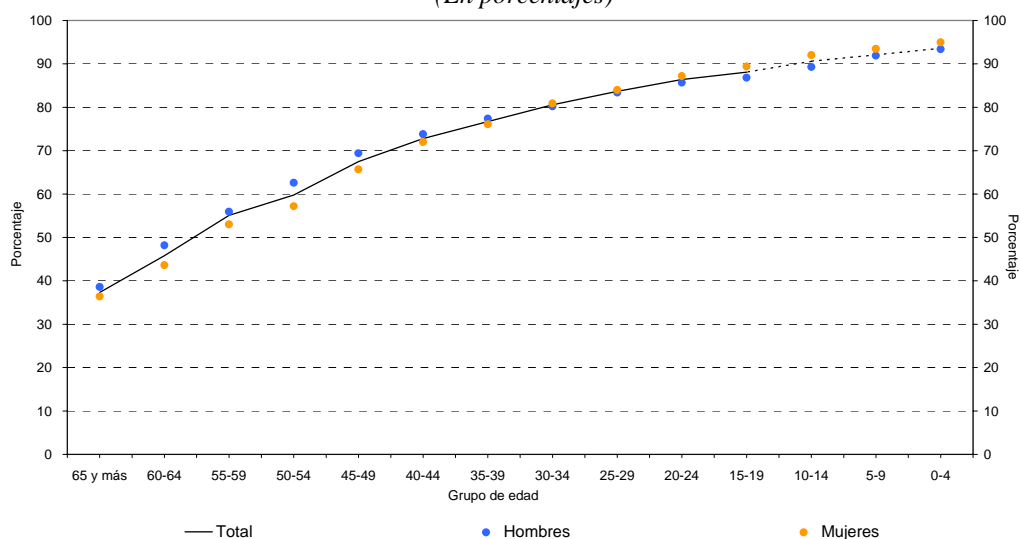
En segundo lugar, las diferencias entre los sexos son mayores y, por lo general, muestran una menor supervivencia de los niños en comparación con las niñas, sobre todo en Colombia, Dominica, El Salvador, Granada, Islas Turcas y Caicos, Nicaragua, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela; solo en Barbados, Guatemala y Perú se registra una tasa de supervivencia al quinto grado algo menor de las niñas.

3. La conclusión de la educación primaria: situación actual y proyección para el año 2015

Los dos indicadores examinados permiten una primera aproximación a la situación regional en lo relativo a la conclusión de los estudios primarios. Sin embargo, a efectos de conocer esta situación con mayor detalle es preciso utilizar información que permita, por una parte, medir de modo directo la conclusión del nivel educativo y, por otra, dar cuenta de los grupos poblacionales en los que se concentra el rezago. Esto resulta necesario para diseñar políticas educativas efectivas, que consideren las características específicas de la población a la que se dirigen.

En un estudio reciente se propone una metodología y se presenta información acerca de los niveles nacionales de conclusión de la educación primaria de la población de 15 y más años de edad, desagregada según varios criterios, lo que permite examinar las desigualdades que existen en la región.¹² Este procedimiento también permite estimar, a partir de tabulaciones especiales de encuestas de hogares, la probabilidad de conclusión de la educación primaria para la población de menos de 15 años de edad en 18 países de América Latina y, por ende, proyectar la tasa de conclusión para el año 2015 (véase el gráfico III.3).¹³

Gráfico III.3
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS QUE HAN LOGRADO CULMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA SEGÚN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, TOTAL NACIONAL, ALREDEDOR DEL 2002^a
(En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

^a Promedio ponderado de los países. Los datos para los menores de 15 años son proyecciones.

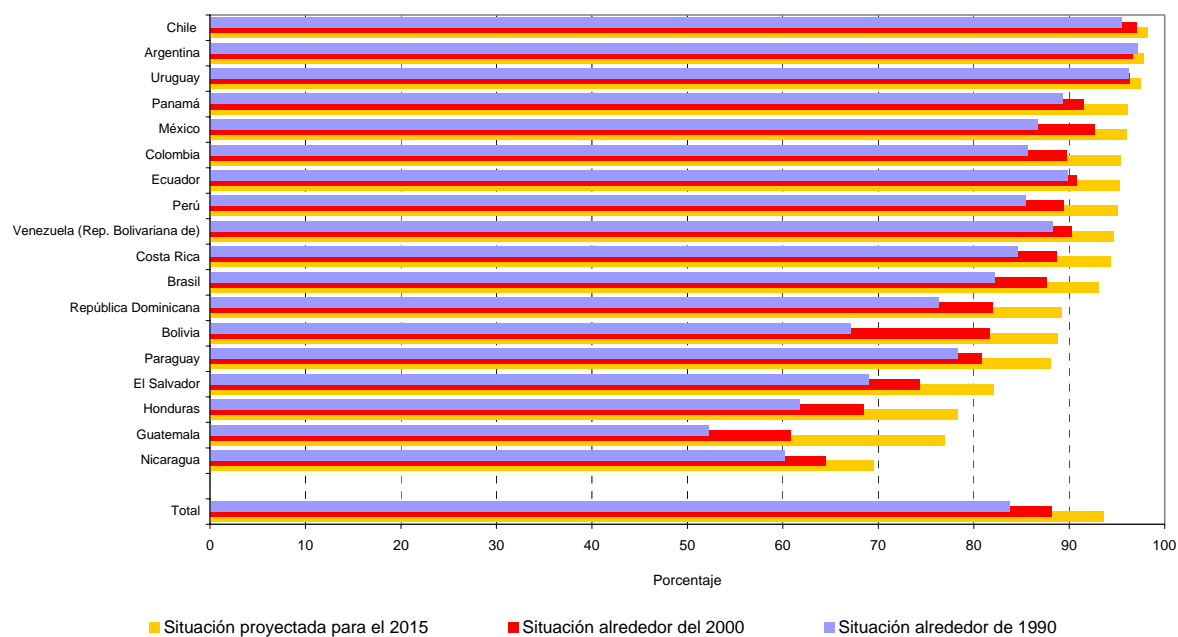
¹² El estudio fue realizado por la UNESCO con la cooperación de la CEPAL y la participación del PNUD, el UNFPA, el BID y el Banco Mundial, en el marco de un acuerdo interinstitucional convocado por el PNUD. El detalle de los procedimientos seguidos puede consultarse en la guía para el lector y en la nota metodológica de UNESCO (2004b).

¹³ La lista de países objeto de este análisis aparece en el cuadro III.1.

Del estudio citado se desprende que, en el 2002, solo un 88,1% (promedio ponderado) de la población de 15 a 19 años en los 18 países analizados había culminado la educación primaria.¹⁴ Al comienzo de la presente década, cerca de 92 millones de latinoamericanos de 15 y más años de edad (alrededor de un 25%) no habían terminado este nivel educativo. Esto representa, sin duda, uno de los escollos principales para cumplir otros objetivos de desarrollo del Milenio, sobre todo el que se refiere a la reducción de la pobreza extrema.

Sobre la base de los antecedentes que se presentan en el gráfico III.4 resulta posible calcular la proporción de niños y niñas que, dada la tendencia, lograría completar la educación primaria para el año 2015, esto es 93,6%, lo que significa que algo más del 6% no lo haría.¹⁵

Gráfico III.4
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS QUE HAN LOGRADO CULMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA SEGÚN PAÍSES, ALREDEDOR DE 1990 Y DEL 2000 Y PROYECCIÓN AL 2015
(En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

¹⁴ La lista de países objeto de este análisis aparece en el cuadro III.1.

¹⁵ Las cifras desagregadas por sexo pueden consultarse en el cuadro III.1.

Más preocupante aún es que en 7 de los 18 países analizados más del 10% de los niños no lograría completar el nivel primario para el año 2015. Cabe destacar que El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua presentan muy elevados niveles de extrema pobreza y entre casi un quinto y un tercio de los niños y niñas de este grupo de países probablemente no completarán dicho nivel.

De acuerdo con la misma proyección, en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay, al menos el 95% de los niños que hoy tienen menos de 5 años concluirían la primaria para el año 2015.¹⁶ Se trata de los países que se encuentran más próximos al logro de la meta; de todas maneras, se deberán realizar esfuerzos a fin de identificar los hogares cuyos niños no lo conseguirían.

Este primer resultado indica que, de no realizarse un esfuerzo por ampliar el acceso y la permanencia en el sistema educativo, numerosos países no lograrían el objetivo de universalización de la conclusión de la educación primaria. Como se desprende del gráfico III.3, el progreso se hace cada vez más difícil a medida que se avanza hacia la meta, ya que supone atender a segmentos de la población que presentan rasgos de marginación. Esta obedece a su ubicación territorial (en zonas apartadas y de difícil acceso) o a la pertenencia de los niños y niñas a estratos sociales que enfrentan dificultades mucho mayores para progresar en el nivel, lo que se traduce en elevadas tasas de deserción y repetición. En consecuencia, las políticas tendientes a la universalización no solo deben identificar a esos segmentos sino también adoptar estrategias especiales para garantizar su acceso al sistema educativo y retenerlos en este. Por su notable sinergia con otros objetivos de desarrollo del Milenio, cabe destacar la necesidad de poner en práctica programas de alimentación escolar, toda vez que los problemas nutricionales constituyen uno de los escollos principales para que los niños de menores ingresos logren un rendimiento acorde con las exigencias de los programas educativos.

Un segundo aspecto guarda relación con las diferencias entre niños y niñas. En todos los países salvo en Bolivia, Guatemala y Perú, no solo se logró la paridad entre los géneros, sino que las niñas presentan una tasa de conclusión de la educación primaria que supera a la de los niños (véase el gráfico III.3 y el cuadro III.1).¹⁷ Dado que en la región ya se hizo realidad este aspecto central del segundo objetivo de desarrollo del Milenio, hay que evitar que se produzcan disparidades en contra de los niños. El mayor logro educativo de las mujeres se da también en el nivel secundario y, en varios países, en el terciario. Sin embargo, como se ve en el siguiente capítulo, esto no se traduce en menores tasas de desocupación, mejor inserción laboral y retribuciones más altas en los empleos.

¹⁶ En Argentina y Uruguay la información corresponde solo a las áreas urbanas.

¹⁷ En el gráfico III.3 se sugiere que esa paridad se habría logrado en promedio en la región hace alrededor de dos décadas. Sin embargo, como se puede apreciar en el cuadro III.1, esto sucedió bastante antes en los países en los que el acceso a la educación primaria se amplió antes (como Argentina, Colombia, Chile, Panamá y Uruguay); mientras que en Ecuador y México, entre otros, la paridad se habría logrado muy recientemente.

Cuadro III.1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS QUE COMPLETARON LA EDUCACIÓN
PRIMARIA, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)

		Grupo etario													
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y más
Argentina 2002 ^a	Ambos sexos	97,8	97,4	97,0	96,6	97,5	97,1	95,9	94,0	92,5	89,9	85,6	82,7	81,0	73,7
	Hombres	97,0	96,6	96,2	95,8	96,8	96,7	95,0	94,6	91,6	89,0	85,6	82,1	83,4	76,9
	Mujeres	98,6	98,2	97,8	97,4	98,1	97,6	96,8	93,4	93,3	90,6	85,5	83,2	78,9	71,6
Bolivia 2002	Ambos sexos	88,8	86,3	83,9	81,6	77,0	67,1	61,8	56,7	50,4	46,9	39,8	33,4	31,4	19,4
	Hombres	89,8	87,2	84,8	82,4	81,8	71,2	71,0	66,8	61,4	56,2	46,6	44,3	38,7	24,3
	Mujeres	87,9	85,4	83,1	80,7	72,6	63,4	53,5	47,9	40,8	37,3	32,6	22,1	24,4	15,3
Brasil 2001	Ambos sexos	93,1	91,6	90,1	87,6	85,6	82,2	79,2	76,3	74,0	68,6	60,6	53,8	45,9	36,8
	Hombres	91,8	90,3	87,8	85,3	83,0	80,0	77,0	74,5	73,2	68,5	62,0	54,9	48,2	37,4
	Mujeres	95,5	94,0	92,5	89,9	88,1	84,2	81,1	78,0	74,7	68,7	59,3	52,8	43,9	36,2
Chile 2000	Ambos sexos	98,2	97,8	97,4	97,0	96,0	95,5	92,0	90,1	87,7	82,9	74,4	69,8	61,6	53,4
	Hombres	97,8	97,4	97,0	96,6	95,8	94,9	91,3	89,7	87,4	84,2	75,4	71,9	63,0	55,0
	Mujeres	98,7	98,2	97,8	97,4	96,2	96,1	92,5	90,4	88,0	81,7	73,5	67,6	60,5	52,3
Colombia 2002	Ambos sexos	95,4	93,8	92,3	89,7	88,4	85,6	82,1	78,8	75,4	68,7	63,0	56,3	48,4	42,7
	Hombres	93,5	92,0	90,5	88,0	87,0	84,2	81,6	77,6	73,8	69,7	64,1	56,3	49,7	43,6
	Mujeres	96,0	94,5	93,0	91,5	89,6	86,9	82,5	79,8	76,9	67,9	62,0	56,4	47,2	42,0
Costa Rica 2002	Ambos sexos	94,3	92,8	91,3	88,7	87,2	84,6	86,1	85,9	87,1	79,3	73,1	61,1	52,4	35,7
	Hombres	93,9	92,4	89,8	87,3	86,5	84,8	84,3	85,9	86,9	81,1	75,9	64,5	56,6	37,2
	Mujeres	94,8	93,3	91,8	90,3	87,9	84,4	87,9	85,9	87,4	77,6	70,4	58,1	48,6	34,4
Ecuador 2001	Ambos sexos	95,3	93,8	92,3	90,8	90,8	89,8	87,6	82,6	78,8	71,5	66,6	57,9	50,1	41,2
	Hombres	94,6	93,1	91,6	90,1	91,3	90,1	88,8	85,2	82,4	74,5	71,2	61,1	53,3	42,2
	Mujeres	96,0	94,5	92,9	91,4	90,4	89,5	86,6	80,1	75,5	68,6	62,0	54,5	46,9	40,2
El Salvador 2001	Ambos sexos	82,1	79,4	77,1	74,3	72,8	69,0	62,3	57,4	54,2	46,1	40,4	35,4	28,0	19,4
	Hombres	76,5	75,5	75,3	73,6	74,8	70,5	66,3	61,9	58,5	53,6	50,4	40,6	33,9	21,3
	Mujeres	87,6	83,2	78,9	75,0	71,0	67,8	59,0	53,9	50,9	40,4	31,9	30,9	23,2	18,0
Guatemala 2000/2001	Ambos sexos	76,9	71,1	65,6	60,8	55,9	52,2	41,2	38,4	36,9	28,8	25,6	20,4	15,4	11,7
	Hombres	72,4	69,8	66,9	64,8	61,5	60,7	48,5	44,0	47,0	31,1	32,5	21,2	18,9	11,2
	Mujeres	84,2	74,1	65,3	57,2	50,8	44,0	34,2	33,7	27,8	26,6	19,5	19,7	12,0	12,0
Honduras 2002	Ambos sexos	78,3	74,8	72,0	68,4	66,7	61,7	59,5	51,5	45,9	40,9	32,4	26,8	21,5	13,9
	Hombres	70,7	68,5	66,8	64,3	63,4	59,7	57,6	49,8	45,6	43,7	34,6	28,0	23,2	14,5
	Mujeres	86,8	81,7	77,5	72,5	69,6	63,4	61,1	52,8	46,2	38,5	30,3	25,7	20,0	13,4

Cuadro III.1 (conclusión)

		Grupo etario													
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y más
México 2002	Ambos sexos	96,0	95,6	94,1	92,6	89,7	86,7	84,0	78,0	69,3	64,1	53,5	45,9	37,1	27,8
	Hombres	95,7	95,3	93,7	92,2	90,5	88,3	84,5	81,7	71,6	70,4	57,5	48,4	39,3	30,5
	Mujeres	96,4	96,0	94,5	93,0	88,9	85,3	83,6	74,7	67,4	58,1	50,1	43,7	34,9	25,4
Nicaragua 2001	Ambos sexos	69,5	67,8	66,1	64,5	62,5	60,2	55,2	50,9	46,0	39,4	28,7	23,7	22,7	14,5
	Hombres	63,8	62,0	60,3	58,6	59,8	57,7	53,1	53,3	50,8	34,6	35,8	22,7	28,3	12,3
	Mujeres	77,1	74,9	72,8	70,8	65,1	62,7	57,0	48,8	41,7	43,4	22,1	24,5	16,7	16,3
Panamá 2002	Ambos sexos	96,1	94,5	93,0	91,5	89,8	89,3	88,9	88,2	86,4	82,5	74,4	70,8	61,1	50,5
	Hombres	95,5	93,9	92,4	90,9	90,3	88,8	88,9	87,9	86,6	82,5	75,3	69,8	60,6	49,9
	Mujeres	95,6	95,3	93,7	92,2	89,3	89,7	88,9	88,5	86,2	82,6	73,6	71,9	61,7	51,1
Paraguay 2000	Ambos sexos	88,0	85,5	83,1	80,8	80,7	78,3	72,8	69,1	59,5	56,9	47,7	42,4	36,4	22,7
	Hombres	84,3	81,9	79,7	77,4	79,7	79,8	73,8	71,3	61,1	60,0	48,9	48,9	37,2	25,6
	Mujeres	92,2	89,7	87,2	84,7	81,6	76,9	71,9	67,0	58,2	53,7	46,3	36,6	35,8	20,2
Perú 2001	Ambos sexos	95,0	93,5	92,0	89,4	88,6	85,4	77,6	66,7	61,9	52,5	44,0	35,6	28,0	22,4
	Hombres	95,5	94,0	92,5	91,0	91,9	90,0	82,7	72,9	69,5	59,8	54,8	45,0	34,5	27,5
	Mujeres	93,3	91,8	90,3	87,8	85,3	81,3	73,0	61,2	54,8	45,7	34,0	27,2	22,0	17,4
República Dominicana 2002	Ambos sexos	89,2	86,7	84,3	81,9	81,0	76,3	76,2	71,6	63,6	56,9	47,8	35,1	34,3	23,1
	Hombres	84,5	82,1	79,8	77,6	77,7	73,0	71,6	70,0	63,6	55,8	52,5	37,9	37,9	24,5
	Mujeres	93,3	91,8	89,2	86,7	84,6	79,4	80,2	73,2	63,6	57,9	43,2	32,8	30,9	21,9
Uruguay 2002 ^a	Ambos sexos	97,5	97,1	96,7	96,3	97,1	96,2	95,8	94,6	94,2	90,9	86,2	84,0	76,4	64,1
	Hombres	96,8	96,4	96,0	95,6	96,5	95,6	95,4	94,7	93,6	89,7	85,1	84,3	75,8	63,9
	Mujeres	98,3	97,8	97,4	97,0	97,6	96,9	96,2	94,5	94,8	91,9	87,3	83,7	76,9	64,2
Venezuela (República Bolivariana de) 2002	Ambos sexos	94,7	93,2	91,7	90,2	90,0	88,3	87,1	85,1	82,4	78,4	73,7	64,6	56,8	38,7
	Hombres	93,3	91,8	90,3	87,8	87,6	86,0	85,5	83,6	82,0	78,1	75,4	67,5	60,3	43,6
	Mujeres	96,2	95,8	94,2	92,7	92,3	90,6	88,7	86,6	82,8	78,8	72,0	61,9	53,5	34,7
América Latina ^b	Ambos sexos	93,6	92,1	90,6	88,1	86,4	83,7	80,6	76,7	72,8	67,5	59,8	53,0	45,8	37,3
	Hombres	93,4	91,9	89,3	86,8	85,7	83,4	80,2	77,4	73,8	69,4	62,6	55,1	48,2	38,6
	Mujeres	95,0	93,5	92,0	89,4	87,2	84,0	80,9	76,1	72,0	65,7	57,2	51,0	43,6	36,4

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

^a Zonas urbanas.

^b Promedio ponderado de los países. Los datos para los menores de 15 años (en cursiva) son proyecciones.

Recuadro III.2

TEMAS EMERGENTES Y FACTORES QUE DIFICULTAN LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA

En el presente recuadro se pretende destacar algunos temas clave, cuya importancia se ha venido subrayando de modo creciente en los últimos años, y que deben ser contemplados en la formulación de las políticas educativas en la región, no solo debido a su interacción con los demás objetivos de la Declaración del Milenio, sino porque su descuido dificultaría o impediría la universalización de la educación primaria.

Violencia en la escuela y su entorno: Un factor que conspira de modo significativo contra el aumento del nivel educativo de la población es la creciente situación de violencia que se vive tanto en las escuelas como en su entorno en varios países de la región. Si bien la escuela, en varios casos, ha operado como un espacio de protección frente a la violencia, esta última se empieza a manifestar de modo creciente en su interior e involucra a un número cada vez mayor de niños y jóvenes. Esto afecta su experiencia educativa en aspectos clave como la retención y el clima de aula que, a su vez, tiene consecuencias en el nivel de aprendizaje que los estudiantes logran. Las pandillas en Centroamérica, entre otros casos, muestran la necesidad de políticas intersectoriales que aborden las variables educativas junto con otras de carácter social vinculadas a situaciones de violencia.

Desastres naturales y conflictos sociales: La reciente temporada de huracanes en el Caribe mostró la vulnerabilidad de muchos países de la región y destruyó en pocas horas el resultado de décadas de importantes esfuerzos de desarrollo de infraestructura. Lo mismo ocurre en situaciones de convulsión social. Estas derivan en la destrucción de infraestructura, la interrupción de calendarios escolares, el desplazamiento de la población y, en último término, afectan la salud física y mental de alumnos, docentes y la comunidad en general, sobre todo a los sectores más vulnerables o desprotegidos. Las políticas de prevención y manejo de desastres naturales, así como los esfuerzos destinados a reducir las fuentes de conflictividad social y a establecer o mejorar los mecanismos institucionales democráticos para la gestión de los conflictos tienen, por lo tanto, efectos educativos de gran importancia.

Necesidades educativas especiales e inclusión: Está ampliamente probado que en situaciones de exclusión escolar (como en el caso de las poblaciones rurales o pobres) los niños con necesidades educativas especiales resultan particularmente vulnerables. Si bien en los últimos años las políticas destinadas a la atención de necesidades especiales en el entorno de la educación regular se han difundido, aún queda un camino largo por recorrer. Las políticas educativas orientadas a realzar el protagonismo de la escuela, los docentes y las familias brindan espacios para que las necesidades de estos niños adquieran mayor visibilidad y se favorezca su atención.

Educación bilingüe intercultural: En muchos países de la región los rezagos educativos no solo se concentran en la población de menores ingresos, sino también en grupos étnicos o lingüísticos que se encuentran en situación de desventaja. Guatemala, Bolivia, Ecuador o Perú, entre otros países con una importante proporción de población indígena, han venido desarrollando, con distinto éxito, políticas educativas basadas en el bilingüismo y la interculturalidad. Sin embargo, resulta evidente que este tipo de políticas debe reforzarse, tanto con relación a los niños como a los jóvenes y adultos cuyos derechos a la educación no se encuentran plenamente garantizados y presentan altas tasas de analfabetismo.

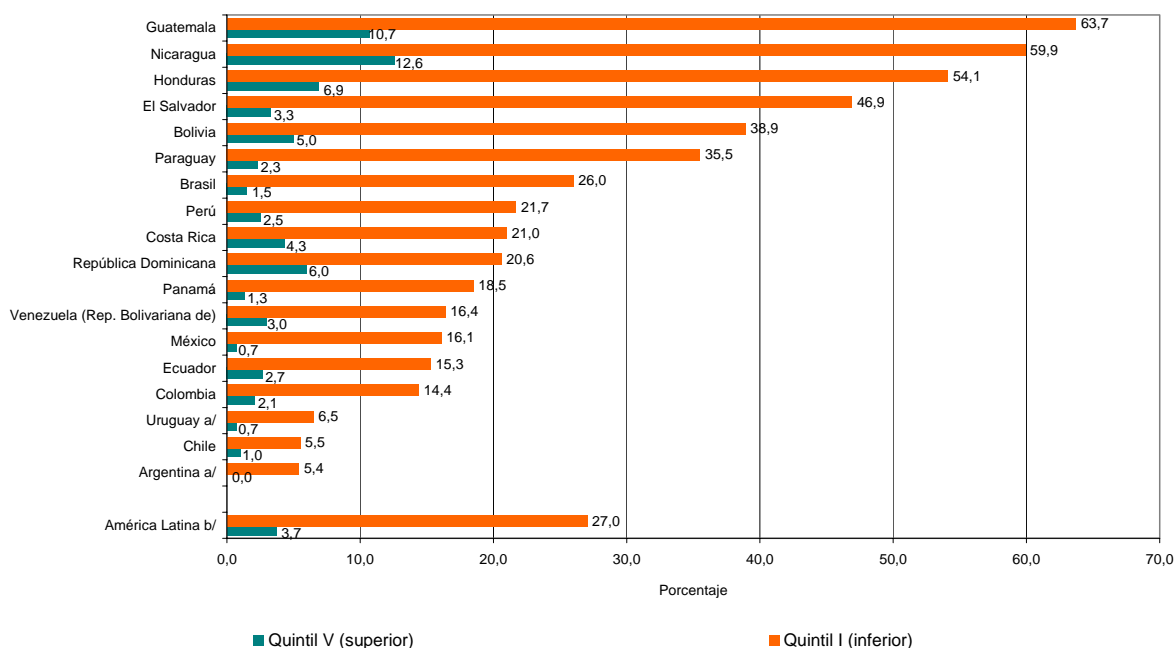
C. Examen de las desigualdades

Con el fin de poner de manifiesto las grandes desigualdades que subsisten en la región, a continuación se brindan datos sobre la población de entre 15 y 19 años de edad que no ha podido concluir la educación primaria según estrato socioeconómico, residencia urbana o rural y origen étnico de los jóvenes (UNESCO, 2004b). El propósito es señalar que, si bien en América Latina muchos países han alcanzado tasas altas de conclusión, existen grupos muy rezagados, no tanto en materia del acceso al nivel primario como del progreso y conclusión del nivel. Mediante este somero análisis se pretende identificar los segmentos de la población hacia los cuales es necesario orientar los recursos y el diseño de las políticas tendientes a acelerar el progreso al cumplimiento del objetivo.

Un primer aspecto a destacar es que la desigualdad se advierte muy tempranamente en el ciclo educativo en América Latina. La importancia de esto se ve realzada por el hecho de que la educación primaria representa el capital mínimo requerido para integrarse a la sociedad y progresar a los siguientes niveles educativos, que otorgan a su vez las oportunidades para incorporarse al empleo y situarse fuera de la pobreza.

En el conjunto de los países analizados, por lo menos uno de cada cuatro jóvenes de la cohorte de 15 a 19 años pertenecientes al 20% más pobre de los hogares no logró terminar la educación primaria.¹⁸ En el caso de los jóvenes del estrato superior (quintil más alto) la proporción correspondiente es, en promedio, uno de cada 25 (véase el gráfico III.5). Esta situación se agudiza en los cuatro países que presentan los mayores porcentajes de no conclusión de la educación primaria, a saber, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, en los que la proporción de las personas del estrato más pobre que no concluyen la primaria fluctúa entre un 47% y un 64%.

Gráfico III.5
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS QUE NO HAN LOGRADO CULMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS, TOTAL NACIONAL, ALREDEDOR DEL 2002
 (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

a Total urbano.

b Promedio simple de los países.

También en los países que presentan mayores tasas de conclusión del nivel primario se constatan importantes rezagos en los estratos más pobres. Así, en Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela, entre un sexto y un quinto del quintil más pobre de la población no culmina dicho nivel.

Como se ha destacado en diversas publicaciones de la CEPAL, el bajo nivel educativo de amplios estratos de la población, sobre todo en los países más pobres, constituye un importante mecanismo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Actualmente, solo alrededor del 20% de los jóvenes cuyos padres no completaron la educación primaria logran terminar la educación secundaria; en cambio, ese porcentaje supera el 60% en el caso de padres que cursaron 10 o más

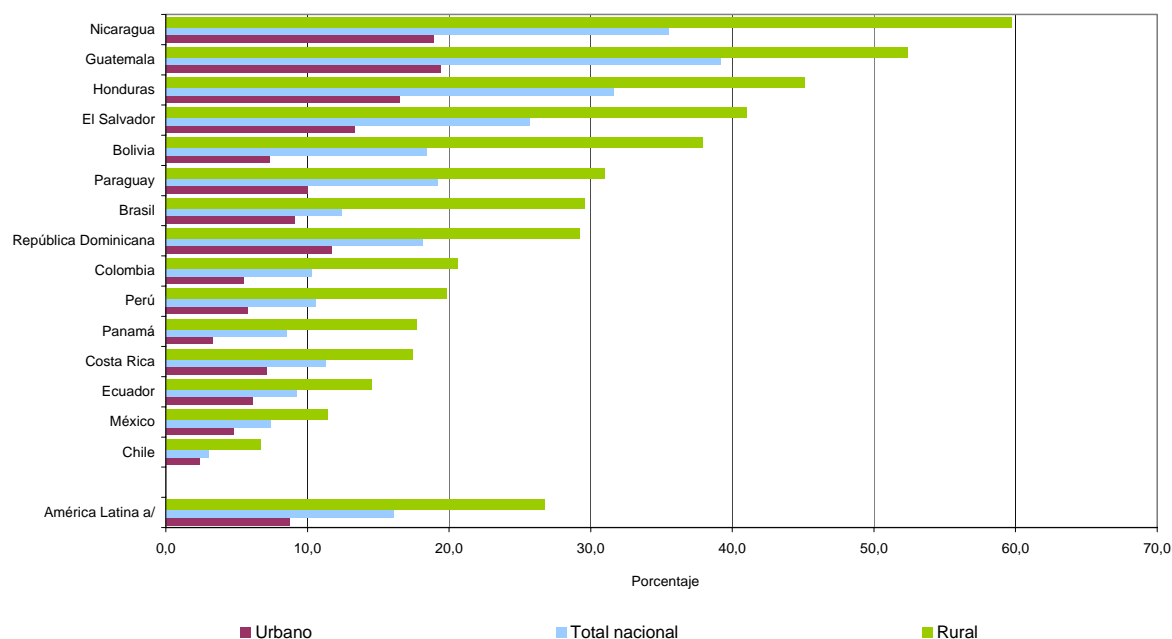
¹⁸ Esta cohorte abarca a los jóvenes de entre 15 y 19 años que integran el 20% de hogares de menor ingreso per cápita (primer quintil).

años de estudios. Esto se traduce en un alto grado de rigidez de la estructura social, que tiende a perpetuar las desigualdades en materia de acceso al bienestar. El escaso nivel de educación de los jóvenes de los estratos más pobres bloquea su principal canal de movilidad e inclusión social (CEPAL, 2004a).

Estas desigualdades también se observan en gran medida en función del área de residencia y la pertenencia a grupos étnicos o raciales.¹⁹ Sin embargo, las disparidades más marcadas son las relacionadas con el nivel de ingresos de los hogares.

Como se desprende del gráfico III.6, las oportunidades de conclusión del nivel primario de los menores que residen en zonas rurales son muy inferiores a las de aquellos de zonas urbanas. Al respecto, cabe destacar que los países que presentan mayor rezago son justamente aquellos que tienen una mayor proporción de población residente en zonas rurales, más difíciles de dotar de infraestructura y de los medios necesarios para progresar hacia la universalización de la educación primaria. De hecho, en el conjunto de los países analizados, la tasa de no conclusión de la educación primaria en las áreas rurales es, en promedio, tres veces más alta que en las zonas urbanas.

Gráfico III.6
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS QUE NO HAN LOGRADO CULMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2002
 (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

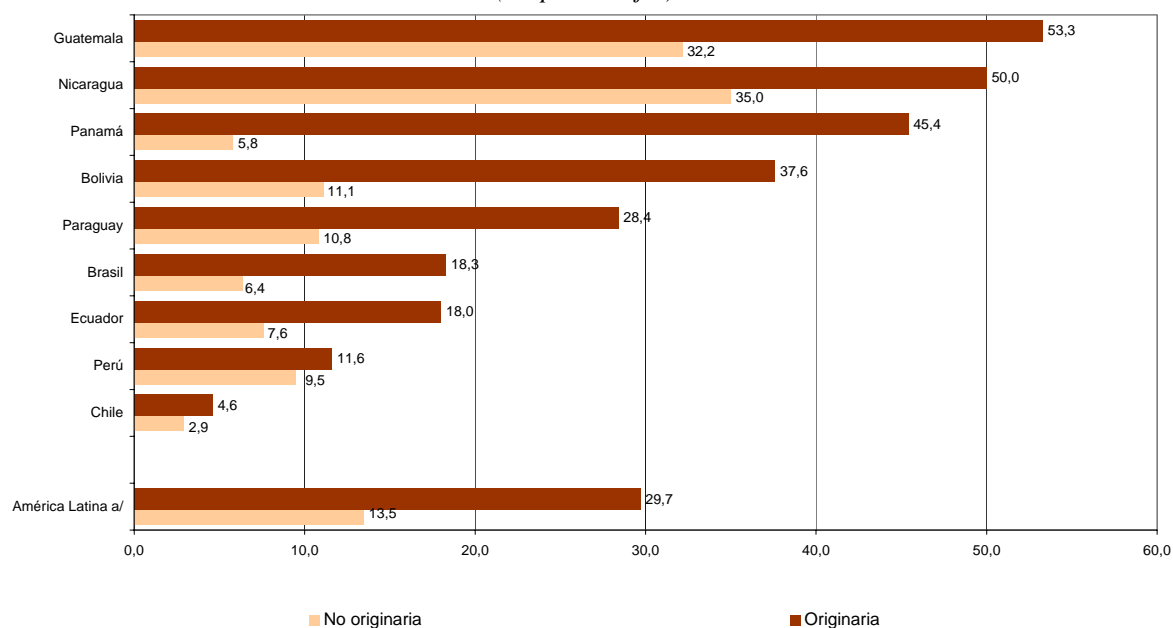
^a Promedio simple de los países.

¹⁹ El detalle de los procedimientos seguidos y de las categorías que se han establecido en el caso de cada país a efectos de definir los grupos étnicos, lingüísticos o raciales puede consultarse en la guía para el lector y en la nota metodológica de UNESCO (2004b).

Por otra parte, las desigualdades ligadas a la pertenencia étnica de la población son también muy elevadas aunque, de acuerdo con los datos analizados, son menores que las vinculadas al estrato socioeconómico y a la zona de residencia (véase el gráfico III.7). Sin embargo, el mayor rezago que presentan los niños y niñas pertenecientes a etnias originarias (y a la población negra en el caso del Brasil) constituye un importante desafío para las políticas de educación, tanto por la dimensión cultural del problema como por el hecho de que estos grupos se concentran en las zonas rurales y forman parte del estrato más pobre de la población.

Por último debe tenerse en consideración que, si bien en el ámbito nacional la tasa promedio de no conclusión de las niñas es menor que la de los varones, en el caso de las poblaciones rurales e indígenas se da la situación inversa.

Gráfico III.7
AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS QUE NO HAN LOGRADO CULMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA SEGÚN GRUPO ÉTNICO O RACIAL, TOTAL NACIONAL, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

^a Promedio simple de los países.

D. El rezago acumulado

La perspectiva de derechos en cuanto al acceso a la educación trae aparejada la obligación de atender también los rezagos acumulados de los adultos. Esto exige esfuerzos especiales para alfabetizar a toda la población, prestando especial atención a los estratos de menores ingresos, de modo que estos adultos puedan acceder a los programas sociales de erradicación de la extrema pobreza.

Como se señaló, alrededor de 92 millones de personas mayores de 15 años no han concluido sus estudios primarios. Esto resulta más preocupante si se considera que, de ese total, 36 millones de personas declaran no saber leer y escribir, lo cual imposibilita su incorporación a la sociedad. De

hecho, el analfabetismo (incluido el funcional) constituye uno de los principales factores que explica las dificultades para desarrollar numerosos programas sociales destinados a los estratos más pobres.

Acerca de este problema, ampliamente reconocido en la región, cabe destacar dos hechos. En primer lugar, 11 de los 24 países analizados registran una tasa de analfabetismo declarado superior al 10% y seis de estos presentan tasas iguales o superiores al 20% en la población de 15 y más años de edad (véase el gráfico III.8). En segundo lugar, el índice de paridad entre los sexos revela que, en la gran mayoría de los países, este problema afecta tanto a hombres como a mujeres. Solo en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití y Perú el analfabetismo es mucho más frecuente en el caso de las mujeres, mientras que en Jamaica está más difundido en la población masculina.²⁰ Entre los esfuerzos realizados por los gobiernos de la región en materia de alfabetización, y que el indicador presentado no siempre alcanza a recoger, cabe destacar los de la República Bolivariana de Venezuela, que desde mediados del 2003 ha ejecutado estrategias de masificación de sus programas de alfabetización a través de las denominadas “Misiones” Robinson I, que atendió a más de 1.200.000 analfabetos, y Robinson II, orientada a darles continuidad educativa posterior. También es meritorio el impacto que ha tenido el Programa de Alfabetización Solidaria en Brasil, creado en 1997 y dirigido desde 1998 por un organismo no gubernamental (Asociación de Apoyo al Programa de Alfabetización Solidaria – AAPAS) en alianza con los diversos niveles de gobierno (federal, estadual y municipal), que ha permitido importantes avances en municipios pobres del Nordeste y Norte y en zonas rurales, donde el Programa posee más del 70% de las salas de clases.

Recuadro III.3

LA MEDICIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN: LIMITACIÓN DEL INDICADOR EN USO

Según la definición de la UNESCO, la alfabetización es la habilidad para leer, escribir y comprender una oración breve relacionada con la vida cotidiana.

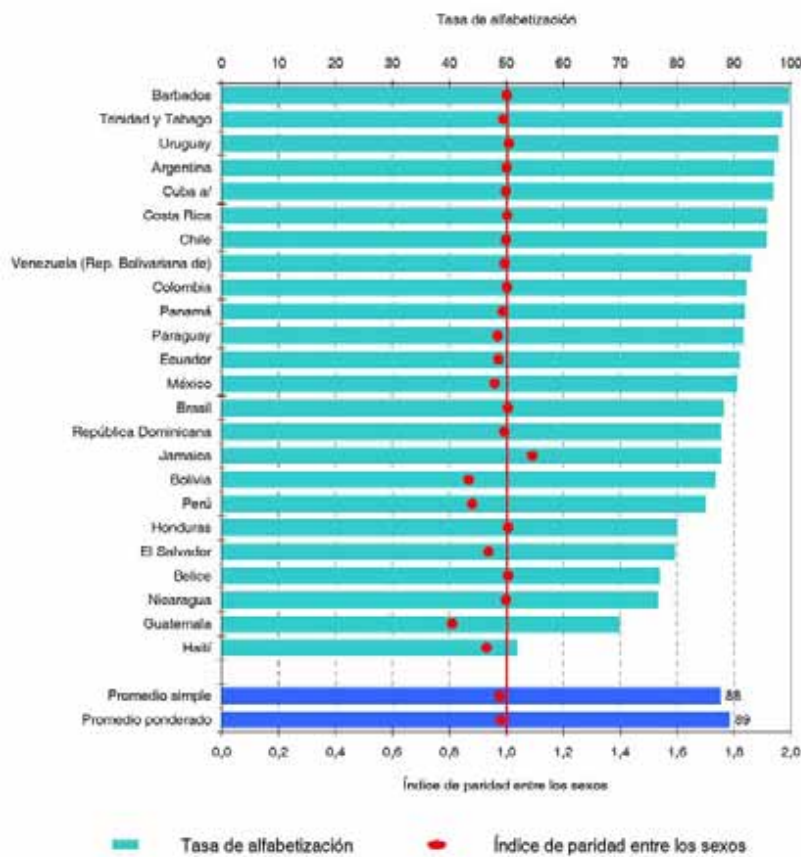
El procedimiento tradicional de medición de la alfabetización se funda en una perspectiva dicotómica —según la cual una persona se tipifica como “analfabeta” (que no posee la habilidad) o alfabetizada (que posee la habilidad). Esta tipificación usualmente se basa en la declaración de las personas (en un censo o encuesta cada individuo declara si sabe o no leer y escribir) o de estimaciones basadas en los años de educación aprobados.

Este procedimiento presenta importantes dificultades. Las competencias relativas a la alfabetización no se representan adecuadamente mediante categorías dicotómicas ya que, por ejemplo, la comprensión de un texto escrito relativo a situaciones cotidianas puede presentar diferentes niveles de complejidad, que incluyen la identificación básica de la información explícitamente enunciada, la obtención de inferencias con dicha información y la discriminación entre informaciones potencialmente competitivas. Así, estas competencias deben verse más bien como un continuo que abarca sucesivos niveles, por ejemplo, de comprensión de un texto escrito. Por otra parte, el recurso a la sola declaración de la persona y a procedimientos indirectos (como los años de escolaridad) traen aparejados potenciales sesgos que comprometen la calidad de los datos recabados.

En virtud de lo anterior, los progresos en la medición de competencias relativas a la alfabetización (especialmente la Encuesta Internacional sobre Alfabetización de Adultos) y la necesidad de contar con mejor información para los procesos de toma de decisiones, el Instituto de Estadística de la UNESCO ha iniciado un proyecto piloto destinada a establecer un nuevo programa de medición de la alfabetización, el *Programa de evaluación y de seguimiento de la alfabetización* (LAMP). Mayor información sobre este programa puede consultarse en <http://www.uis.unesco.org>.

²⁰ En el informe nacional de El Salvador se señala que el índice de paridad entre los sexos entre 15 y 24 años pasó de 0,99 en 1991 a 1,00 en el 2001.

Gráfico III.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): TASA DE ALFABETIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD E ÍNDICE DE PARIDAD ENTRE LOS SEXOS, PERÍODO 2000-2004
(En porcentajes y proporciones)



Fuente: Estimaciones del Instituto de Estadística de la UNESCO, revisión de septiembre del 2004 [en línea] www.uis.unesco.org.

Nota: Los puntos rojos (escala en el eje secundario) representan los valores en el índice de paridad entre los sexos. Este corresponde al cociente entre la tasa neta de matrícula femenina y la masculina. Su valor es inferior a uno si la tasa femenina es menor a la masculina y superior a uno en el caso contrario.

^a De acuerdo a cifras del Censo de Población y Viviendas del 2002, la tasa de alfabetización en cercana al 100%.

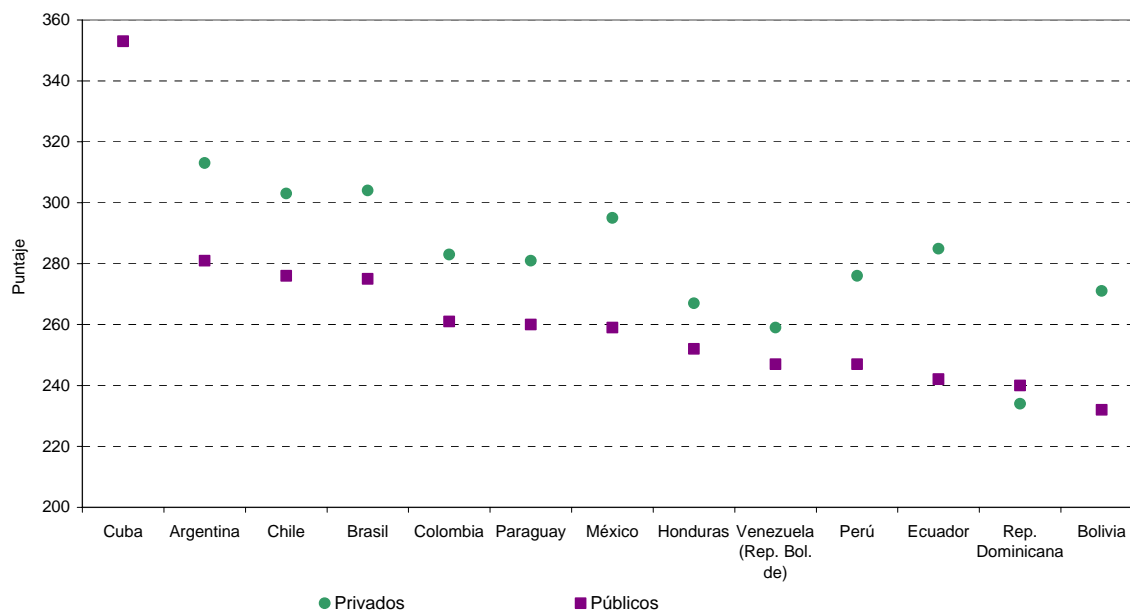
E. No solo conclusión del nivel educativo sino también logros de aprendizaje

Hasta aquí se ha presentado información que da cuenta del progreso de la región hacia la conclusión universal de la educación primaria. Sin embargo, el segundo objetivo de desarrollo del Milenio está orientado —además de a garantizar a toda la población la finalización de ese nivel para brindar la condición necesaria para seguir progresando en los siguientes— a que las personas adquieran los conocimientos indispensables para enfrentar los desafíos del mundo actual y, sobre todo, desarrollen su capacidad para aprender a lo largo de la vida.

La situación de la región al respecto es preocupante. En estudios internacionales, como el primer estudio del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE) y el Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA), se registraron no solo bajos niveles de desempeño de los educandos sino también marcadas diferencias entre los que

asisten a escuelas públicas y privadas (véase el gráfico III.9).²¹ En el gráfico III.9 también se ponen de relieve las importantes diferencias en materia de logros alcanzados por los educandos en los países de la región.

Gráfico III.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (13 PAÍSES): PUNTAJE MEDIANO EN PRUEBAS ESTANDARIZADAS DE LENGUAJE DE ALUMNOS QUE CURSAN EL CUARTO GRADO EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, 1997
(Puntajes de prueba)

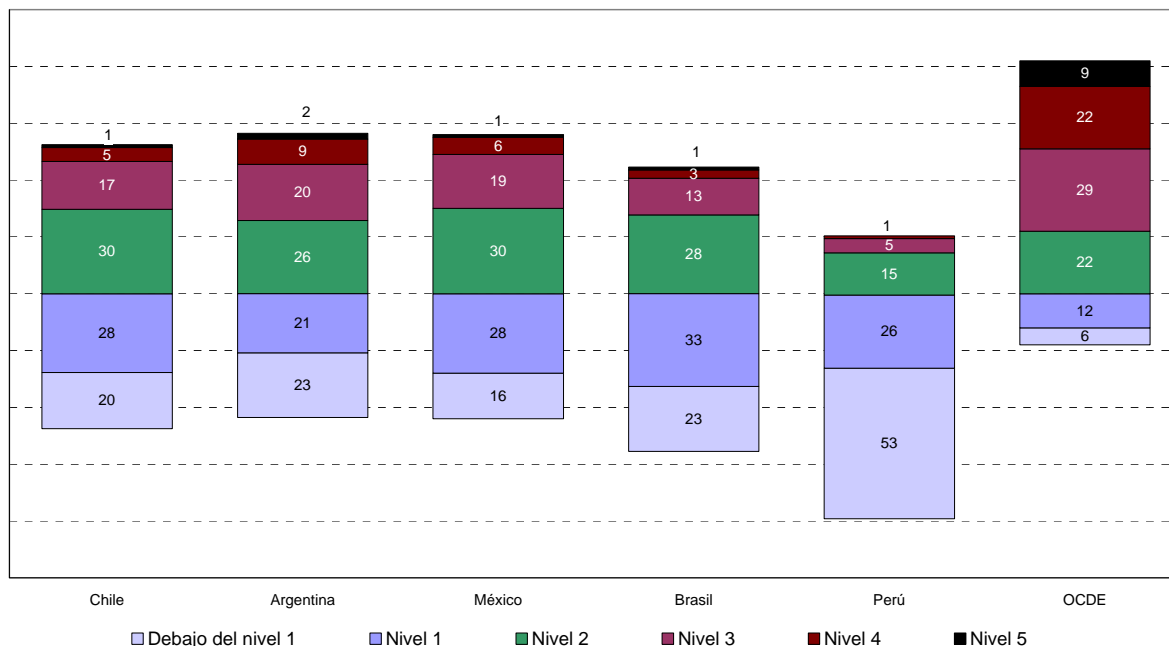


Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Informe técnico. Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas y factores asociados para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC), 2001.

Los resultados del estudio PISA —orientado a evaluar la adquisición de competencias consideradas clave para desenvolverse en el mundo actual— son altamente preocupantes, debido al pobre desempeño mostrado por los estudiantes de los cinco países examinados. Entre un 44% (Argentina) y un 79% (Perú) de los alumnos tuvieron un desempeño muy rudimentario, esto es, equivalente al nivel 1 o inferior (véase el gráfico III.10). Si bien se trata de un número pequeño de países, es razonable conjeturar que el déficit en materia de logros de aprendizaje es generalizado en América Latina. Cabe notar que estos países reúnen una elevada proporción de la población regional y, en general, presentan logros académicos similares al promedio de la región, como se desprende del primer estudio del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación.

²¹ El primer estudio del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación —sobre rendimiento académico en lenguaje y matemáticas de estudiantes de tercer y cuarto grado de educación primaria— fue realizado por la UNESCO en 1997 y los informes correspondientes pueden obtenerse en <http://www.unesco.cl>. El Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA) fue desarrollado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) a efectos de evaluar las competencias de estudiantes de 15 años de edad (independientemente del grado en el que se encuentren matriculados). La publicación con los resultados de la primera rueda de estudios puede obtenerse en <http://www.uis.unesco.org>, mientras que la de la segunda rueda se encuentra disponible en <http://www.oecd.org>.

Gráfico III.10
AMÉRICA LATINA (5 PAÍSES) Y OCDE: DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 15 AÑOS DE EDAD SEGÚN EL NIVEL DE DESEMPEÑO ALCANZADO EN PRUEBA DE LENGUAJE PISA 2000
 (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (UNESCO/OCDE), *Habilidades de lectura para el mundo del mañana: nuevos resultados de PISA 2000*, 2003.

Esta situación es aún más dramática si se considera que en el diseño muestral del estudio se excluyó a las personas de 15 años que se encuentran fuera del sistema educativo y a los matriculados en condición de retraso escolar hasta sexto grado. Sin duda, los estudiantes de estos dos grupos hubiesen tenido un desempeño aún menor.²²

Según los resultados de las dos primeras rondas de PISA, los países de la región participantes en el estudio presentan, al igual que los demás, comportamientos diferenciados según género. En efecto, las jóvenes muestran sistemáticamente desempeños mejores respecto de las habilidades de lectoescritura y peores en el ámbito de las competencias matemáticas evaluadas (UNESCO/OCDE, 2003).

²² Estos dos grupos llegan a representar un 14,3% de la población de 15 años en Chile, 24,5% en Argentina, 37,2% en Perú, 47,2% en Brasil y 49,6% en México, lo que claramente muestra la gravedad de la situación. La exclusión en los países de la OCDE representa el 9,9% de la población; sin embargo debe notarse que tres de cada cuatro personas no representadas por el estudio en los países de la OCDE corresponden a México, país que forma parte de esta organización.

Recuadro III.4

EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS PROFESORES Y LOS DIRECTORES DE ESCUELA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

No basta con estudiar las políticas de educación que formulan los gobiernos y llevan a cabo los ministerios. Lo que se promete o contempla en el papel no siempre coincide con lo que ocurre en los centros educativos o tiene un efecto en ellos. Por lo tanto, es importante entender cómo funciona la escuela al poner en práctica las políticas para mejorar la calidad de la educación en la escuela. Una reforma educativa nacional será exitosa en tanto las escuelas se conviertan en comunidades de aprendizaje, con una adecuada gestión y rendición de cuentas.

En diversos estudios se ha mostrado con nitidez la importancia de los factores escolares en el desempeño de los alumnos. En un estudio nacional sobre el programa focalizado a sectores pobres en Chile, conocido como el Programa P900, se destaca la trascendencia de contar con un director de primer nivel, con facultades y competencias suficientes, y un personal docente estable, calificado y motivado. El ejercicio competente y dedicado de la docencia es un factor clave en la educación formal y marca una diferencia considerable entre las experiencias de aprendizaje de los alumnos. Resulta fundamental diseñar políticas comprensivas que permitan atraer y retener buenos profesionales, tanto para el ejercicio de la docencia como de la gestión educativa, especialmente en escuelas a las que asisten niños con mayores necesidades (zonas alejadas, barrios urbanos marginales, zonas afectadas por la violencia). En estos últimos casos los profesionales tienen una función particularmente importante respecto de un aspecto clave para el éxito de la experiencia educativa, esto es, garantizar que los servicios educativos sean pertinentes para la situación concreta de los estudiantes.

Un factor muy debatido tiene que ver con el tamaño de las clases, cuyos efectos, sin embargo, dependen tanto de las competencias y motivación del docente como de los métodos pedagógicos que utiliza. El tamaño de las clases es un indicador importante de la calidad de la educación, ya que las clases más pequeñas permiten que los alumnos reciban atención más personalizada por parte de sus profesores. En el 2001, el promedio de alumnos de las escuelas públicas de nivel secundario inferior de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) era de 23,8, pero era sistemáticamente mayor en Brasil, con 34,5; Jamaica, con 32,4; Chile, con 32,3; México, con 30,1; Uruguay, con 29,9 y Paraguay, con 29,5. Por ende, cobra particular importancia la formación de los docentes y su adecuación a su ámbito de responsabilidad.

Si bien los requisitos relativos a la capacitación de los nuevos docentes han aumentado con los años, esto aún no se traduce en que el grueso de los profesionales cuente con las competencias y el respaldo necesarios para desarrollar eficazmente sus tareas. Al mismo tiempo, la distribución de los docentes con las calificaciones formalmente requeridas para desempeñarse en la educación primaria no es homogénea en el territorio de los países. Por ejemplo, en Brasil, el porcentaje de docentes con formación de nivel terciario oscila entre un 3% en Bahía y Pará y un 42% en São Paulo, mientras que la media nacional es del 22%.

De igual forma, de un estudio desarrollado en Chile, país que muestra importantes niveles de formación de su personal docente, se desprende que, de los 106 profesores de secundaria con capacitación especializada considerados, solo 19 habían recibido preparación para enseñar matemáticas u otras ciencias, de modo que muchos de los profesores capacitados en otras materias se veían en la obligación de enseñar estas disciplinas (Carlson, 2000).

Fuente: Beverley Carlson, “¿Cómo lograr una educación de calidad: Qué nos enseñan las escuelas? ¿Qué podemos aprender de las escuelas básicas del Programa P900 de Chile?”, *serie Desarrollo productivo*, N° 64 (LC/L.1279-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre del 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.60; B. Carlson, “¿Qué nos enseñan las escuelas sobre la educación de los niños pobres en Chile?”, *Revista de la CEPAL*, N° 72 (LC/G.2120-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre del 2000; B. Avalos, B. Carlson y P. Aylwin, “La inserción de profesores neófitos en el sistema educativo”, Proyecto Fondecyt, N° 102018, Santiago de Chile, 2002; y, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)/Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Docentes para las escuelas de mañana: análisis de los indicadores mundiales de la educación, edición 2001*, París, 2001.

F. Otros desafíos

Los compromisos asumidos por los gobiernos de la región, tanto en virtud de la Declaración del Milenio como de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos y de la Cumbre de las Américas, establecen un conjunto amplio de objetivos y metas en materia de educación. Estos no solo abarcan universalizar el derecho básico a la educación de las personas sino también expandir las oportunidades de bienestar, la base cultural de la ciudadanía y las capacidades productivas de las

sociedades. Lo anterior supone establecer objetivos más ambiciosos que los incluidos en la Declaración del Milenio, que constituyen una condición necesaria para lograr el cumplimiento de la propia meta de universalización de la primaria y garantizar la continuidad de los estudiantes en las siguientes etapas del proceso educativo, con criterios de equidad, logro académico y pertinencia de los contenidos. En este sentido, se destacan dos objetivos centrales para la región: la expansión de la educación y atención integral de la primera infancia y el aumento de la conclusión del nivel secundario. Cabe mencionar que, durante el último decenio, los países han establecido normas que apuntan a extender el período de obligatoriedad de la educación. En la mayoría de los casos se ha incorporado la primera etapa de la educación secundaria (en un bloque de “educación básica”, junto con el nivel primario) e incluso el segundo ciclo de esta. Del mismo modo, se han establecido políticas tendientes a una ampliación progresiva de los servicios de educación infantil, a partir de las edades más próximas al acceso a la primaria, con miras a atender de modo integral las necesidades de cuidado y desarrollo de la primera infancia.

1. Expandir la educación preescolar y la atención integral de la primera infancia

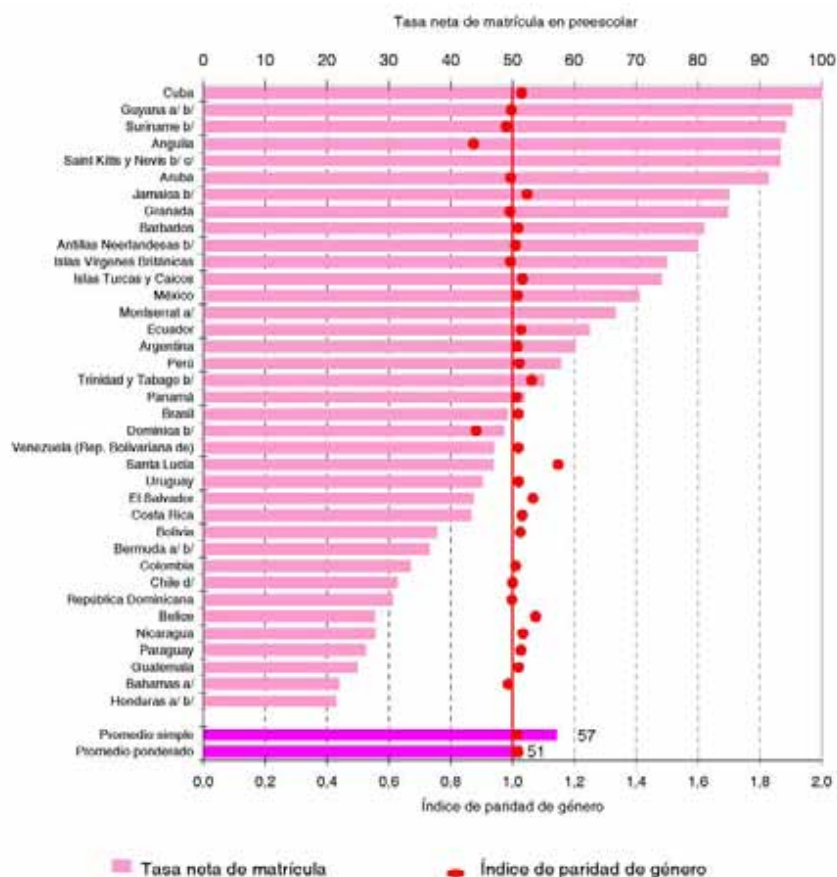
La ampliación de la educación preprimaria se fundamenta en la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo integral de las personas. Estas experiencias son los fundamentos básicos que marcarán muchas de las posibilidades intelectuales, afectivas y sociales de las personas. Asimismo, la educación preescolar tiene efectos positivos en términos de aprestamiento escolar (CEPAL/UNICEF/SECIB, 2001). Está documentado que los niños que han asistido a la educación preescolar logran mejores resultados posteriores. Esto es, si los demás factores que influyen en el rendimiento escolar se mantienen constantes, estos niños obtienen mejores puntajes en las mediciones de aprendizaje y progresan más rápidamente. Esto se traduce en menores tasas de repetición y de deserción, particularmente en los primeros años de la primaria.

En este sentido, una mayor cobertura de la educación preprimaria eleva la eficiencia del sistema educativo, pues reduce el número de años necesarios para completar la educación primaria y secundaria y contribuye a cerrar las brechas entre los niños de distintos estratos sociales, precisamente en las edades en que esas desigualdades afectan más negativamente las oportunidades de bienestar futuro. Así, el progreso en materia de cobertura de la educación inicial contribuye al logro del segundo objetivo de desarrollo del Milenio. Para el sistema educativo, la repetición tiene un costo considerable. El costo anual de la repetición en los 15 países de América Latina y el Caribe que reúnen más del 90% de la incidencia de este fenómeno en la región se ha estimado en cerca de 11.000 millones de dólares (Bruneforth, Motivans y Zhang, 2003). Brasil es el país que paga el costo más alto por este concepto, más de 8.000 millones de dólares por año.

Otra consideración importante es que la ampliación de la atención preescolar otorga mayores posibilidades a las mujeres de incorporarse al mercado de trabajo. En tiempos de acelerado aumento de la participación laboral femenina, la posibilidad de que los hijos accedan a establecimientos de educación preprimaria influye tanto en las oportunidades futuras de los niños como de las mujeres, especialmente en el caso de hogares de bajos ingresos, en los que su aporte al presupuesto familiar es decisivo para situarse fuera de la pobreza.

Los servicios educativos para niños en edad preescolar se están ampliando de modo progresivo, a partir de las edades más cercanas al acceso a la educación primaria (UNESCO, 2004c). En el gráfico III.11, en el que se presenta la matrícula de niños de al menos 3 años de edad, se revelan grandes diferencias entre los países. En efecto, en la subregión del Caribe, alrededor del 69.5% de los niños recibe estos servicios, en tanto que en los de América Latina esta tasa alcanza solo al 42.5%.

Gráfico III.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (37 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA NETA DE MATRÍCULA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR E ÍNDICE DE PARIDAD ENTRE LOS SEXOS, AÑO ESCOLAR INICIADO EN EL 2002
(En porcentajes y proporciones)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), base de datos [en línea] www.uis.unesco.org.

Nota: Los puntos rojos (escala en el eje secundario) representan los valores en el índice de paridad entre los sexos. Este corresponde al cociente entre la tasa neta de matrícula femenina y la masculina. Su valor es inferior a uno si la tasa femenina es menor a la masculina y superior a uno en el caso contrario.

^a Año 2001.

^b Estimación del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

^c Año 1999.

^d Año 2003.

Asimismo, se ha constatado que estos servicios educativos se concentran en las zonas urbanas y benefician principalmente a los sectores sociales de mayores ingresos, de modo que una mayor equidad resulta apremiante.

Debe destacarse la situación de paridad entre los géneros que se observa en la mayoría de los casos, aunque las niñas se ven desfavorecidas en países y territorios del Caribe (Anguila, Aruba, Bahamas, Dominica, Granada, Islas Vírgenes Británicas y Suriname).

2. Elevar el acceso y la conclusión de la educación secundaria

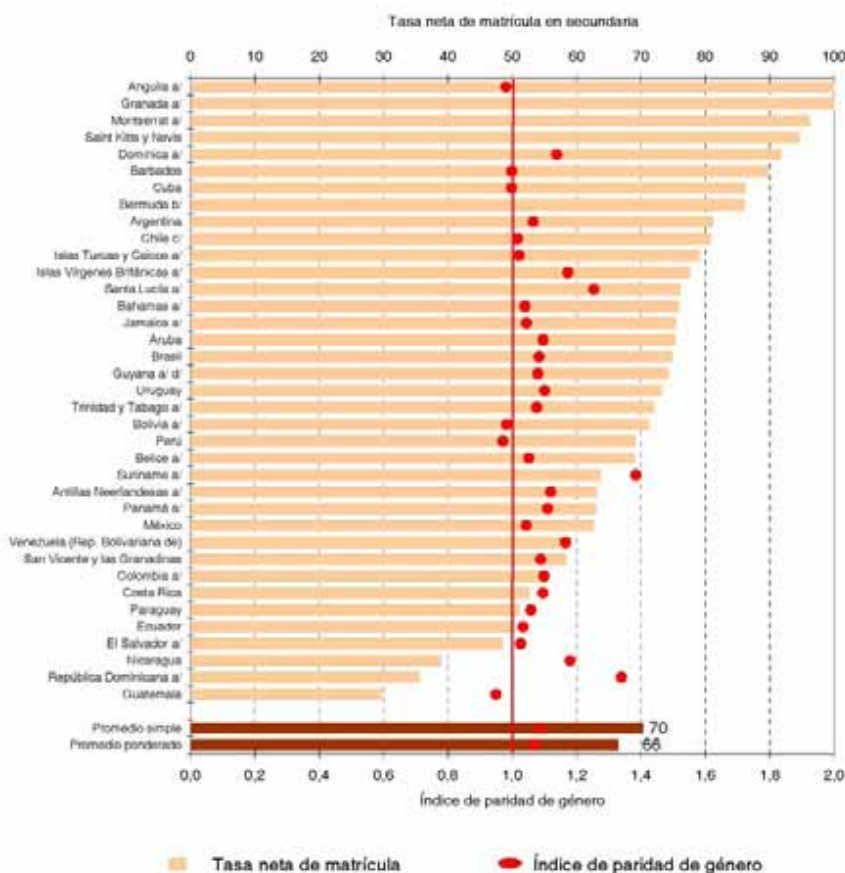
Tanto la CEPAL como la UNESCO han señalado la necesidad de establecer una meta relativa al incremento del término de la educación secundaria. Esta meta se sustenta en la evidencia de que la conclusión de este nivel constituye actualmente un umbral educativo que eleva significativamente la probabilidad de mantenerse fuera de la pobreza absoluta en la vida activa, toda vez que se traduce en un incremento importante de los ingresos laborales (CEPAL, 2002b, cap. III).

Más aún, una educación secundaria acorde con los requerimientos productivos y sociales, de calidad adecuada y extendida a la mayor parte de un país es crucial para alcanzar mayores niveles de productividad y eficiencia social, así como más oportunidades y equidad en materia del acceso al bienestar y del pleno ejercicio de la ciudadanía. Hace ya casi una década la CEPAL estimó que extender la escolaridad secundaria es socialmente más rentable que compensar posteriormente la falta de educación con programas de capacitación de adultos (CEPAL, 1995). Los programas compensatorios de educación de adultos cuestan de 1,5 a 5 veces el valor de 4 años de educación secundaria, lo que muestra las ventajas de invertir oportunamente en este nivel (Labarca, 1996).

No obstante los avances logrados en los años noventa, la cobertura de la educación secundaria en la región sigue siendo muy baja. En el año 2001, el promedio regional de la tasa neta de matrícula en este nivel era del orden del 70%, con muy pronunciadas diferencias entre países. Así, en Anguila, Argentina, Barbados, Bermuda, Chile, Cuba, Dominica, Granada, Montserrat y Saint Kitts y Nevis se han alcanzado cifras cercanas o superiores al 80%, en tanto que en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana es cercana o inferior al 50% (véase el gráfico III.12).

Sin embargo, no solo la cobertura de la educación secundaria es baja sino que quienes acceden a ella con frecuencia la abandonan antes de completarla, debido a la necesidad de generar ingresos, aunque sean precarios, desde una edad temprana. El alto nivel de deserción en el nivel secundario (en ocho países latinoamericanos supera el 15%) acarrea pérdidas sociales y privadas. Según estimaciones de comienzos de la década, en los países de América Latina que han alcanzado tasas relativamente altas de matrícula secundaria (superiores al 65%), la conclusión de ese nivel se traduce en incrementos salariales del orden del 30% en la vida laboral. Este dato pone de relieve la importancia de los programas sociales orientados a retener a la población en el sistema educativo hasta su conclusión (CEPAL, 2002b, cap. III).

Gráfico III.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (37 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA NETA DE MATRÍCULA EN EDUCACIÓN SECUNDARIA E ÍNDICE DE PARIDAD ENTRE LOS SEXOS, AÑO ESCOLAR INICIADO EN EL 2002
 (En porcentajes y proporciones)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), base de datos [en línea] www.uis.unesco.org.

Nota: Los puntos rojos (escala en el eje secundario) representan los valores en el índice de paridad entre los sexos. Este corresponde al cociente entre la tasa neta de matrícula femenina y la masculina. Su valor es inferior a uno si la tasa femenina es menor a la masculina y superior a uno en el caso contrario.

^a Estimación del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

^b Año 2001.

^c Año 2003.

^d Año 1999.

Por último, cabe destacar que en 27 de los 37 países y territorios considerados, los hombres acceden a la educación secundaria en menor proporción que las mujeres o la abandonan más tempranamente. En gran medida esto se explica porque los jóvenes, sobre todo en los estratos de menores ingresos y en el sector rural, se incorporan más tempranamente que las mujeres al desempeño de actividades remuneradas para elevar los ingresos del hogar. Esto indica claramente que los programas destinados a retener a los jóvenes en este nivel deben contemplar incentivos equivalentes al costo de oportunidad de su incorporación a la vida laboral. De hecho, en la región se llevan a cabo programas que contemplan transferencias de ingresos a los hogares, condicionadas a la permanencia de los niños y niñas en la escuela. Los casos más destacados son los programas “Bolsa Escola” en Brasil y “Oportunidades” en México. En ambos se otorgan los beneficios a las

madres, pues se reconoce su mayor potencial para usar de manera eficiente los recursos. El segundo de los programas mencionados condiciona la entrega de los beneficios a la asistencia regular y comprobada de los niños a la escuela y a visitas periódicas a centros de salud de madres e hijos. A diferencia de *Bolsa Escola*, los subsidios para retener a los estudiantes en la escuela son de monto variable y aumentan a medida que los niños y adolescentes progresan en el sistema escolar, con el fin de compensar efectivamente el creciente costo de oportunidad que representa para los hogares pobres mantener a los hijos en la escuela, en lugar de que contribuyan con su trabajo al ingreso familiar.

Un aspecto que merece particular atención se refiere al necesario equilibrio entre la educación técnica y vocacional y la general que prepara para la educación superior. Como se señaló, la educación secundaria completa (primer y segundo ciclo) se está convirtiendo en un requisito indispensable para la empleabilidad y el logro de un trabajo decente. En este sentido, los programas de educación secundaria con orientación técnica y profesional ven realizada su importancia. Sin embargo, en la mayoría de los sistemas educativos de la región no se brinda una oferta sistemática de este tipo (a modo de comparación, en el promedio de los países de la OCDE, aproximadamente la mitad de la matrícula en educación secundaria corresponde a estos programas). Los desafíos de la economía global y de la competitividad se traducen en la necesidad de políticas destinadas a mejorar la calificación de las personas, especialmente de aquellas que todavía no se han incorporado al mercado laboral (Carlson, 2003 y 2002).

G. Algunos elementos de la política educativa

Enfrentar los desafíos pendientes en materia de ampliación de la educación preprimaria, de rápido progreso hacia la universalización de la secundaria y de erradicación del analfabetismo adulto, además de la universalización de la educación primaria, requiere políticas y programas que los aborden de manera eficaz y con un uso eficiente de los recursos. Se trata de objetivos más ambiciosos que los señalados en la Declaración del Milenio y que contribuyen al logro del conjunto de las metas establecidas en dicho instrumento.

En un estudio reciente efectuado por la CEPAL y UNESCO se señala que lograr la universalización de la primaria representa una parte relativamente pequeña de los recursos adicionales necesarios para alcanzar las metas mencionadas (CEPAL/UNESCO, 2004). De hecho, equivaldría solo a algo más del 14% del monto estimado, que asciende a alrededor de 60.000 millones de dólares adicionales a las proyecciones del gasto público en educación en la región para el 2015.²³ El 80% de este monto debería destinarse casi en partes iguales a la universalización de la preprimaria y la ampliación de la cobertura de la secundaria al 75%. El resto correspondería a los recursos necesarios para erradicar el analfabetismo adulto.

La educación puede ser uno de los principales mecanismos para evitar la reproducción y mantenimiento en el tiempo de las grandes desigualdades que caracterizan a la región. Una de las tareas principales de la política educativa es, por lo tanto, contribuir a la distribución equitativa de las oportunidades de las personas en la sociedad. Por consiguiente, las políticas educativas deben contemplar un componente de equidad desde su propia definición. Ello supone que, además de garantizar el acceso a la educación primaria y su conclusión, se deba velar, entre otras medidas, para que el sistema educativo brinde a todas las personas un nivel de aprendizaje adecuado.

Un sistema educativo de calidad debe ser, en primer término, eficaz para alcanzar algunas metas relativas al nivel de escolaridad de la población, como por ejemplo la conclusión universal de la educación primaria —o el logro efectivo de lo que se considera educación obligatoria en cada país— y los niveles de aprendizaje que esto supone. Al mismo tiempo, es preciso que en dicho

²³ Esta estimación se hizo sobre la base de un crecimiento promedio anual del PIB de 2,6% y manteniendo constante la fracción de este que los países destinan actualmente al gasto público en educación.

sistema se consigan estos resultados mediante un uso eficiente de los recursos disponibles. El uso de los recursos que la sociedad destina a la labor educativa en virtud de su importancia debe honrar el aporte y el esfuerzo, muchas veces considerable, de los ciudadanos. De igual forma, el sistema educativo tiene la misión de contribuir a crear una mejor distribución de las oportunidades, por lo que la equidad no es accesoria o adicional al sistema sino que hace directamente a su calidad. Esta calidad, por su parte, exige que los servicios educativos sean relevantes para el desarrollo de las personas y su potencial, y que se tomen en cuenta sus especificidades y los desafíos de la sociedad contemporánea. La calidad también requiere que los sistemas educativos sean pertinentes para las circunstancias particulares de los estudiantes, de modo que la diversidad sea un factor de enriquecimiento en vez de un criterio de exclusión. Asimismo, la sociedad contemporánea se encuentra en permanente cambio, lo que impone a los sistemas educativos la necesidad de actualizarse de modo continuo, a efectos de evitar su obsolescencia y de permitir su continua adaptación a los requerimientos de las personas, de modo que estas puedan desempeñarse de modo autónomo, competente, tolerante y responsable en el entorno social.

Lograr esos objetivos supone reconocer la existencia de una multiplicidad de condiciones, que no siempre pueden ser atendidas con políticas exclusivamente educativas. El efecto que los programas de alimentación escolar tienen en las condiciones nutricionales de los niños y su asistencia a la escuela son solo un ejemplo en este sentido. Para ello se requiere tanto de la coordinación intersectorial del aparato público como de la conjunción de esfuerzos de agentes que trascienden el ámbito gubernamental para abarcar a instancias civiles, comunales y de las propias familias en el ámbito local.

Como ya se mencionó, en el año 2002 los Ministros de Educación de la región identificaron principios y focos estratégicos de las políticas educativas, a fin de lograr los objetivos de Educación para Todos. Estos componen el Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC), cuyas orientaciones giran en torno a la necesidad de: i) poner el acento de la política en las personas y no solo en los insumos; ii) subrayar el carácter integral del desarrollo de los educandos en vez de la mera transmisión de contenidos; iii) rescatar el valor de la diversidad frente a las tendencias a la homogeneización, y iv) concebir a la educación como una tarea de la sociedad y no solo de las escuelas.²⁴

Lo anterior se traduce en los siguientes focos estratégicos:

- Precisar el sentido de la educación en el mundo globalizado, fomentar el desarrollo de nuevas competencias para la vida y preparar a las personas para el ejercicio de la ciudadanía y la construcción de una cultura de paz.
- Procurar que las políticas de educación aborden el tema docente en sus múltiples dimensiones (condiciones de trabajo, salud, formación, evaluación, carrera) centrándose en la importancia de estos para el aprendizaje de los alumnos. Se identifica la necesidad de revalorar la función docente, sobretudo en su papel clave en lo referente a la calidad del aprendizaje y el diseño de políticas.
- La necesidad de transformar la cultura y funcionamiento de la escuela, de modo de fomentar la construcción de nuevas relaciones signadas por la vivencia cotidiana de los valores éticos y democráticos. Ello responde al reconocimiento de la importancia de un buen clima escolar para garantizar un mejor desempeño académico de los alumnos, así como de la participación de las familias y comunidades.
- Promover la diversificación de la oferta educativa en función de las necesidades y características particulares de las poblaciones atendidas, impulsando modelos innovadores y una mayor autonomía en la gestión.

²⁴ Véase <http://www.unesco.cl/esp/prelac/index.act>.

- Fomentar políticas públicas que faciliten la participación de todos los agentes sociales (los medios, las empresas, las organizaciones no gubernamentales) y su contribución creativa en el diseño, seguimiento y rendición de cuentas de los cambios educativos.

Lograr estos propósitos requiere que se adopten decisiones de política, tanto en el ámbito de la gestión educativa como en el de su financiamiento.

En general, las decisiones en materia de gestión educativa se concentran en los gobiernos centrales o los regionales y provinciales, lejos del espacio donde efectivamente tiene lugar el aprendizaje, a saber, la escuela. Así, muchas decisiones se adoptan sin contar con la información necesaria y carecen de la especificidad para traducirse en medidas eficaces, mientras que los agentes locales carecen de las competencias legales y del apoyo técnico que les permitiría responder a las necesidades concretas de sus estudiantes y comunidades de una mejor manera.

Por lo anterior, es necesario concebir a la escuela como un espacio de aprendizaje abierto a la comunidad y responsable por sus acciones ante esta. Sin embargo, los esfuerzos de descentralización no siempre garantizan a la escuela los recursos y facultades necesarios. A menudo derivan en una mera desconcentración administrativa en la que una burocracia centralizada (a nivel provincial, por ejemplo) sigue teniendo a su cargo las decisiones críticas que afectan la vida de la escuela. La capacidad de respuesta de los sistemas educativos a las necesidades concretas de alumnos, padres y comunidades no sólo depende de contar con buenos docentes y directores sino también de que estos dispongan de las facultades, los recursos y el respaldo técnico y administrativo para desarrollar con autonomía sus labores, de cara a la comunidad.

Un esquema de gestión en el que la escuela y la comunidad sean los agentes centrales favorece la adopción de políticas y medidas efectivas, así como un mejor uso de los recursos financieros disponibles. Por ende, se precisa pasar de la desconcentración administrativa a una verdadera transferencia de facultades, recursos y poder de decisión a las escuelas. Estas transferencias, por su parte, sólo serán útiles si se vinculan a una política estatal de apoyo a las escuelas y de fortalecimiento constante de las capacidades de gestión a este nivel. Naturalmente, deberán realizarse de acuerdo con la orientación del Estado, al que le cabe la responsabilidad de velar por la coherencia del sistema en su conjunto y el cumplimiento de los objetivos nacionales señalados.

Con relación al financiamiento, debe destacarse que el gasto público por alumno sigue siendo limitado en la región, aunque en muchos casos corresponde a esfuerzos sociales importantes, que se expresan en fracciones significativas del producto interno bruto, del gasto público y de la recaudación tributaria de los países.

Dadas estas limitaciones es necesario explorar opciones que permitan tanto un mayor financiamiento de la educación pública como un mejor uso de los recursos actualmente disponibles, así como reconocer la importancia creciente del gasto privado en educación. En efecto, existe un creciente consenso respecto de la necesidad de mejorar el gasto actual mediante una reducción sustancial de las tasas de repetición, de alto costo privado y social, entre otras medidas.

En este ámbito, la política relativa a los docentes y directores de escuela es un factor que adquiere una importancia crucial, en tanto estos son, junto con los estudiantes, los agentes clave del sistema educativo. Recursos financieros adicionales y liberados por la mejora en la eficiencia pueden traducirse en mejores desempeños docentes, sobre la base de la instrumentación de políticas que aborden de modo integral sus determinantes. Los requisitos de acceso a la profesión, así como los mecanismos para la permanencia, promoción y salida de esta, deben ser repensados en conjunto con las políticas de formación inicial, de educación permanente y el régimen legal que regula la docencia.

Por último, la atención de las necesidades específicas de las poblaciones con mayor rezago educativo (en condiciones de pobreza urbana y ruralidad, así como con atributos culturales o lingüísticos particulares) es clave para el progreso en este ámbito. Con tal fin, es preciso garantizar la pertinencia de los servicios educativos. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar formas de gestión y prestación de servicios flexibles que permitan, entre otros objetivos, extender la cobertura de la educación secundaria, actualmente muy concentrada en los centros urbanos, hacia las poblaciones dispersas de las zonas rurales.

Por último, existe consenso respecto de la importancia de la atención integral de la primera infancia, que trasciende la ampliación de la educación preescolar y trae aparejado un gran esfuerzo en materia de infraestructura y establecimiento de redes para atender a los menores desde las edades más tempranas. Esto último facilita el control de su estado de salud y la realización de las intervenciones necesarias, entre otros beneficios, tal como se pone de relieve en el capítulo V. De hecho, los países de la región están haciendo esfuerzos para ampliar estos servicios, definir mejor su alcance y diseñar políticas intersectoriales, que incluyen la protección de la salud y la nutrición (UNESCO, 2004d). En Cuba, el programa “Educa a tu hijo” ha demostrado que la organización comunal, apoyada con materiales y el respaldo profesional del Estado, puede permitir que los niños reciban una mejor atención a sus necesidades que la que ofrecerían los servicios públicos de salud y educación actuando de modo aislado. Hoy, tres de cada cuatro niños menores de 6 años participa de este programa. Esto, aunado a la cobertura brindada por casas cuna y centros de educación infantil, permite atender a una fracción de niños muy próxima a la universalidad. En la República Bolivariana de Venezuela se implementó recientemente el Proyecto Bandera Simoncito, dirigido a fortalecer la atención integral y pedagógica de los niños menores de 6 años.

Recuadro III.5

ESCUELAS SALUDABLES Y PROMOTORAS DE LA SALUD

La educación no solo tiene efectos claros sobre las tasas de fecundidad o los niveles de mortalidad y morbilidad de la población, vinculados a la escolaridad de los padres y, en especial, de las madres. También se han demostrado las consecuencias positivas de la educación en la prevención de la epidemia del VIH/SIDA. En general, los servicios educativos tienen una presencia territorial mayor que la de los servicios de salud. Así, por ejemplo, en Perú existen escuelas primarias en cerca de 30.000 localidades, mientras que los establecimientos de salud solo se encuentran presentes en alrededor de 6.000. Por lo tanto, las escuelas cobran una función clave en la promoción de la salud, ya que brindan la infraestructura que hace posible campañas de inmunización y de detección temprana de enfermedades, así como actividades de atención primaria de la salud. Esto refuerza la necesidad de garantizar que las escuelas sean espacios saludables, no solo para respetar el derecho inmediato de los niños a vivir su experiencia educativa en un entorno adecuado a sus necesidades sino también en virtud de sus efectos en las condiciones generales de salud de la comunidad.

Capítulo IV

Autonomía de las mujeres e igualdad de género

Objetivo	Meta	Indicadores
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer	4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines del 2015	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

A. Introducción

La igualdad de género y la autonomía de la mujer son reconocidas como un objetivo en la Declaración del Milenio. En efecto, en ella se señala la necesidad de “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible”. Asimismo, en el mensaje que dirigió el Secretario General con ocasión del Día Internacional de la Mujer el 8 de marzo del 2003, reafirmó la necesidad de incorporar el género como enfoque transversal del desarrollo:

“Un estudio tras otro han demostrado que no hay estrategia de desarrollo eficaz en la que la mujer no desempeñe un papel central. Cuando la mujer participa plenamente los beneficios pueden verse inmediatamente: las familias están más sanas y mejor alimentadas; aumentan sus ingresos, ahorros e inversiones. Y lo que es cierto para las familias también lo es para las comunidades y, a la larga, para países enteros”. Y concluye: “No hay tiempo que perder si queremos alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio antes del plazo de 2015. Sólo invirtiendo en las mujeres del mundo podemos esperar conseguir esos objetivos. Cuando las mujeres prosperan toda la sociedad sale beneficiada y las generaciones sucesivas pueden abordar la vida en mejores condiciones”.

La Declaración del Milenio contiene una síntesis de los principales problemas sociales que afectan a la población que vive en países en desarrollo y que ya han sido objeto de preocupación de otras conferencias y cumbres internacionales realizadas durante la década de 1990.¹ La mayoría de los planes de acción necesarios para alcanzar esos objetivos han sido elaborados y aprobados por los Estados miembros, en algunas ocasiones a título individual y en otras conjuntamente, en el marco de organizaciones y conferencias internacionales. Sin embargo, es fundamental señalar que los objetivos de desarrollo del Milenio no reemplazan los consensos internacionales vigentes. La noción de integralidad e indivisibilidad de los derechos desarrollada a lo largo de las décadas pasadas permitió incluir las demandas del movimiento social de mujeres y transformar el enfoque de los acuerdos internacionales. Esto fue aún más evidente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), en la cual el enfoque de los derechos sustituyó definitivamente las visiones estrictamente demográficas imperantes, hecho que marcó un hito en la integración de la perspectiva de género en los consensos internacionales. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, corona este proceso y lleva al logro de grandes avances gracias a la aplicación de la Plataforma de Acción, que alienta la formulación de políticas y el desarrollo de una institucionalidad de género en el plano nacional.

Por otra parte, cabe recordar que la región latinoamericana cuenta con instrumentos de política y una década de experiencias que están en proceso de evaluación, al cabo de 10 años de aprobada la Plataforma de Acción en la Cuarta Conferencia Mundial de Beijing.²

En el examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing llevado a cabo en el año 2000, los gobiernos se comprometieron a eliminar todas las disposiciones discriminatorias de la legislación y las lagunas legislativas que dejan a las mujeres y las niñas sin protección jurídica eficaz ni recursos contra la discriminación por razones de sexo, a más tardar para el año 2005. Este compromiso se reafirma en México durante la novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, donde se evalúa casi una década de compromisos regionales e internacionales y se reitera la adhesión a los objetivos y metas de la Plataforma de Acción de Beijing, demostrando así que, a pesar de la retórica y los 10 años transcurridos, la región registra un evidente rezago frente a los objetivos trazados.

Según las evaluaciones gubernamentales y de la sociedad civil realizadas en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe,³ es en el ámbito educativo donde se han alcanzado los mayores logros en relación con la equidad de género en la región. En la década de 1990, se conquistó la equidad en lo referente al acceso a la educación primaria, ya que en la mayoría de los países se equipararon las tasas netas de matrícula de niñas y niños. En la educación

¹ En América Latina la aprobación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001 (Mar del Plata, 1994) orientó la agenda gubernamental de género más allá del año 2001, por decisión adoptada en la octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Lima, 2000). En el ámbito mundial, la aprobación, en 1979, de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como los sucesivos consensos logrados en las conferencias mundiales de las Naciones Unidas, permitieron incluir los derechos de las mujeres entre los temas de la agenda global.

² En su 49º período de sesiones de febrero y marzo del 2005, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer concluirá el proceso iniciado en las regiones.

³ La evaluación de las organizaciones de la sociedad civil coincide con la de los gobiernos en la identificación de los principales logros y desafíos. Para mayor información, véase www.eclac.cl/mujer.

secundaria y terciaria, las mujeres superaron la tasa de matrícula masculina. Vale la pena subrayar, sin embargo, que estos logros coexisten con una inserción laboral segmentada en el mercado de trabajo, que produce una reducción insuficiente de la brecha salarial y un desaprovechamiento de las capacidades obtenidas gracias a la educación.

El amplio reconocimiento político de la comunidad internacional a la importancia de la igualdad de género como fin y como medio para alcanzar el desarrollo es un punto de partida fundamental. Desde esa perspectiva, la meta de “Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015” debe entenderse como parte integrante de las políticas antidiscriminatorias tendientes a atacar, en el marco de la agenda prioritaria de los gobiernos, las principales dimensiones de la desigualdad de género, como la discriminación laboral, la falta de acceso a los recursos productivos, la desigualdad en el hogar, las múltiples formas de violencia contra la mujer, la falta de acceso a los servicios, en especial de salud sexual y reproductiva, y la baja participación en la toma de decisiones. De la experiencia regional se desprende que solo una adecuada combinación entre desarrollo económico y voluntad política al más alto nivel permite que los avances de las mujeres en la educación se expresen con equidad en el mercado laboral y en la participación política.

En la Declaración, si bien se han incluido indicadores que priorizan el logro en la educación primaria, secundaria y superior y en la relación entre tasas de alfabetización de mujeres y hombres entre los 15 y 24 años, también se destacan indicadores como el de la proporción de empleados remunerados en el sector no agrícola y la proporción de los puestos en el parlamento, evidenciando así la relevancia otorgada a las dimensiones laboral y política. La inclusión de esos indicadores refleja el reconocimiento implícito aunque insuficiente de dimensiones complementarias, expresado ya por muchos gobiernos en su legislación nacional o en los tratados internacionales. En ese sentido, los objetivos de desarrollo del Milenio deben entenderse como la ratificación —al más alto nivel— de la igualdad entre hombres y mujeres como objetivo primordial de la agenda internacional, que complementa los adoptados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y otras cumbres relacionadas.

La CEPAL, junto a los organismos del sistema que elaboraron este informe, vieron la necesidad de hacer explícita la relación entre mayor igualdad y empoderamiento de las mujeres y el logro de los restantes objetivos, analizando la información disponible en la región y desagregándola, cuando es posible y procedente, por área de residencia, edad, raza, etnia y pobreza, a fin de identificar la heterogeneidad de la región y los efectos negativos que tiene la articulación de diversas formas de desigualdad para las mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes, niñas y adultas mayores.

La piedra angular de la Declaración del Milenio es la lucha contra la pobreza. Según los datos disponibles, las mujeres están sobrerrepresentadas entre los pobres, la pobreza tiene efectos diferenciados sobre hombres y mujeres y las mujeres contribuyen a la disminución de la pobreza tanto cuando obtienen ingresos monetarios como cuando asumen la responsabilidad del cuidado de los niños, enfermos y adultos mayores y, en general, de todas las actividades vinculadas con la reproducción social. El análisis de la pobreza desde una perspectiva de género facilita la adopción de una perspectiva multidimensional, que permite entender mejor la razón por la cual ciertos grupos de personas están más expuestos a sufrirla y tienen más dificultades para salir de ella, y determinar los factores que intervienen en estos procesos. El aporte más importante de este enfoque es que contribuye a identificar la autonomía como vínculo necesario entre la pobreza y la igualdad.

La autonomía como concepto político “implica la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas (voluntad) para lograrlos, es decir subjetivarse como sujetos. Sujetos capaces de discernir sus deseos y sus intereses y de elegir las mejores acciones para concretar dichas elecciones. En el caso de la autonomía de género estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros. En tal sentido, hay una estrecha relación entre la adquisición de autonomía de las mujeres y los espacios de poder que puedan instituir, tanto individual como colectivamente.

En realidad, el grado de autonomía de un sujeto singular es inseparable del grado de autonomía del grupo social al que pertenece. Es decir, el grado de autonomía personal que una mujer pueda desplegar dependerá también de la autonomía posible de su grupo social y de aquella que las mujeres de la sociedad a la que pertenece hayan alcanzado. En síntesis, la autonomía de un grupo social no depende exclusivamente de la voluntad personal de quienes a él pertenecen. Para que alguien pueda saber qué quiere en su vida y cómo lograrlo, que se sienta con derecho a decir no, a incidir en su realidad para lograr sus proyectos, necesita un tipo de subjetividad cuya construcción no depende exclusivamente de su psiquismo. Entran en juego aquí condiciones de posibilidad histórico-sociales de gran complejidad, y bueno es reconocerlo, de lenta y difícil modificación” (Fernández, 1999).

Una dimensión importante de la autonomía tiene que ver con la economía. Ya en Beijing se planteaba que la forma más adecuada de superar la pobreza es favoreciendo la posibilidad de que las mujeres generen ingresos propios mediante el acceso a los recursos, el empleo, los mercados y el comercio en condiciones de igualdad (Plataforma de Acción).

Con respecto a la autonomía física de las mujeres, la gravedad que revelan las cifras sobre la mortalidad materna en un gran número de países exige tener presente la necesidad de reconocer los derechos reproductivos de las personas y, en particular, el impacto de estos derechos sobre la autonomía de las mujeres. La responsabilidad que también tiene el hombre en lo concerniente a las altas tasas de fecundidad, el embarazo adolescente, la transmisión de enfermedades sexuales y el SIDA obliga a abordar este debate desde una perspectiva integral e integradora. Por último, para llegar a una cabal comprensión de la pobreza es preciso incorporar el análisis de la violencia, que se considera un factor que inhabilita a las personas para gozar de autonomía, les impide ejercer su ciudadanía y erosiona su capital social a causa del aislamiento al que las somete. Esto es coherente con la definición que concibe la pobreza como la carencia de condiciones de vida mínimas para la supervivencia.

Otro ámbito donde la construcción de la autonomía adquiere importancia es el de las familias y los hogares, ya que “para comprender por qué persisten las desigualdades laborales, sociales y políticas es necesario impulsar cambios que permitan conciliar el trabajo para el mercado con el trabajo y la vida familiar. Las mujeres de la región han superado sus ataduras excluyentes con el mundo doméstico, pero no han sido eximidas de esa responsabilidad. Dicho de otro modo, en todos los países la igualdad formal reconoce a las mujeres sus derechos de ciudadanía y permite su ingreso al mundo público en mayor igualdad, pero al no sancionarse la discriminación ni fomentarse la igualdad en la familia, el cuidado y la distribución del tiempo, el derecho a la ciudadanía no se ejerce plenamente”.

El concepto de autonomía se ha enriquecido con el aporte de las mujeres indígenas y afrodescendientes de la región, que están llevando a cabo una reflexión crítica de ciertas prácticas comunitarias, esto es, normas, costumbres, tradiciones y usos consagrados. Afirman que la autonomía deberá fundarse en principios incluyentes, igualitarios, pluralistas y democráticos. En esta perspectiva, la autonomía, como un derecho colectivo de los pueblos indígenas, sería la plataforma básica para la igualdad de derechos y la equidad entre géneros (Sánchez, 2003).

B. El diagnóstico regional: desigualdades cruzadas

1. La educación y las oportunidades de las mujeres

La educación, además de ser un derecho y una meta en sí misma, es una condición necesaria para reducir las desigualdades que afectan a los países de la región. Es conocido que el nivel de instrucción de la población, masculina y femenina, tiene consecuencias directas en sus posibilidades de acceder a un empleo de calidad y por ese medio mantener a las familias fuera de la pobreza, y favorece una participación ciudadana y política más activa e informada, para mencionar solo dos de sus efectos sobre los demás objetivos del Milenio.

Para dinamizar este círculo virtuoso de logros que se potencian es fundamental concentrarse especialmente en la educación de las niñas. Las ventajas que esta conlleva se trasladan de generación en generación y desencadenan procesos multiplicadores de bienestar por sus efectos positivos sobre otros indicadores sociales. El ciclo de vida de las niñas con educación es diferente del de aquellas que no han completado sus estudios. Las investigaciones muestran que a mayor nivel de instrucción se posterga tanto la nupcialidad como la edad al nacimiento del primer hijo, disminuyendo el embarazo adolescente y las tasas de fecundidad en general. Asimismo, claramente la calidad de la atención y el cuidado de las mujeres con educación contribuye a reducir la probabilidad de que los niños contraigan enfermedades y a aumentar sus posibilidades de superar los cinco años, reduciendo la mortalidad, la malnutrición y la morbilidad infantil y, a su vez, constituye un factor de matrícula y permanencia de los hijos e hijas en el sistema educativo. De igual modo, la educación, a escala individual, favorece la autonomía y la autovaloración de las mujeres.

En América Latina no cabe duda de que en las últimas décadas los países han alcanzado grandes logros en materia de cobertura escolar en el nivel primario y se evidencian avances significativos en los niveles secundario y terciario. Sin embargo, quedan aún tareas pendientes, vinculadas sobre todo con las desigualdades económicas, étnico-raciales y de lugar de residencia, por lo que siguen vigentes los objetivos de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing, aprobada en 1995, en el sentido de eliminar los factores de discriminación que impiden asegurar la educación universal y la finalización de la educación primaria de todos los niños y niñas, así como el acceso igualitario de las y los jóvenes a la educación secundaria y superior (Objetivo estratégico B.1.).

En concordancia, la Meta 4 de los objetivos de desarrollo del Milenio insiste en: “Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015”, y se establecen indicadores que permiten hacer su seguimiento. Estos se complementan, en el presente documento, con otros indicadores que posibilitan abordar la problemática de la educación desde una perspectiva de género de manera más ajustada con la realidad de los países de la región, a fin de adoptar decisiones de política conducentes a una verdadera equidad de género.

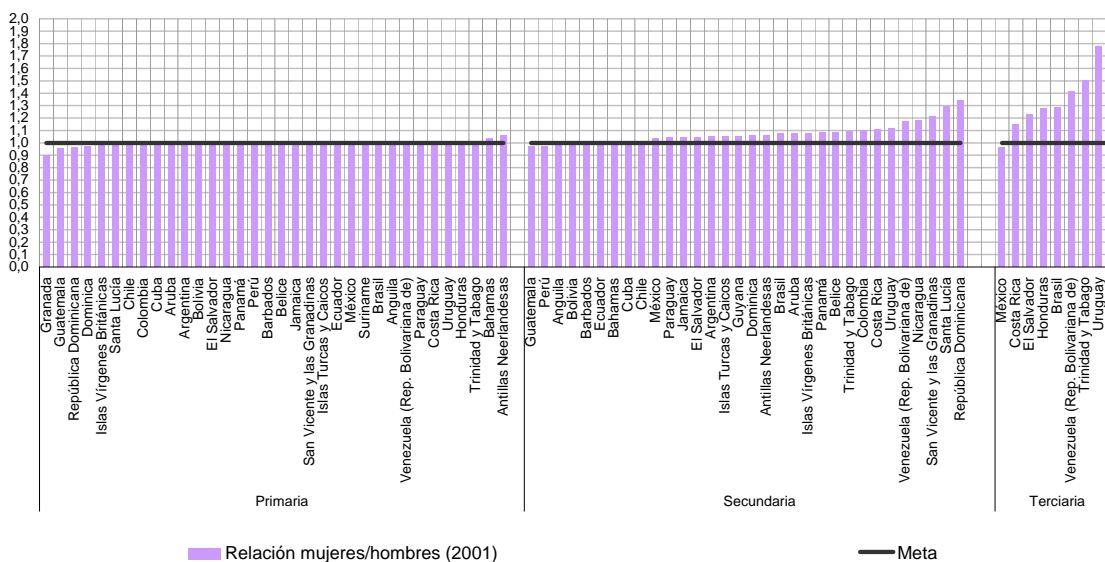
Indicador 9: Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior

De acuerdo con la información disponible, la relación entre niñas y niños en el nivel primario muestra que, con excepción de Guatemala, Granada y República Dominicana, la mayoría de los países han alcanzado la meta o se encuentran muy cerca de alcanzarla (véase el gráfico IV.1). Este hecho obedece a una tendencia que ya estaba instalada en la región a principios de la década de 1990.

Para los niveles secundario y terciario (véase el gráfico IV.1), la información disponible para el inicio del siglo XXI muestra que en el primero la relación entre las tasas netas de matrícula favorece a las niñas, excepto en Anguila, Guatemala y Perú, donde aún existe una brecha en la cobertura educacional en perjuicio de las niñas. En el caso de la educación terciaria, aunque la

información disponible es bastante escasa, se advierte que solo México no supera la meta. Por su parte, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Jamaica, República Bolivariana de Venezuela, Trinidad y Tabago y Uruguay muestran una relación altamente favorable a las jóvenes.

Gráfico IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN ENTRE LAS TASAS NETAS DE MATRÍCULA DE LAS NIÑAS Y LAS DE LOS NIÑOS EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA Y EN LAS TASAS BRUTAS DE LA EDUCACIÓN TERCIARIA, AÑO ESCOLAR 2001



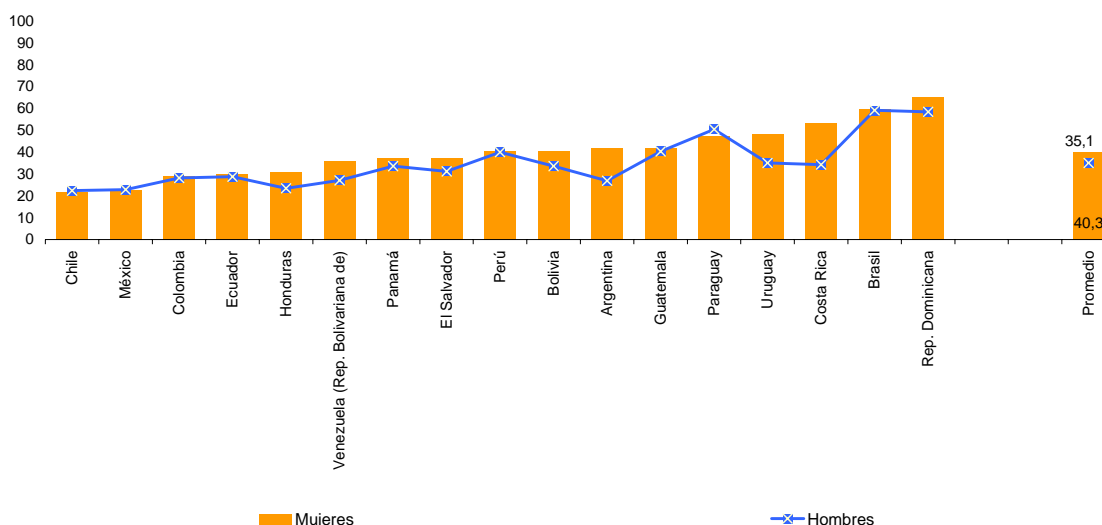
Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS) [en línea] <http://www.uis.unesco.org>.

La mayor y persistente asistencia de las niñas y jóvenes a establecimientos educacionales responde a diversos fenómenos de carácter sociocultural y político. Entre estos se destaca, por una parte, la introyección por parte de las mujeres del discurso de la “meritocracia” y del esfuerzo personal para el mejoramiento de su situación y una mejor inserción futura en el mercado laboral. Por otro lado, investigaciones de corte cualitativo se refieren al papel de protección que juega la escuela, sobre todo para las niñas pobres, a quienes los padres prefieren mantener en las instituciones como forma de protección contra la violencia y los riesgos en la calle. A lo anterior se suma el hecho de que la educación aparecería como más compatible en términos de demanda horaria con el trabajo doméstico o con los trabajos remunerados que asumen las mujeres, ya que en el promedio regional urbano el 40,3% de las adolescentes entre 15 y 19 años que pertenecen a la población económicamente activa asiste a un establecimiento educacional, mientras que en el caso de los jóvenes varones este porcentaje alcanza a un 35% (véase el gráfico IV.2).

a) Heterogeneidad de los logros educativos

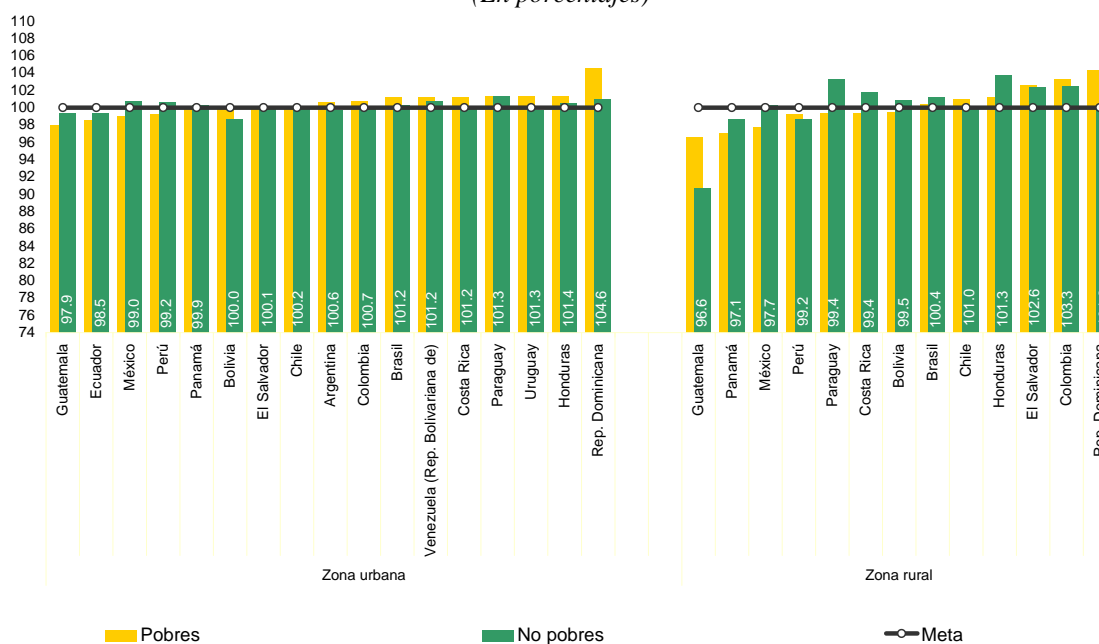
A pesar de los logros consignados, aún sigue pendiente para un grupo de países lograr la equidad en materia de asistencia escolar para el tramo de edad comprendido entre los 6 y 12 años de edad. Este indicador, considerado una variable sustitutiva (*proxy*) de la cobertura escolar en el nivel primario, muestra que, si bien la meta de igualdad ha sido alcanzada por las niñas pertenecientes a estratos no pobres, sigue representando un desafío para algunas niñas provenientes de hogares pobres, sobre todo en las zonas rurales (véase el gráfico IV.3). Las niñas pobres de zonas urbanas en Guatemala y Ecuador aún registran menores tasas de asistencia escolar que sus pares varones. En las zonas rurales de Guatemala y Panamá el conjunto de la población femenina de este tramo etario (pobres y no pobres) aún no se equipara con los niños, mientras que en México la meta solo ha sido alcanzada por la población infantil no pobre.

Gráfico IV.2
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): ASISTENCIA ESCOLAR DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD SEGÚN SEXO, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DEL 2002
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

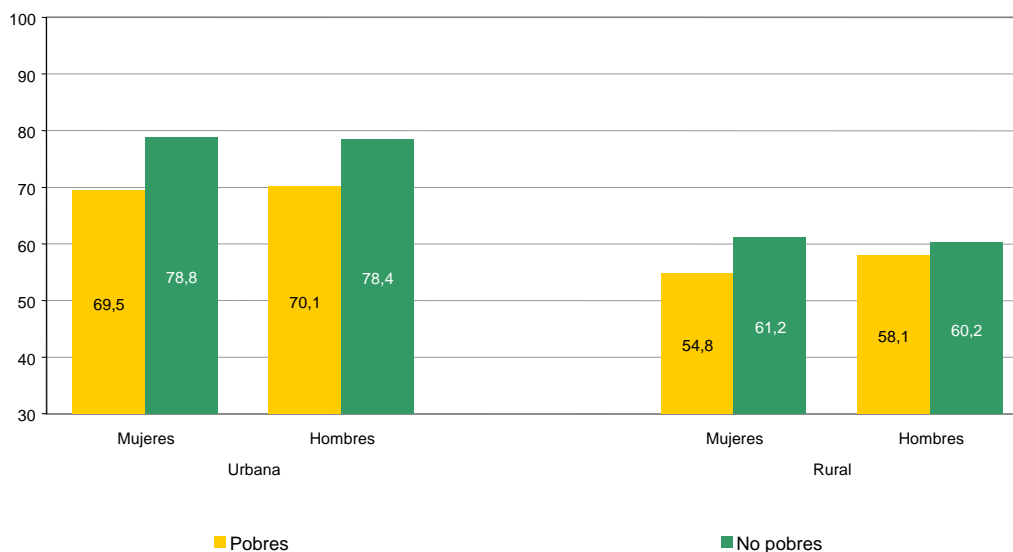
Gráfico IV.3
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE LA TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR DE LAS NIÑAS Y LA DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA Y ZONA DE RESIDENCIA, ALREDEDOR DEL 2002
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Un fenómeno similar se observa entre las y los jóvenes pertenecientes al tramo de edad de entre 13 y 19 años, variable sustitutiva (*proxy*) de la educación secundaria, donde se advierten comportamientos diferentes entre aquellos pertenecientes a hogares pobres y no pobres, así como entre zonas urbanas y rurales. Cabe destacar que en estas últimas solo el 55% de las mujeres pobres y el 58% de los hombres de la misma condición asisten a un establecimiento educacional (véase el gráfico IV.4). Claramente las brechas de género se agudizan con otras desigualdades críticas como la socioeconómica y territorial. De este modo, en términos relativos las jóvenes de los hogares pobres rurales aparecen con una desventaja respecto de sus pares no pobres de casi 6,5 puntos porcentuales, mientras la distancia con las mujeres urbanas no pobres alcanza a 24 puntos porcentuales.

Gráfico IV.4
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE 16 PAÍSES EN ZONAS URBANAS Y 13 PAÍSES EN ZONAS RURALES): ASISTENCIA ESCOLAR DE LA POBLACIÓN DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD SEGÚN SEXO, CONDICIÓN DE POBREZA Y ZONA GEOGRÁFICA, ALREDEDOR DEL AÑO 2002^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Zonas urbanas: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.
 Zonas rurales: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.

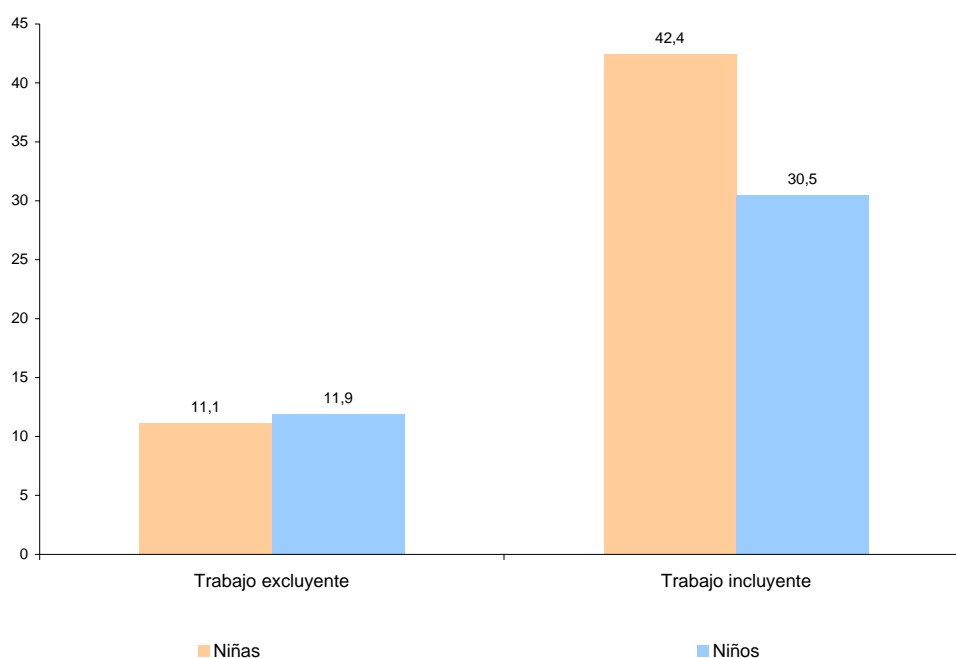
b) Calidad de la educación

Más allá de la paridad en la cobertura, se reconoce que la igualdad entre niñas y niños requiere eliminar las discriminaciones en las oportunidades de asistir a la escuela derivadas de las responsabilidades familiares y el trabajo infantil, incluido el no remunerado, cambiar los métodos de enseñanza y los contenidos curriculares explícitos y “ocultos”, que “enseñan” a niños y niñas y a los y las adolescentes normas, pautas y expectativas sociales diferentes para unos y otras.

En este marco, un problema aún no suficientemente analizado es el de las diferencias entre los patrones de deserción y repetición entre niños y niñas, especialmente entre los sectores más pobres. Por ejemplo, en Perú, la tasa de asistencia con retraso de los estudiantes entre 7 y 11 años alcanza el 34% para las niñas y el 38% para los niños (Bravo, 2004). Estos fenómenos son resultado, entre otras causas, de los mandatos culturales vinculados a la socialización de género y a

la división sexual del trabajo que se instala tempranamente en los hogares y que afectan la calidad del aprendizaje. Mientras que las niñas con frecuencia tienen dificultades escolares a raíz de las responsabilidades familiares que deben asumir, los niños en su mayoría se retrasan en sus estudios o directamente abandonan la escuela para incorporarse al trabajo remunerado. Lo anterior es de gran relevancia ya que, debido al carácter restrictivo de las definiciones sobre trabajo en general y trabajo infantil en particular, solo se considera trabajador a aquel niño o niña que trabaja para el mercado, ignorando de este modo la incidencia del trabajo doméstico. Por ejemplo, en la información de Bolivia, se puede apreciar que el porcentaje de niñas y niños trabajadores se eleva significativamente al considerar trabajo las tareas domésticas no remuneradas (véase el gráfico IV.5).

Gráfico IV.5
BOLIVIA (2001): NIÑAS Y NIÑOS ENTRE 7 Y 14 AÑOS QUE TRABAJAN^a
(En porcentajes)



Fuente: Encuesta de Hogares de Bolivia del 2001.

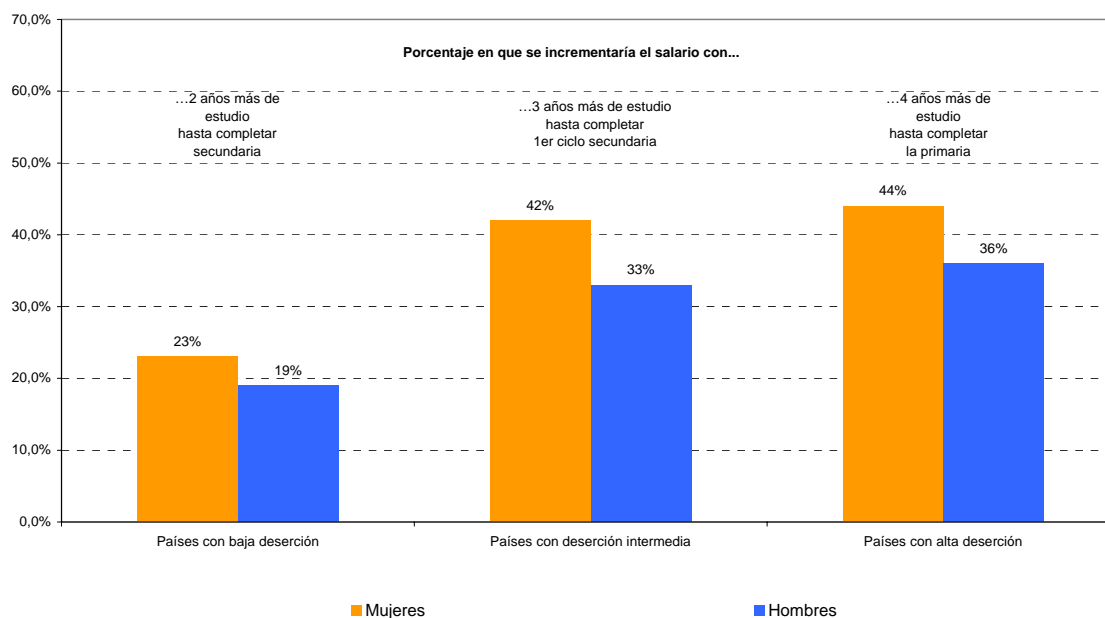
^a En el gráfico se muestra el porcentaje de niñas y niños que trabajan más de 20 horas a la semana. Se denomina trabajo excluyente al que considera solo el trabajo de mercado y trabajo incluyente al que considera el trabajo de mercado y las labores domésticas.

Además, es importante considerar que si bien la deserción escolar afecta más a los niños y jóvenes que a las mujeres, su impacto económico es mayor para ellas. El análisis de la información sobre las pérdidas de ingresos salariales derivadas de la deserción escolar según el sexo muestra que esta entraña mayores déficit para las mujeres que para los hombres. Por ejemplo, en los países con alta deserción, las mujeres incrementarían su ingreso cerca de un 44% si completaran cuatro o más años de estudio para finalizar la enseñanza primaria, mientras que los hombres lo incrementarían un 36% (véase el gráfico IV.6).

En la enseñanza primaria los textos escolares y las prácticas pedagógicas cobran una enorme importancia. Si bien desde los inicios de la década de 1990 en casi todos los países de la región se han realizado grandes esfuerzos para eliminar el sexismo de los libros y material didáctico, siguen presentes estereotipos que influyen negativamente en la autopercepción y la identidad de las niñas,

al presentarse modelos casi exclusivamente masculinos en el desempeño técnico y el ejercicio del poder público, y tampoco se hace mayor referencia a los derechos humanos de las mujeres y aún menos a sus contribuciones al desarrollo de la comunidad y la sociedad (Rico, 1996).

Gráfico IV.6
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PÉRDIDAS DE INGRESOS LABORALES DERIVADAS DE LA DESERCIÓN ESCOLAR, SEGÚN SEXO, POR GRUPOS DE PAÍSES, ALREDEDOR DE 1999^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina, 2001-2002* (LC/G.2183-P), Santiago de Chile, 2002. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.65.

^a Países con baja deserción: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Panamá y Perú.
 Países con deserción intermedia: Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.
 Países con alta deserción: Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

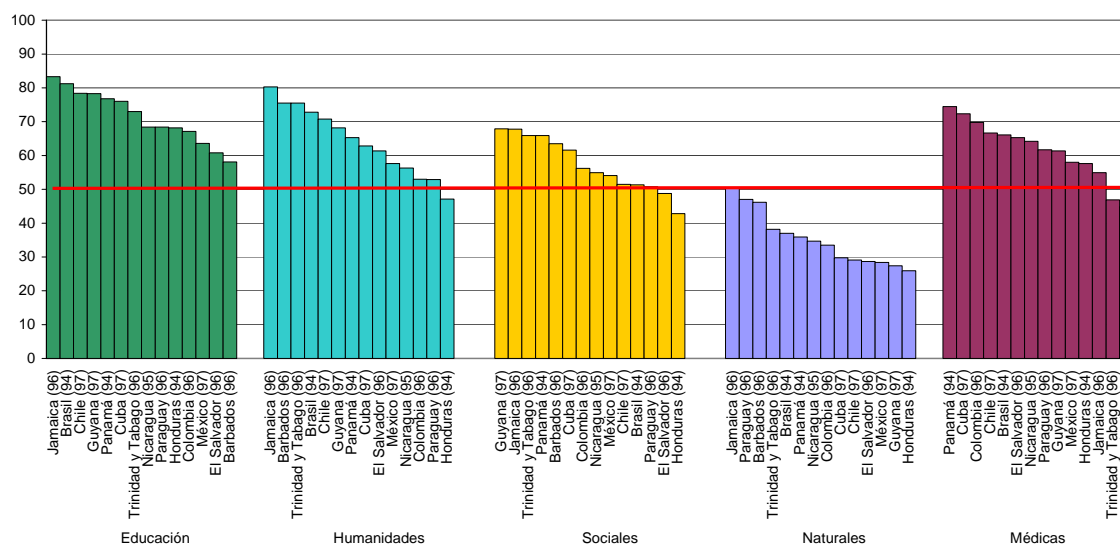
c) Pertinencia de la educación para la vida laboral

En el nivel secundario, donde se inicia la orientación profesional y laboral, los contenidos educativos no suelen estar adaptados a las exigencias del mundo productivo y a las nuevas condiciones económicas y de la sociedad de la información. La enseñanza que se otorga a las niñas sigue influida por los estereotipos tradicionales sobre las mujeres y el tipo de desempeño laboral que se considera apropiado para ellas, lo que contribuye a la inercia sexista del sistema educativo.

Si se analiza la situación de las niñas que acceden a la educación terciaria, ya sea universitaria o técnica, se observa la persistencia de la concentración en carreras tradicionalmente consideradas “femeninas” o más apropiadas para mujeres (véase el gráfico IV.7). Este fenómeno pone en la agenda la orientación vocacional que se entrega a las y los jóvenes, así como la calidad educativa en su sentido más lato. En efecto, hace un llamado de atención sobre la necesidad de fomentar el ingreso de las mujeres a las carreras relacionadas con los actuales cambios y adelantos científicos y tecnológicos. El hecho de que las mujeres prefieran un tipo determinado de carreras, a las que son impulsadas, aminora el impacto de su amplia participación en el sistema educativo y

demuestra que no es suficiente asegurar su acceso sino que es imprescindible reorientar su participación en beneficio de ellas mismas y de la sociedad en su conjunto.

Gráfico IV.7
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES EN CADA SECTOR DE ESTUDIO
 EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ALREDEDOR DE 1995^a**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Statistical Yearbook 1999*, París.

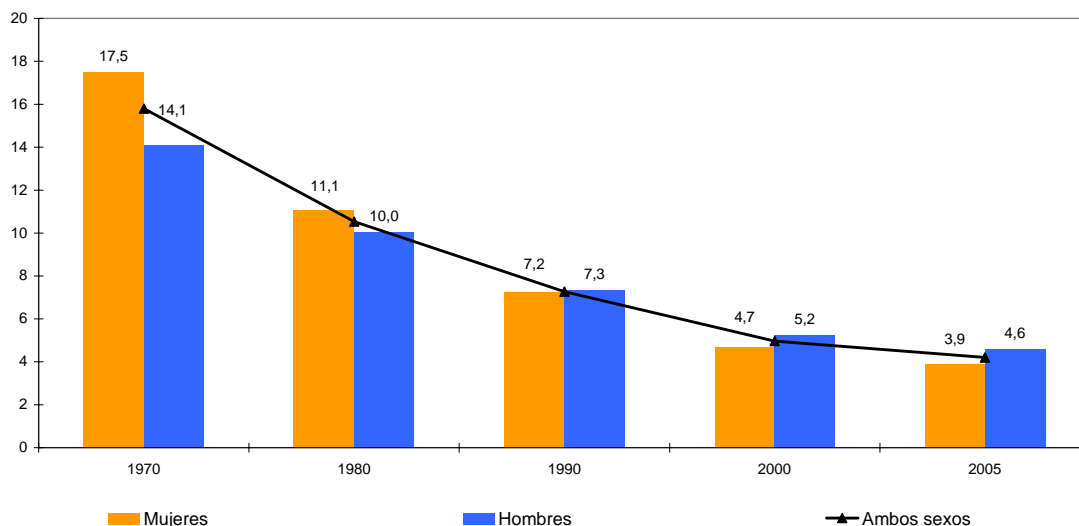
^a El área de ciencias naturales incluye ciencias naturales; ingeniería; matemáticas e informática; arquitectura y urbanismo; transporte y comunicaciones; formación en actividades comerciales, artesanales e industriales, y agricultura, silvicultura y pesca.

2. La persistencia del analfabetismo

Indicador 10: Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años

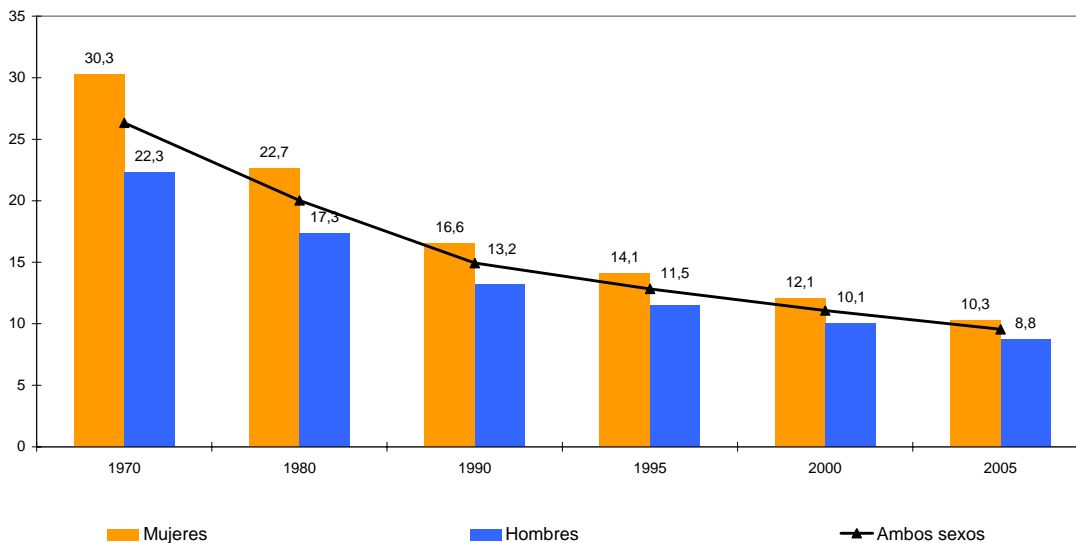
La evolución de las tasas de analfabetismo de la población joven en el tramo de edad de 15 a 24 años muestra que se han ido cerrando las brechas que históricamente ponían a las mujeres en desventaja. Incluso, según estimaciones de la UNESCO (www.uis.unesco.org), este patrón se habría invertido para el año 2005, en que se estima que el analfabetismo masculino supera a la respectiva tasa femenina (véase el gráfico IV.8). Sin embargo, si se amplía el indicador a todas las mujeres mayores de 15 años, se observan tasas de analfabetismo femenino mayores, lo que indica la persistencia de la brecha (véase el gráfico IV.9). Este indicador señala la importancia de elaborar políticas de reducción del analfabetismo también entre mayores de 24, particularmente las mujeres, considerando los efectos positivos que tiene la educación sobre su propia autonomía y el bienestar familiar y comunitario. La inversión en educación y capacitación dirigida sobre todo a las mujeres tiene cuantiosos retornos económicos y no económicos, en términos de reducción de la pobreza de sus hogares, mejoramiento de la productividad, reducción de la fecundidad y un mejor futuro para los hijos e hijas.

Gráfico IV.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD, 1970-2005
(En porcentajes)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO [en línea] <http://www.uis.unesco.org/>.

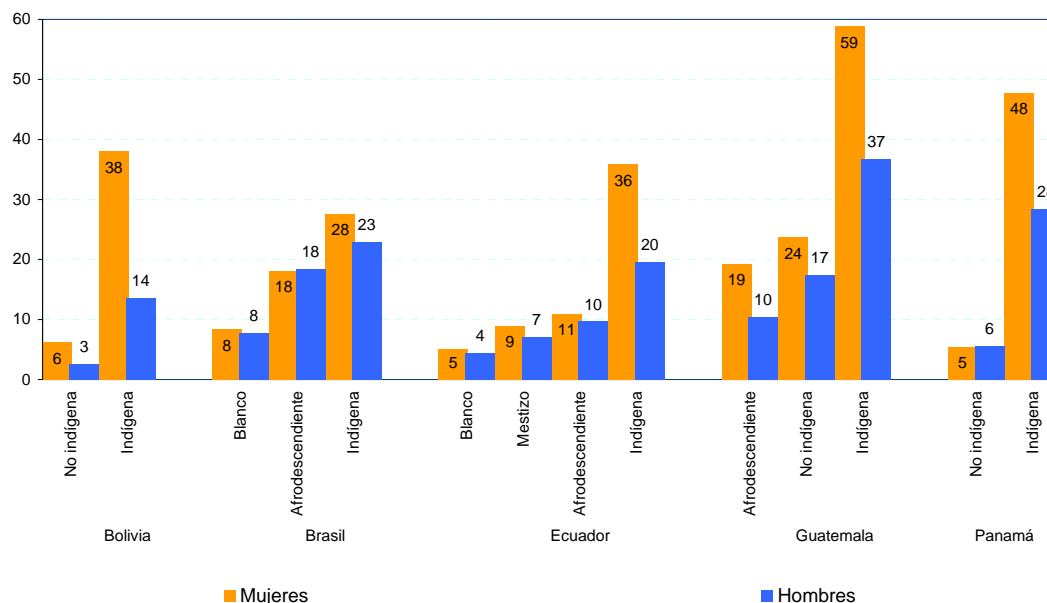
Gráfico IV.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS, 1970-2005
(En porcentajes)



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO [en línea] <http://www.uis.unesco.org/>.

Además, hay que considerar que los valores basados en promedios nacionales o regionales encubren determinadas situaciones que enfrentan aquellos segmentos de la población femenina afectados por otros sistemas de discriminación, como los que sufren las mujeres indígenas. Según la última información censal para cinco países latinoamericanos, estos grupos presentan, en todos los casos, tasas de analfabetismo superiores a las de los hombres de igual pertenencia racial y étnica, y grupo etario, así como también a las registradas por las mujeres “blancas” o no indígenas (véase el gráfico IV.10).

Gráfico IV.10
AMÉRICA LATINA (5 PAÍSES): TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS DE EDAD Y MÁS, SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA O RACIAL, RONDA CENSOS 2000
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de los censos de población de Bolivia (2001), Brasil (2000), Ecuador (2001), Guatemala (2002) y Panamá (2000).

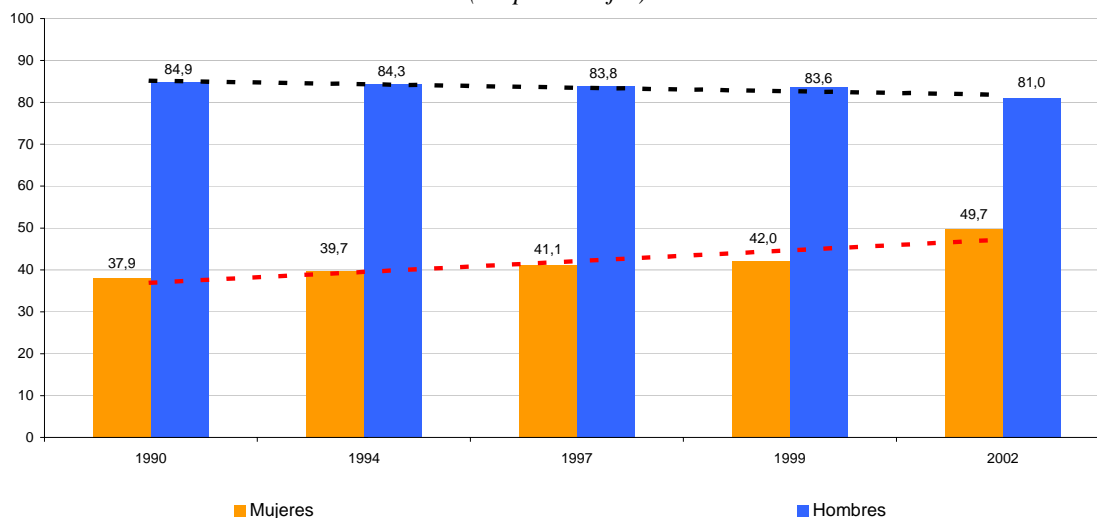
Los programas de alfabetización ofrecen a las mujeres adultas que no se han beneficiado de la escolaridad una oportunidad de adquirir conocimientos, además de un factor de realización personal y el ejercicio de un derecho. Sin embargo, es necesario prestar atención al hecho de que, según las experiencias realizadas, la alfabetización concebida como un fin en sí misma no garantiza la adquisición de conocimientos y capacidades técnicas básicas que permitan satisfacer las necesidades fundamentales, superar la pobreza y mejorar la calidad de vida.

3. El trabajo de las mujeres

Indicador 11: Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola

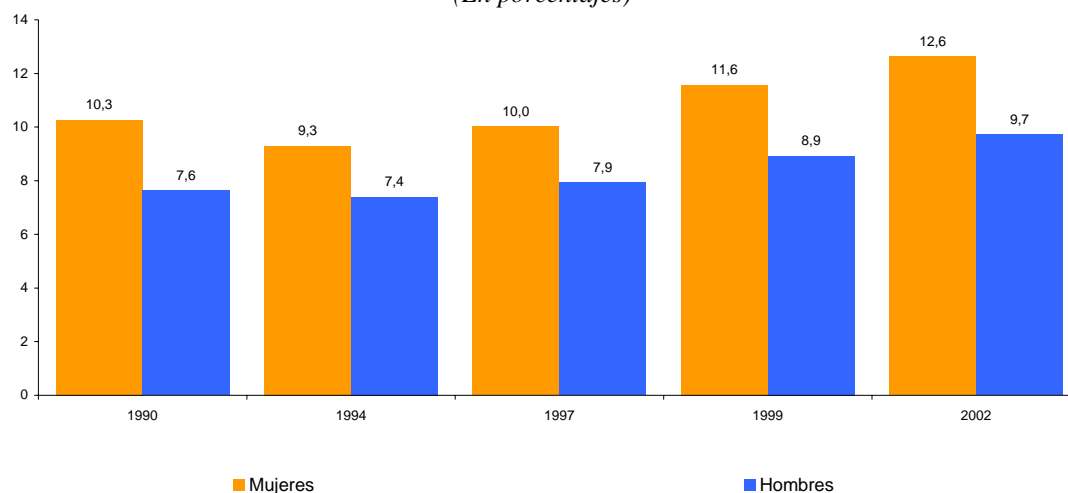
Con este indicador se introduce una dimensión fundamental de la lucha contra la pobreza y la desigualdad de género. Se trata de la brecha en el mercado de trabajo, excluida la participación de la mujer en actividades agrícolas. Si bien este indicador permite superar los sesgos metodológicos que revelan las fuentes para conocer la inserción laboral de las mujeres en las actividades agrícolas (Naciones Unidas, 1998), es conveniente analizar la pobreza y la desigualdad de género a partir de las brechas en el mundo laboral urbano y rural, así como en la división sexual del trabajo en las familias. Tal como se aprecia en el gráfico IV.11, uno de los fenómenos más impactantes de las dos últimas décadas es el aumento de la población femenina económicamente activa. Este fenómeno, en el que irreversiblemente radica un conjunto de transformaciones culturales, sociales y económicas, se presenta junto con tasas de desempleo mayores para las mujeres, tanto en América Latina como en el Caribe (véanse los gráficos IV.12 y IV.13). Para entender la contradicción entre una mayor disponibilidad de las mujeres para trabajar a cambio de ingresos y las dificultades efectivas para hacerlo es preciso analizar la articulación y dinámica de las esferas pública y privada y más específicamente la compatibilidad entre el trabajo productivo y reproductivo.

Gráfico IV.11
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN POR SEXO, 1990-2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estimaciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL y de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Gráfico IV.12
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE LOS PAÍSES):^a EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE DESOCUPACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, ZONAS URBANAS, 1990-2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

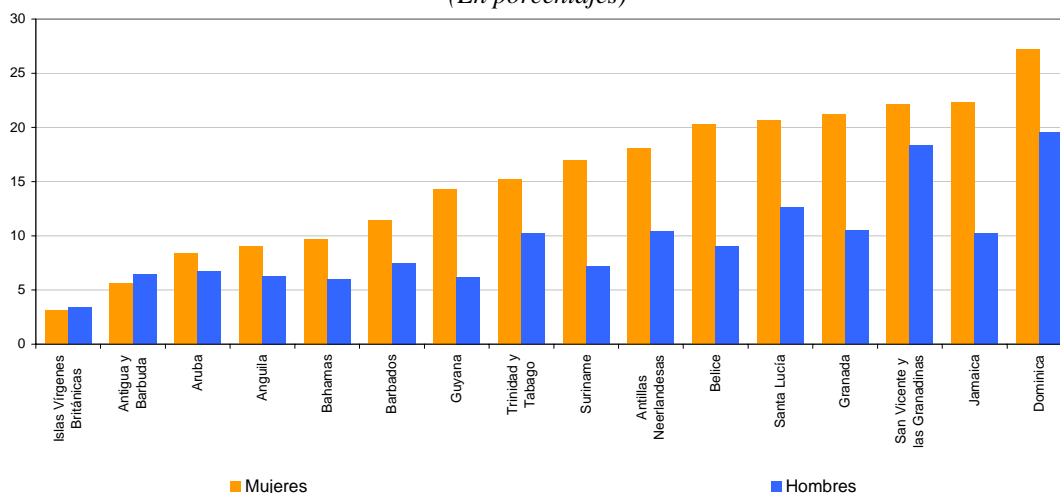
^a 1990 (14 países): Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

1994 (13 países): Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

1997 (14 países): Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

1999 y 2002 (16 países): Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Gráfico IV.13
CARIBE (16 PAÍSES): TASAS DE DESOCUPACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, ALREDEDOR DEL 2000
 (En porcentajes)

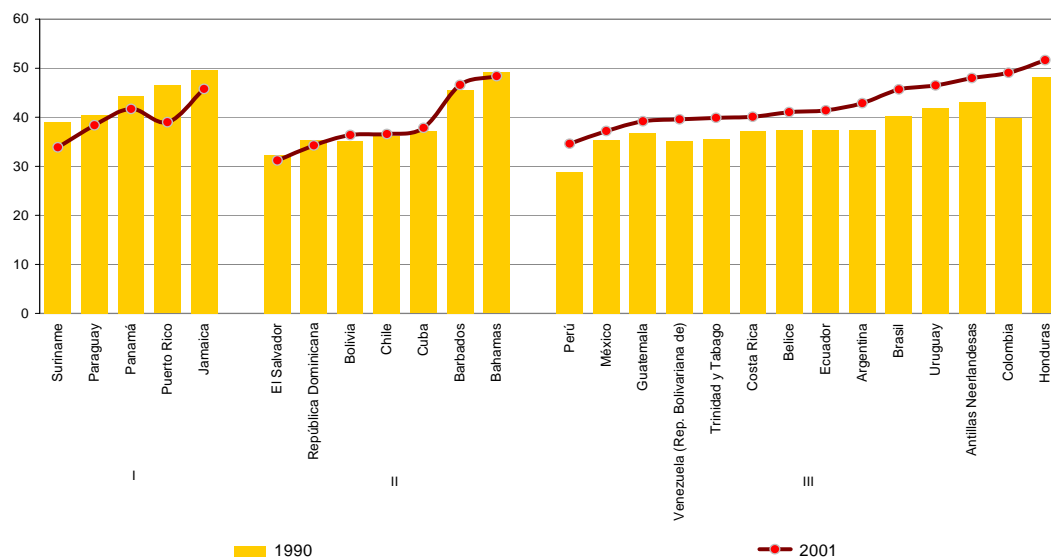


Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT), Oficina subregional para el Caribe.

La composición por sexo de la población ocupada en empleos no agrícolas no ha cambiado significativamente en la última década en los países de América Latina y el Caribe donde se observa una heterogeneidad en el valor de este indicador, que oscila en el año 2001 entre un 31,2% para El Salvador y un 51,7% para Honduras.

La evolución entre 1990 y 2001 exhibe diferentes patrones (véase el gráfico IV.14). Mientras que en la mayoría de los países (14 de 26) aumentó la participación de las mujeres (Grupo III), siete países (Grupo II) prácticamente han mantenido su composición por sexo, mientras que el primer grupo (Grupo I) conformado por cinco países muestra un rezago.

Gráfico IV.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (26 PAÍSES): MUJERES ENTRE LOS EMPLEADOS REMUNERADOS EN EL SECTOR NO AGRÍCOLA, 1990-2001
 (En porcentajes)



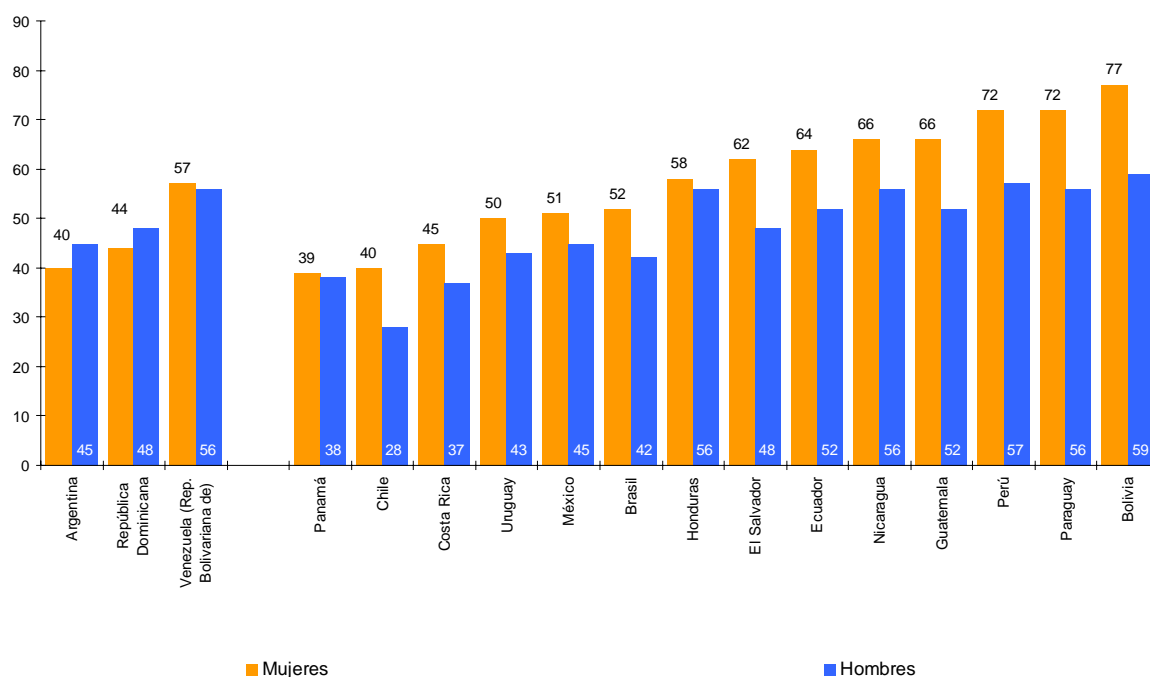
Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT).

a) Participación laboral

La tendencia anterior se produce en el contexto de un creciente ingreso de las mujeres al mercado de trabajo y se caracteriza por su concentración en empleos precarios, mal remunerados y de baja productividad (véase el gráfico IV.15). En 14 de los 17 países analizados, la proporción de mujeres en empleos de baja productividad en las zonas urbanas es mayor que la de los hombres.⁴ Entre 1990 y 2002, la brecha de género en sectores de baja productividad se redujo solo 3 puntos porcentuales, debido principalmente al empeoramiento de la inserción laboral masculina, que pasó del 43% al 46% en estos sectores, mientras que la de las mujeres se mantuvo estable (véase el gráfico IV.16).

A pesar de que las mujeres comparten con los hombres el impacto negativo de la creciente tendencia a la informalidad y precarización del empleo en la región, ellas obtienen ingresos aún menores tanto en el empleo de baja productividad (donde se concentran las mujeres con menor educación) como también entre las más educadas (véanse los gráficos IV.17 y IV.18).

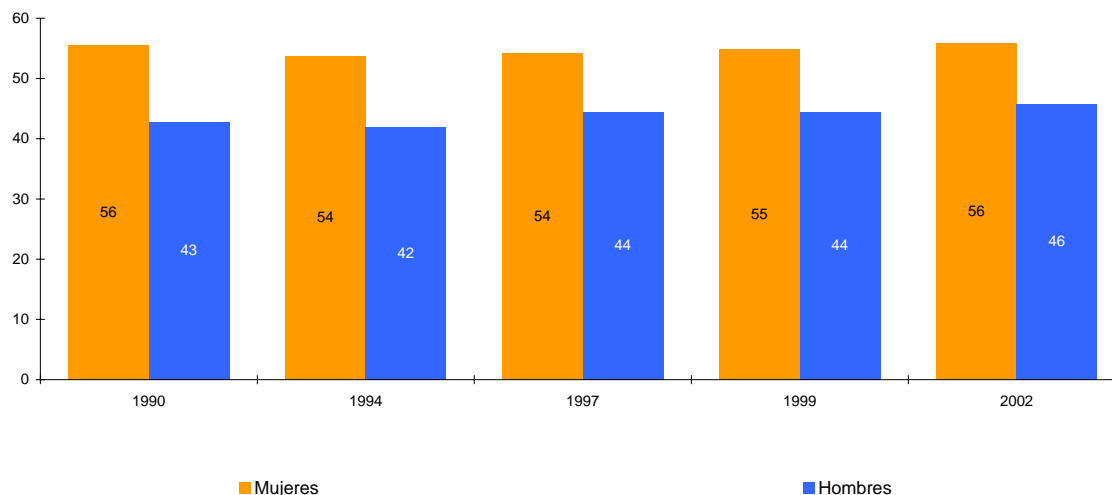
Gráfico IV.15
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): POBLACIÓN FEMENINA Y MASCULINA OCUPADA EN SECTORES DE BAJA PRODUCTIVIDAD DEL MERCADO DE TRABAJO, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

⁴ En Panamá la brecha de género es de 1,4 puntos porcentuales, mientras que en la República Bolivariana de Venezuela es de solo 0,2 puntos porcentuales, situación que no se advierte en el gráfico debido a que los datos se presentan sin decimales.

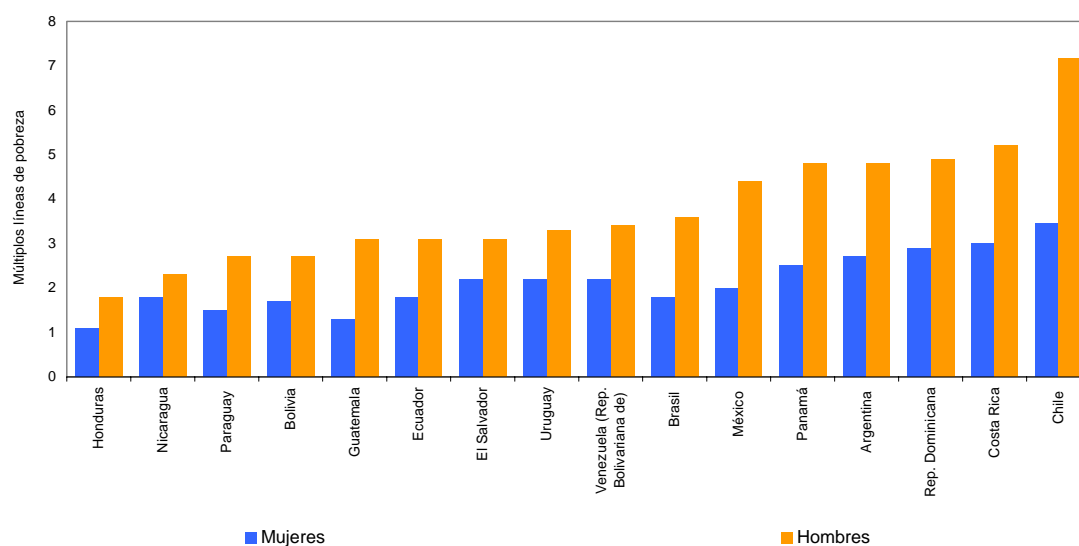
Gráfico IV.16
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE 10 PAÍSES):^a EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA Y MASCULINA OCUPADA EN SECTORES DE BAJA PRODUCTIVIDAD DEL MERCADO DE TRABAJO, ZONAS URBANAS, 1990-2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

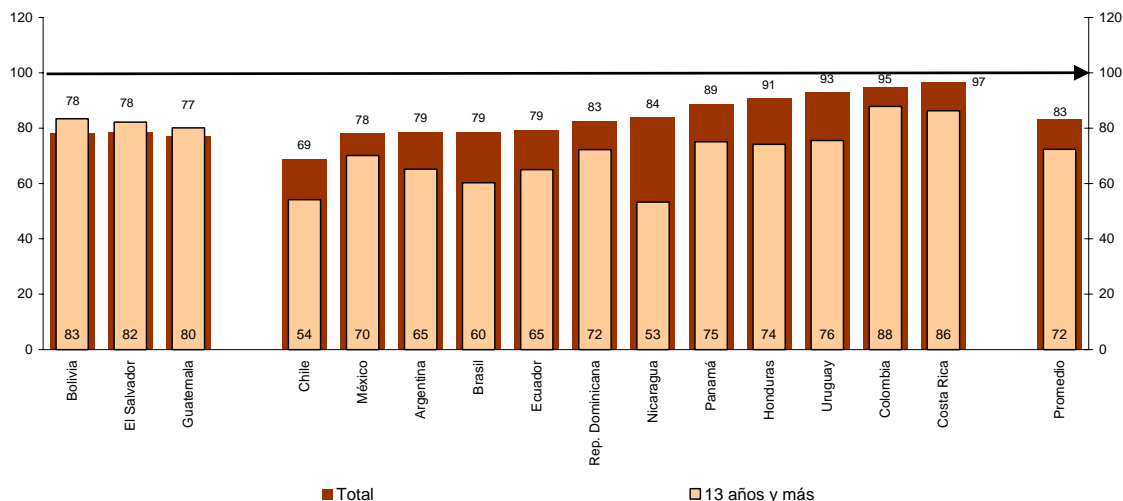
^a Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay y Uruguay.

Gráfico IV.17
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): INGRESO MEDIO DE LA POBLACIÓN FEMENINA Y MASCULINA OCUPADA EN SECTORES DE BAJA PRODUCTIVIDAD DEL MERCADO DE TRABAJO, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DEL 2002
(Ingreso expresado en múltiplos de las respectivas líneas de pobreza per cápita)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Gráfico IV.18
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): INGRESO MEDIO DEL TRABAJO POR HORA DE LAS MUJERES COMPARADO CON EL DE LOS HOMBRES, TOTAL Y PARA 13 AÑOS DE INSTRUCCIÓN O MÁS, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

b) Brecha de ingresos

En los últimos 12 años se han observado progresos en la brecha de ingresos laborales entre mujeres y hombres; sin embargo, han sido desiguales para los distintos tramos de educación.

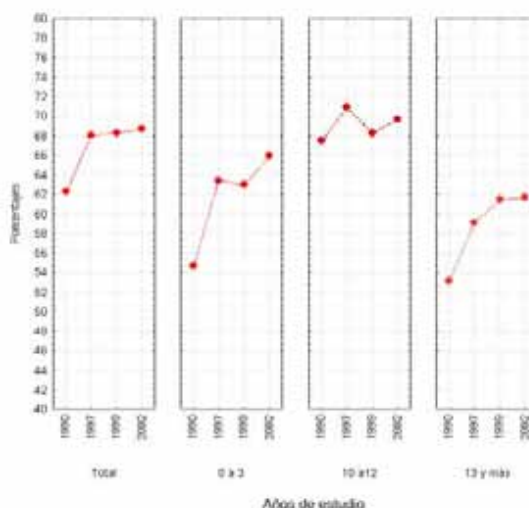
En los gráficos IV.19 y IV.20 se advierte que los ingresos de las mujeres alcanzan en el 2002 el 69% de los ingresos masculinos, mientras que sus ingresos salariales equivalen al 84% de los de los hombres. La brecha salarial se ha reducido 14 puntos porcentuales respecto de 1990, mientras que, en el caso del total de ingresos por trabajo, se registró un incremento de apenas 6,5 puntos porcentuales, lo que indica que dentro del esquivo trabajo asalariado mejoran las oportunidades para las mujeres.

Desde el punto de vista de la brecha correspondiente al tramo de menor escolaridad (0 a 3 años), la diferencia se ha reducido, lo que se expresa en un aumento del 55% en 1990 a un 66% en el 2002 para el total de ingresos provenientes del trabajo, mientras que la reducción de la brecha salarial ha pasado del 55% en 1990 al 72,3% en el 2002, es decir, se consiguó un aumento de cerca de 18 puntos porcentuales.

La mayor brecha de género se produce entre las mujeres más educadas, para quienes en el 2002 el ingreso laboral representa solo el 61,7% del ingreso de los hombres, mientras que en los salarios equivale apenas al 66,2% del de los varones.

El grupo que presenta la menor desigualdad entre los ingresos de mujeres y hombres corresponde a quienes poseen entre 10 y 12 años de estudio, donde las ocupadas (asalariadas e independientes) ganan alrededor del 70% de los ingresos laborales masculinos y las asalariadas cerca del 79% de los hombres en igual condición. Sin embargo, las disparidades en este grupo también se han reducido lentamente: en 12 años la brecha de ingresos laborales se estrechó apenas 2,1 puntos porcentuales y solo 4 puntos porcentuales la correspondiente a los ingresos salariales.

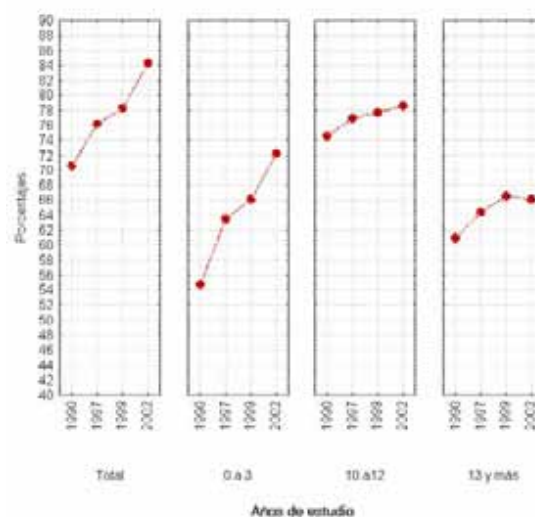
Gráfico IV.19
AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES):^a EVOLUCIÓN DEL INGRESO MEDIO DEL TRABAJO DE LAS MUJERES COMO PROPORCIÓN DEL DE LOS HOMBRES, ZONAS URBANAS, 1990-2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- ^a 1990 (11 países): Argentina (Gran Buenos Aires), Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Paraguay (Asunción) y Uruguay.
 1997, 1999 y 2002 (13 países): Argentina (Gran Buenos Aires), Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay (Asunción) y Uruguay.

Gráfico IV.20
AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES):^a EVOLUCIÓN DEL INGRESO MEDIO SALARIAL DE LAS MUJERES COMO PROPORCIÓN DEL DE LOS HOMBRES, ZONAS URBANAS, 1990-2002
(En porcentajes)



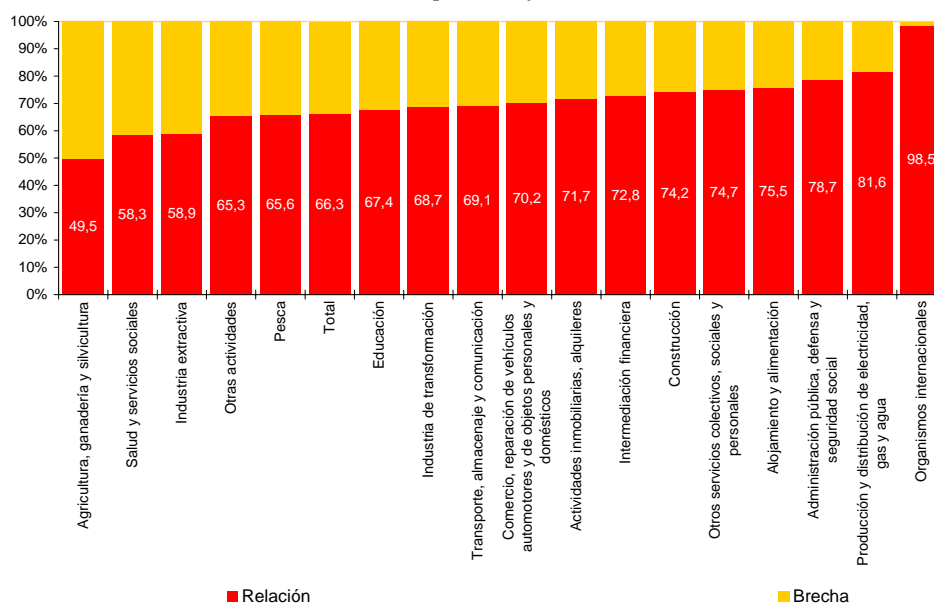
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- ^a 1990 (11 países): Argentina (Gran Buenos Aires), Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Paraguay (Asunción) y Uruguay.
 1997, 1999 y 2002 (13 países): Argentina (Gran Buenos Aires), Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay (Asunción) y Uruguay.

Las brechas de género en los salarios son el resultado de múltiples discriminaciones. Por un lado, pesan factores educativos, aunque, según se observa, estos han mejorado notablemente. Además, cabe mencionar la jornada laboral parcial, donde predominan las mujeres; la segmentación ocupacional, donde prevalecen obstáculos ligados a las obligaciones familiares; los estereotipos de género, la división sexual de roles y la experiencia laboral, que para muchas mujeres refleja el ciclo reproductivo, si bien son cada vez menos las mujeres adultas que abandonan el mercado de trabajo debido a la maternidad.

A fin de determinar los factores que inciden en estas disparidades, se analizaron datos provenientes del censo realizado en Brasil en el 2000, en el que a partir de una submuestra se preguntó por ingresos, además de otras variables relacionadas con el trabajo de las personas. Según estos datos, se observa que cualquiera sea el sector o rama de actividad económica en que se desempeñen, las mujeres reciben menos ingresos que los varones, lo que pone de relieve la discriminación (véase el gráfico IV.21).

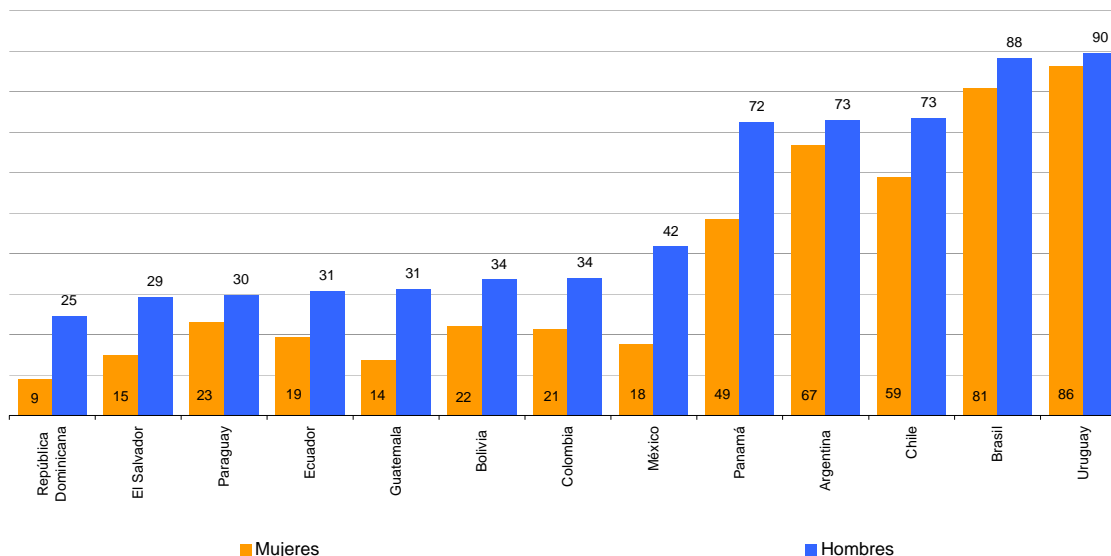
Gráfico IV.21
BRASIL (2000): RELACIÓN ENTRE LOS INGRESOS LABORALES MEDIOS DE MUJERES DE 30 A 39 AÑOS DE EDAD, CON 15 O MÁS AÑOS DE ESCOLARIDAD Y CON 40 HORAS DE JORNADA LABORAL, Y EL DE LOS HOMBRES, SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, TOTAL NACIONAL
(En porcentajes)



Fuente: Jorge Rodríguez, “Pobreza, ingresos y género usando los censos de la ronda del 2000”, documento presentado en la Reunión de expertos sobre pobreza y género, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 12 y 13 de agosto del 2003, inédito.

Ese conjunto de desigualdades se van acumulando a lo largo del tiempo, lo que se refleja en el grado de desprotección social que afecta a las mujeres adultas mayores. Las mujeres son mayoría entre la población adulta mayor y sin embargo son minoría entre los perceptores de jubilaciones y pensiones, y cuando perciben ingresos por este concepto lo hacen en menor proporción que los hombres (véase el gráfico IV.22).

Gráfico IV.22
AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): PERCEPTORES DE INGRESOS POR JUBILACIONES Y PENSIONES ENTRE LOS ADULTOS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)



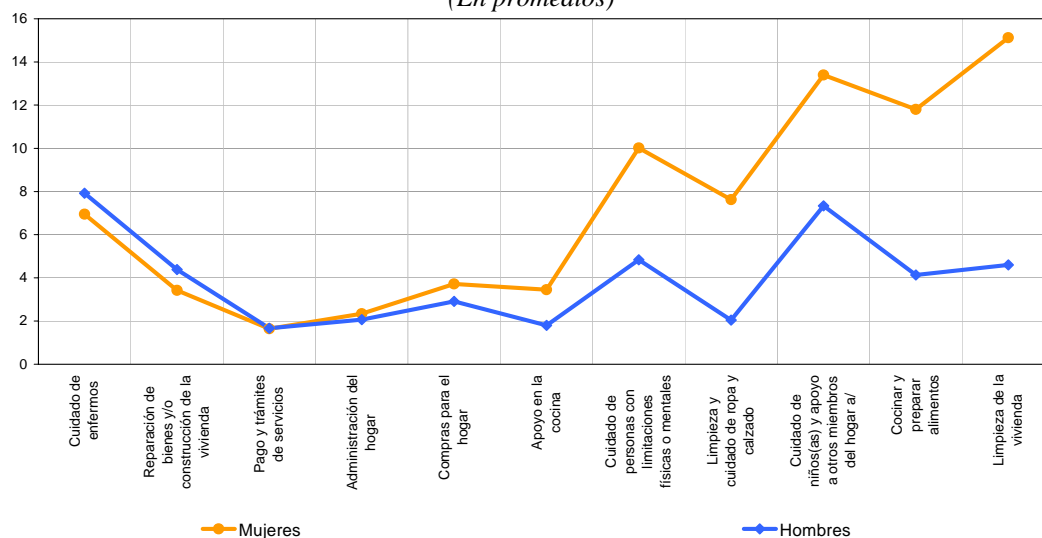
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

En América Latina y el Caribe las transformaciones del mercado laboral y los logros educativos de las mujeres no han ido de la mano de cambios en materia de redistribución de las responsabilidades familiares, lo que equipara a la región con otras donde también las mujeres son las principales responsables del trabajo doméstico no remunerado y de las actividades relacionadas con el cuidado. El caso de México muestra un aspecto central de la división sexual del trabajo en las familias, ya que se observa que las mujeres se dedican en tiempo y en proporciones mayores a las actividades domésticas (véase el gráfico IV.23). En efecto, las mujeres están a cargo de las compras, la cocina, el cuidado de personas con discapacidad, limpieza y cuidado de ropa, cuidado de niños, preparación de alimentos y limpieza de la vivienda, mientras los hombres aparecen principalmente realizando las actividades de pago de trámites, reparaciones y cuidado de enfermos.⁵

El análisis del mercado laboral se ve obstaculizado por el sesgo que se produce al asociar la noción de trabajo con trabajo remunerado, lo que excluye de su consideración a una gran cantidad de mujeres dedicadas al trabajo doméstico no remunerado y en cuya realización radica su exclusión del mercado laboral. Dicho de otro modo, las mujeres consideradas inactivas están trabajando sin reconocimiento ni remuneración en el ámbito doméstico. En el gráfico IV.24 se aprecia la ausencia de los hombres en las actividades domésticas no remuneradas como actividad principal.

⁵ Los hombres que cuidan enfermos o personas con limitaciones físicas o mentales son poco frecuentes en la realidad nacional, por lo que el número de casos en la muestra no tiene suficiente representatividad estadística (INEGI, 2002).

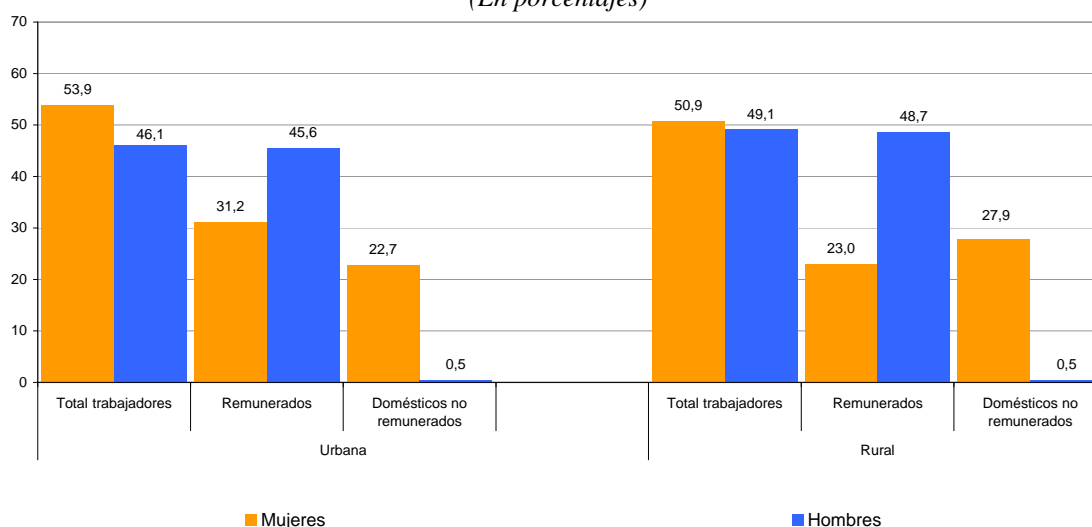
Gráfico IV.23
MÉXICO (2002): HORAS A LA SEMANA QUE LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE 12 AÑOS DE EDAD Y MÁS DESTINAN A LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS, POR CLASE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA Y SEXO, TOTAL NACIONAL
(En promedios)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Encuesta nacional sobre uso del tiempo, México, D.F., 2002 (http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/enut2002/datos/2tema/enut02_2_32.xls).

^a Actividades consideradas simultáneas porque se pueden realizar al mismo tiempo que otras.

Gráfico IV.24
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO PONDERADO DE 15 PAÍSES EN ZONAS URBANAS Y 12 PAÍSES EN ZONAS RURALES):^a TOTAL TRABAJADORES, TRABAJADORES REMUNERADOS Y DOMÉSTICOS NO REMUNERADOS, ALREDEDOR DEL 2002
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Zonas urbanas: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

Zonas rurales: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.

Finalmente, cabe subrayar el hecho de que la mayoría de las mujeres afrodescendientes e indígenas de casi todos los países ven seriamente agravada su situación debido al efecto potenciador que tienen las múltiples discriminaciones de que son objeto, principalmente la violación de sus derechos económicos, sociales y culturales (véanse el recuadro IV.1 y el gráfico IV.25).

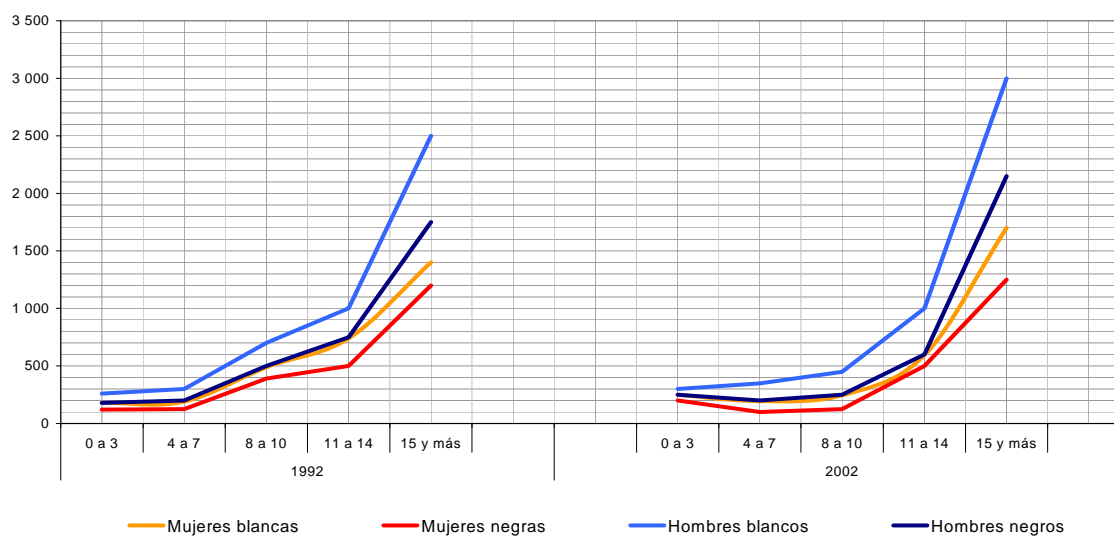
Recuadro IV.1
POBREZA, RAZA Y GÉNERO: EL CASO DE BRASIL

En Brasil, en el 2001, un 62% de la población blanca se encontraba por encima de la línea de pobreza, en comparación con un 37,5% en el caso de las personas afrodescendientes. Un 61% de los pobres es afrodescendiente, al igual que un 71% de los indigentes. La desagregación de los datos por sexo muestra que la distribución de mujeres y hombres, según su pertenencia a familias pobres, indigentes y no pobres, sigue un patrón de participación similar al de las proporciones de los sexos en la población total, lo que significa que las mujeres son más en todas las razas, a excepción de la negra, y son también más entre los pobres. En el 2001, las mujeres afrodescendientes representaban el 30,9% de los pobres y los hombres de la misma raza, el 30,2%. Esta relación es muy semejante entre las mujeres y hombres afrodescendientes en situación de indigencia (22% y 21,6%, respectivamente) (Pereira de Melo, 2004). Por otra parte, si se consideran las diferencias de raza entre las mujeres, se identifican brechas notables. En efecto, el 22% de las mujeres afrodescendientes son indigentes, comparadas con solo un 8% de las blancas.

Género y raza se conjugan para determinar las condiciones de vida de las mujeres afrodescendientes. Su ingreso laboral mensual promedio equivale al 32% del percibido por un hombre blanco. Por otra parte, las remuneraciones de las mujeres en su conjunto alcanzan al 66% de las de los hombres, mientras que el total de los trabajadores afrodescendientes (de ambos sexos) recibe solo el 50% de la obtenida por sus pares blancos (Abramo, 2003). De todos los afrodescendientes, apenas el 2% ingresa a la universidad; en cuanto a las mujeres, un 3% tiene 15 años y más de estudios, frente a un 12% en el caso de las blancas. En conjunto, las diferencias entre las remuneraciones de afrodescendientes y blancos (de ambos sexos) son más acentuadas que las que se presentan entre mujeres y hombres. Esa relación se modifica al incorporar al análisis los años de estudio, ya que, comparando similares niveles de escolaridad, las mujeres blancas quedan en una situación de mayor desventaja que los hombres afrodescendientes. Las mujeres de ascendencia africana son, por lo tanto, objeto de una doble discriminación: las que tienen entre 11 y 14 años de estudio reciben una remuneración por hora que equivale al 39% de la correspondiente a hombres blancos ubicados en el mismo tramo educativo (Abramo, 2003).

Fuente: Naciones Unidas, *Treaty Series. Cumulative Index*, N° 25, Nueva York, 1999.

Gráfico IV.25
BRASIL: REMUNERACIÓN POR SEXO Y GRUPO ÉTNICO, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO, 1992-2002



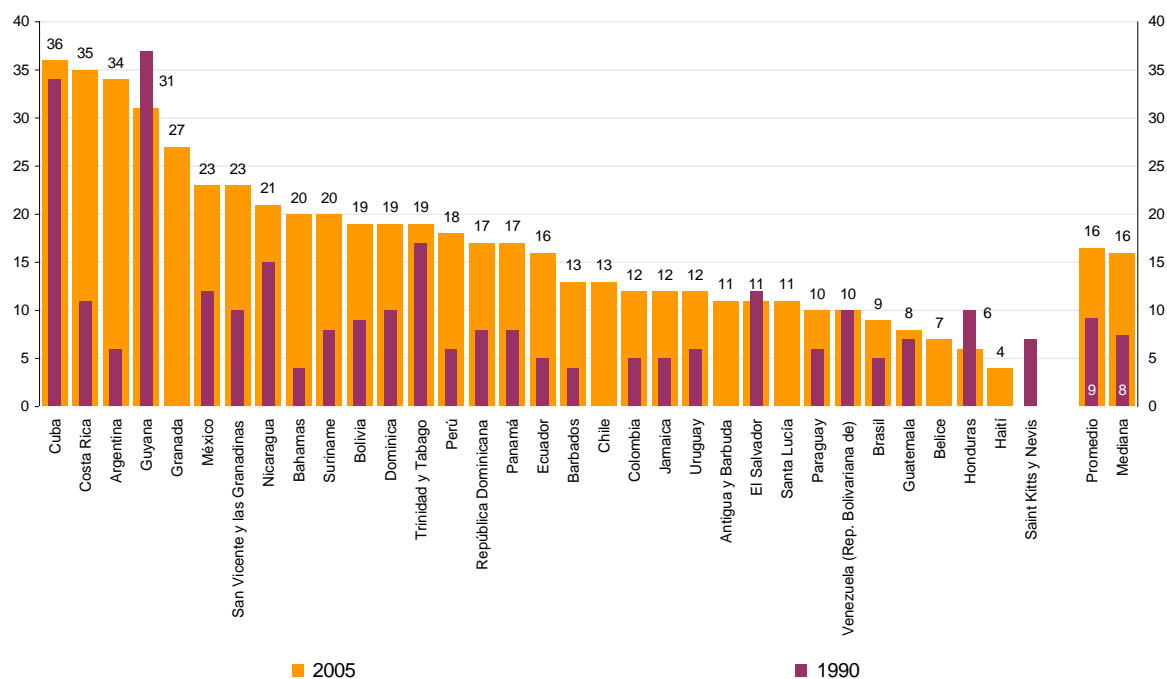
Fuente: Laís Abramo, *Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro*, Organización Internacional del Trabajo (OIT), agosto del 2003; Hildete Pereira de Melo, "Gênero e pobreza no Brasil", documento presentado en el proyecto Gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe, Río de Janeiro, Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres (SPM)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

4. Participación política de las mujeres

Indicador 12: Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

La presencia de mujeres en los parlamentos da cuenta de procesos más amplios de participación en las distintas esferas de toma de decisiones. Este indicador señala un fenómeno recurrente en otros poderes del Estado, como el judicial, donde las cifras son aún más negativas en todos los países; los poderes locales, como los municipios, así como las cúpulas empresariales, sindicales y académicas (véase el gráfico IV.26).

Gráfico IV.26
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (33 PAÍSES): PROPORCIÓN DE PUESTOS OCUPADOS, POR MUJERES EN EL PARLAMENTO NACIONAL, 1990 Y 2005
(En porcentajes)

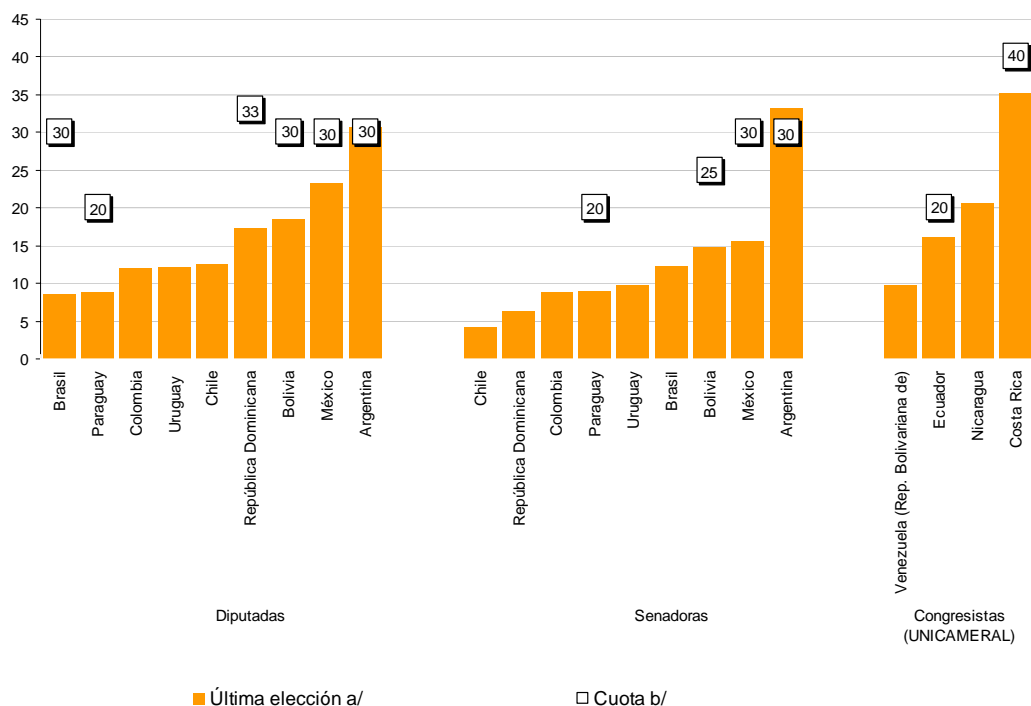


Fuente: Naciones Unidas base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea] <http://millenniumindicators.un.org>, actualizado al 17 de marzo del 2005, sobre la base de información compilada por la Unión Interparlamentaria (IPU) (www.ipu.org).

Nota: Los valores se refieren al porcentaje de mujeres en la Cámara baja o cámara única.

Cabe destacar que el aumento de la representación parlamentaria en la región está vinculado a la adopción de medidas de acción positiva combinadas con sistemas electorales proporcionales. En efecto, la situación que hoy impera obedece a políticas de acción positiva explícitas, conocidas como leyes de cuotas. Este tipo de leyes rige en los siguientes países: Argentina y Costa Rica, en los que las mujeres ocupan más del 20% de los cupos parlamentarios; Bolivia, Ecuador, México, Perú y República Dominicana (entre 10% y 20%); Brasil, Panamá y Paraguay (hasta 10%) (Bareiro y otros, 2004). La CEPAL sostiene que, para que las cuotas tengan el efecto esperado, es necesario que: i) se adecuen al sistema electoral y estén consagradas en la ley correspondiente; ii) estén bien reglamentadas, y iii) el organismo electoral vele activamente por su cumplimiento. Estas tres condiciones se han dado, entre otros países, en Argentina, Costa Rica y México, en los que se observa un notable incremento de la participación de las mujeres. En ciertos casos, como el de la República Bolivariana de Venezuela, las cuotas fueron derogadas tras una corta vigencia. En Paraguay, la cuota del 20% solo rige para las listas en las elecciones internas partidarias (véase el gráfico IV.27).⁶

Gráfico IV.27
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PRESENCIA DE MUJERES EN EL PODER LEGISLATIVO, ALREDEDOR DE LOS AÑOS 2000-2002
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos obtenidos de *Women and Power in the Americas* (www.thedialogue.org), Unión Interparlamentaria (www.ipu.org), International Institute for Democracy and Electoral Assistance (www.idea.int).

^a Uruguay (1999), República Bolivariana de Venezuela (2000), Argentina (2001), Chile (2001), Nicaragua (2001), Bolivia (2002), Brasil (2002), Colombia (2002), Costa Rica (2002), República Dominicana (2002), Paraguay (2003).

^b Chile, Colombia, Nicaragua, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay no tienen ley de cuotas.

⁶ Proyecto CEPAL, Gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe.

5. La violencia contra las mujeres: un problema de derechos humanos y desarrollo

La complementariedad de los objetivos de desarrollo del Milenio con la agenda de género adquiere relevancia cuando se analiza el significado de objetivos estratégicos como la erradicación de la violencia y sus efectos positivos sobre la reducción de la pobreza y la equidad.

En la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer este fenómeno se define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (Naciones Unidas, 1993). Por su parte, la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (OEA, 1994) establece que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. También concluye que la violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

Si bien las manifestaciones de la violencia contra las mujeres son múltiples, se ha constatado internacionalmente que la violencia intrafamiliar y sexual, en particular la ejercida por la pareja, es una de las más frecuentes, deja secuelas más graves y enfrenta a las mujeres a una situación de mayor indefensión. En este sentido, la violencia contra la mujer ejercida por la pareja es una de las manifestaciones más extremas de la desigualdad de género y es una de las principales barreras para el empoderamiento de la mujer.

La violencia de género basada en la idea de la inferioridad social de las mujeres las inhabilita para desplegar sus capacidades y ejercer sus derechos. Las mujeres víctimas de violencia no consiguen salir de la pobreza, por estar sometidas a relaciones degradantes que se ejercen contra ellas tanto en el ámbito privado como en el público, convirtiéndose de este modo en vehículos de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América, una de cada tres mujeres es víctima de la violencia. El 33% informa haber sufrido abuso sexual y el 45%, amenazas por parte de sus parejas. A pesar de la precariedad de los datos disponibles, en el cuadro IV.1 se aprecia que en cinco países el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de una pareja oscila entre 18,2%, correspondiente a Haití, y 41,2%, correspondiente a Perú, mientras que el porcentaje de las que afirman haber sufrido violencia sexual varía de un 6,4% en República Dominicana a un 17% en Haití.

Aún es materia de debate el efecto que tiene la educación de víctimas y agresores en el ciclo de la violencia. Por un lado se constata una gran incidencia de violencia en todos los niveles educativos; sin embargo, la violencia física tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel de educación de la víctima en relaciones de pareja.

Cuadro IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (5 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE O ANTERIORMENTE UNIDAS QUE SUFREN O HAN SUFRIDO ALGUNA VEZ VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA, ALREDEDOR DEL 2000
(En porcentajes)

Nivel educativo		Violencia física	Violencia sexual	Violencia física o sexual	Emocional, física o sexual	Emocional, física y sexual
Colombia 2000	Sin educación	26,8	14,4	41,2		
	Primaria	32,0	12,7	44,7		
	Secundaria	30,8	10,2	41,0		
	Superior	22,2	7,0	29,2		
	Total	30,1	11,0	41,1		
Haití 2000	Sin educación	14,2	13,2	21,2		23,7
	Alfabetización/primaria	19,4	19,1	29,2		32,1
	Secundaria o más	22,5	17,3	33,8		36,2
	Total	18,2	17,0	27,3		29,9
Nicaragua 1998	Sin educación	31,6	10,2	17,8		
	Primaria 1 a 3	29,5	11,3	20,5		
	Primaria 4 a 6	28,4	11,1	25,7		
	Secundaria	25,1	9,4	30,5		
	Superior	18,2	7,5	34,7		
	Total	27,6	10,2	28,7		
Perú 2000	Sin educación	43,3				
	Primaria	44,6				
	Secundaria	42,9				
	Superior	30,4				
	Total	41,2				
República Dominicana 2002	Sin educación	23,7	6,5	24,3	29,2	5,1
	Primaria 1 a 4	23,8	8,6	25,3	29,5	6,5
	Primaria 5 a 8	23,8	8,3	24,4	30,1	5,8
	Secundaria	20,9	4,7	21,5	26,2	3,1
	Superior	15,9	3,5	15,8	22,2	2,3
	Total	21,7	6,4	22,4	27,6	4,6

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS por su sigla en inglés) [en línea] <http://measuredhs.com>.

Recuadro IV.2

LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA: EL CASO DE MÉXICO

La violencia en sus diversas modalidades afecta al 46,6% de las mujeres mexicanas que viven en pareja y está mucho más extendida en el medio urbano (48%) que en el rural (40,9%). Sin embargo, las formas más extremas de la violencia, como el maltrato físico y la violencia sexual, se practican más en el medio rural. En el primer caso, el maltrato físico, la diferencia es de solo algunas décimas. En lo que hace a la violencia sexual, la que sufren las mujeres que viven en el medio rural es casi 2 puntos porcentuales más alta. Cabe agregar que en estos registros siempre puede estar presente una subvaloración del problema, ya que muchas mujeres prefieren guardar en secreto las situaciones violentas en que viven. La violencia económica afecta hasta 7 puntos porcentuales más a las mujeres del medio urbano, lo mismo que la violencia emocional o psicológica, que padecen el 39% de las mujeres en el medio urbano y cerca de un 35% en el medio rural.

La violencia doméstica no solo es fuente de innumerables problemas de salud para las mujeres y sus hijos, sino también la más triste expresión de una profunda desigualdad de género. En México en 2003, el 35,4% de las mujeres de 15 años y más, unidas y corresidentes con su pareja, sufrían de violencia emocional ejercida por su compañero o cónyuge, 27,3% padecían violencia económica, 9,3% violencia física y 7,8% violencia sexual (Castro, 2004). De las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), 2003, solo 56,4% declararon no padecer ningún tipo de violencia.

Tipo de violencia y tipo de localidad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia ^a	Porcentaje de mujeres con al menos un incidente de violencia
Total	19 471 972	9 064 458	46,55
Rural	4 199 888	1 720 408	40,96
Urbana	15 272 084	7 344 050	48,09
Emocional	19 471 972	7 474 242	38,38
Rural	4 199 888	1 452 585	34,59
Urbana	15 272 084	6 021 657	39,43
Física	19 471 972	1 813 370	9,31
Rural	4 199 888	397.221	9,46
Urbana	15 272 084	1 416 149	9,27
Sexual	19 471 972	1 527 209	7,84
Rural	4 199 888	378 856	9,02
Urbana	15 272 084	1 148 353	7,52
Económica	19 471 972	5 709 078	29,32
Rural	4 199 888	993 189	23,65
Urbana	15 272 084	4 715 889	30,88

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Base de datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 (ENDIREH), México, D.F., Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Nota: Los datos se refieren a las mujeres de 15 años y más con pareja residente en el hogar. El total no corresponde a la suma de los grupos de edad debido a que no se tabula el "no especificado".

^a Las mujeres con al menos un incidente de violencia son aquellas que declararon haber sufrido al menos una clase de violencia (de cualquier tipo) durante los 12 meses anteriores a la entrevista.

Recuadro IV.3

EL CONSENSO DE MÉXICO: CAMINOS HACIA LA IGUALDAD DE GÉNERO

La Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, celebrada en Beijing en 1995, es la expresión de un largo proceso de cambios en la manera de abordar los derechos humanos de las mujeres. La Plataforma es la agenda global sobre igualdad de género y derechos humanos de las mujeres, y fue elaborada luego de un largo y amplio proceso de intercambio de ideas. Tanto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer como en su Protocolo, ambos instrumentos vinculantes, se plantea la necesidad de transversalizar el enfoque de derechos y la pertinencia de incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos de la vida. Esto se refleja en los acuerdos regionales, entre otros el adoptado en México en junio del 2004, en el que los gobiernos de la región reafirman su decisión de hacer lo siguiente:^a

- Adoptar medidas para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres de todas las edades, con el objetivo de garantizarles el acceso a la justicia y el ejercicio y goce de todos los derechos humanos;
- Realizar esfuerzos por incorporar la perspectiva de género, tomando en cuenta la diversidad étnico-racial y generacional, en las políticas públicas;
- Diseñar e implementar políticas públicas que ayuden a superar las condiciones de pobreza que afectan a las mujeres de la región, en especial de los países menos desarrollados y los pequeños Estados insulares en desarrollo;
- Adoptar políticas proactivas que promuevan la creación de empleos, incluyendo acciones afirmativas que aseguren igualdad de condiciones en el mercado laboral entre mujeres y hombres, y fortalezcan la capacidad emprendedora de las mujeres y se asegure el pleno respeto de sus derechos laborales a individuales, así como también su acceso equitativo a los beneficios de la protección social;
- Reconocer el valor económico del trabajo doméstico y productivo no remunerado, e implementar políticas que permitan conciliar la vida familiar y laboral, involucrando a hombres y mujeres en este proceso;
- Alentar a los Estados a integrar consideraciones sobre el impacto de género, en las negociaciones de acuerdos comerciales bilaterales y regionales;
- Impulsar políticas educativas que respondan a las necesidades de desarrollo de los países, favoreciendo la educación de todas las mujeres y su acceso a las actividades económicas, tecnológicas y científicas que contribuyen a su inserción equitativa en un mundo globalizado;
- Revisar e implementar la legislación que garantice el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva;
- Fortalecer los esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, salvaguardando los derechos de todas las mujeres y las niñas que viven con el virus, y garantizar el acceso, sin discriminación, a información, atención, educación y servicios de prevención del VIH/SIDA;
- Reforzar la plena participación de las mujeres en la preservación y el manejo del medio ambiente para lograr el desarrollo sostenible;
- Adoptar las medidas integrales que sean necesarias para eliminar todas las formas de violencia y sus manifestaciones contra todas las mujeres;
- Promover el acceso de todas las mujeres a las tecnologías de la información y la comunicación con miras tanto a erradicar la pobreza como a promover el desarrollo;
- Promover la participación plena e igualitaria de hombres y mujeres en la toma de decisiones en el Estado, la sociedad y el mercado y fomentar la participación de la sociedad civil;
- Exhortar a los gobiernos que aún no lo han hecho a considerar la ratificación y aplicación efectiva de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo facultativo, así como de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la adopción de un mecanismo efectivo para la aplicación y seguimiento de esta última por los Estados parte.

^a Extractos del Consenso de México adoptado durante la novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en México, D.F., en junio del 2004. La versión completa se puede consultar en www.eclac.cl/mujer.

Recuadro IV.4

APORTES Y LIMITACIONES DE LAS LEYES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**Aportes de las leyes de violencia en la región**

- Prevención negativa (inhibición por temor a la sanción) y prevención positiva (refuerza la confianza de las víctimas en el sistema legal al sentirse protegidas);
- Los Estados son garantes de los bienes jurídicos protegidos por estas leyes: la salud física y psicológica de las personas y/o la integridad física y mental;
- La autoridad de los funcionarios policiales y de los jueces puede contribuir a detener la violencia temporalmente y en situaciones de crisis;
- La opción por la judicatura civil implica una orientación que enfatiza la protección y cautela de los derechos de las ofendidas y recomposición del tejido social, sobre la de sanción a los culpables;
- La implementación de mecanismos de protección de las víctimas y sus familias, a través de las medidas cautelares o de protección;
- Consagración de conceptos amplios de familia;
- Facilitan el acceso a la justicia de las víctimas con la instauración de procedimientos sencillos y, en muchos casos, con el no requerimiento de representación de abogado/a;
- Habilitan como testigos a los familiares y dependientes, que son generalmente los únicos que tienen conocimiento de la situación de violencia.

Limitaciones de las legislaciones de la región

- Las leyes contra la violencia en la familia y no contra las mujeres transgrede el espíritu y texto de la Convención de Belém do Pará;
- Las leyes consideran escasamente las realidades rurales e indígenas, en sus usos, costumbres y valores. La remisión de las soluciones a la costumbre es un riesgo, puesto que la costumbre ha sido maltratar impunemente a las mujeres;
- En las leyes de protección, las sanciones se establecen para el incumplimiento de las medidas decretadas y no para el agresor por la violencia ejercida;
- Falta de sanciones graves y la inclusión de la terapia como penalidad, con especial consideración ante los casos de reincidencia;
- La inclusión de la conciliación como mecanismo obligatorio;
- Los plazos establecidos para las medidas de protección no responden a la realidad del problema;
- Atribución de funciones a multiplicidad de organismos —policías, jueces, funcionarios de la salud, entre otros— o en algunos casos a ninguno en particular, lo que implica que las víctimas deben acudir a muchos lugares distintos para tener una respuesta integral o cercana a ello;
- La escasez de recursos y presupuestos;
- La falta de mecanismos de control de las medidas precautorias y de las sanciones ha implicado una gran impunidad para los agresores y desprotección para las víctimas.

Fuente: Luz Rioseco (2004), "En búsqueda de las mejores prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe", documento preparado para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 2004, inédito.

Capítulo V

El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio¹

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Niños de 1 año vacunados contra el sarampión
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015	16. Tasa de mortalidad materna 17. Partos con asistencia de personal sanitario especializado
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años

¹ Este capítulo fue elaborado por la OPS en estrecha colaboración con la CEPAL. Para su preparación se contó además con valiosos aportes del UNFPA.

	8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Muertes asociadas al paludismo
		22. Población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo
		23. Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis
		24. Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico	30. Acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbana y rural
8. Establecer una alianza mundial para el desarrollo	17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a bajo costo en los países en desarrollo	46. Población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables

A. Introducción

El examen de los objetivos y metas de desarrollo del Milenio relacionados con la salud debe realizarse en el marco del derecho a la salud, teniendo en cuenta sus aspectos éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aun, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.

Por tal razón, son varios los objetivos de desarrollo del Milenio que se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez; el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis; el mayor acceso a los servicios de agua potable y saneamiento; la reducción de la pobreza y el alivio del hambre y la malnutrición, y la prestación de servicios de salud, incluido el acceso a los medicamentos esenciales. En el presente capítulo se abordan tres objetivos (5, 6 y 7), con sus correspondientes cuatro metas, que se refieren explícitamente a la salud de las personas y cuya consecución depende de medidas impulsadas por el sector salud en conjunto con otros sectores. Cabe destacar que, como ha reiterado en varias oportunidades el Secretario General de las Naciones Unidas, hay una estrecha relación entre los objetivos de desarrollo del Milenio y los instrumentos emanados de diversas cumbres mundiales tales como la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, entre otras. De conformidad con los planteamientos expuestos en otros informes internacionales sobre el cumplimiento de los objetivos trazados en la Declaración del Milenio, el progreso en el campo de la salud entraña también avances significativos en la lucha contra la pobreza, el hambre y el logro de la sostenibilidad ambiental (BID, 2004).

A pesar de su heterogeneidad en materia de desarrollo y de situación de salud, el proceso que deben seguir los países de América Latina y el Caribe para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud tiene algunos denominadores comunes, cuyos grados de

expresión difieren de un país a otro. Primero, el esfuerzo supone apurar el paso hacia una sensible reducción de las inequidades en materia de salud, incluidas aquellas vinculadas a la pobreza, la marginación, el género, la raza o etnia y la edad. Segundo, implica un gran avance en materia de protección social en salud, sin la cual no es posible extender la cobertura de las intervenciones más críticas. Tercero, hay que aumentar los niveles de gasto público corriente y de inversión del sector y mejorar sustancialmente la calidad de la asignación de recursos sectoriales. Cuarto, es preciso reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de una nueva estrategia de atención primaria, que promueva la participación activa de todos los usuarios del sistema. Quinto, se necesita un fortalecimiento sostenido de la infraestructura en salud pública. Por último, es urgente avanzar en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales que tengan verdadera incidencia sobre los determinantes políticos, económicos y socioculturales de las metas de salud en que se subdividen los objetivos.

Todo ello se impone para lograr un mayor grado de cohesión social y fortalecer los derechos ciudadanos a la salud. En consecuencia, estos objetivos deben integrarse en las políticas, planes y programas de salud de los países de la región para que, en convergencia con las medidas aplicadas en otros sectores, hagan posible el cumplimiento de los compromisos trazados para el 2015.

B. Situación de América Latina y el Caribe en cuanto al cumplimiento de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud

1. Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

En el período 1990-2003, que comprende cerca de la mitad del lapso establecido para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, la región ostenta grandes progresos en la salud de su población y en particular de sus niños, al reducir notablemente todos los indicadores relacionados con la mortalidad en la niñez y por ende aumentar la esperanza de vida al nacer.² Gracias a estos progresos, la región exhibe una posición relativamente destacada en el contexto mundial, ya que registra el descenso más acelerado de la mortalidad infantil y en el 2003 anotaba la menor mortalidad infantil del mundo en desarrollo (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)
A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2003
(En porcentajes)

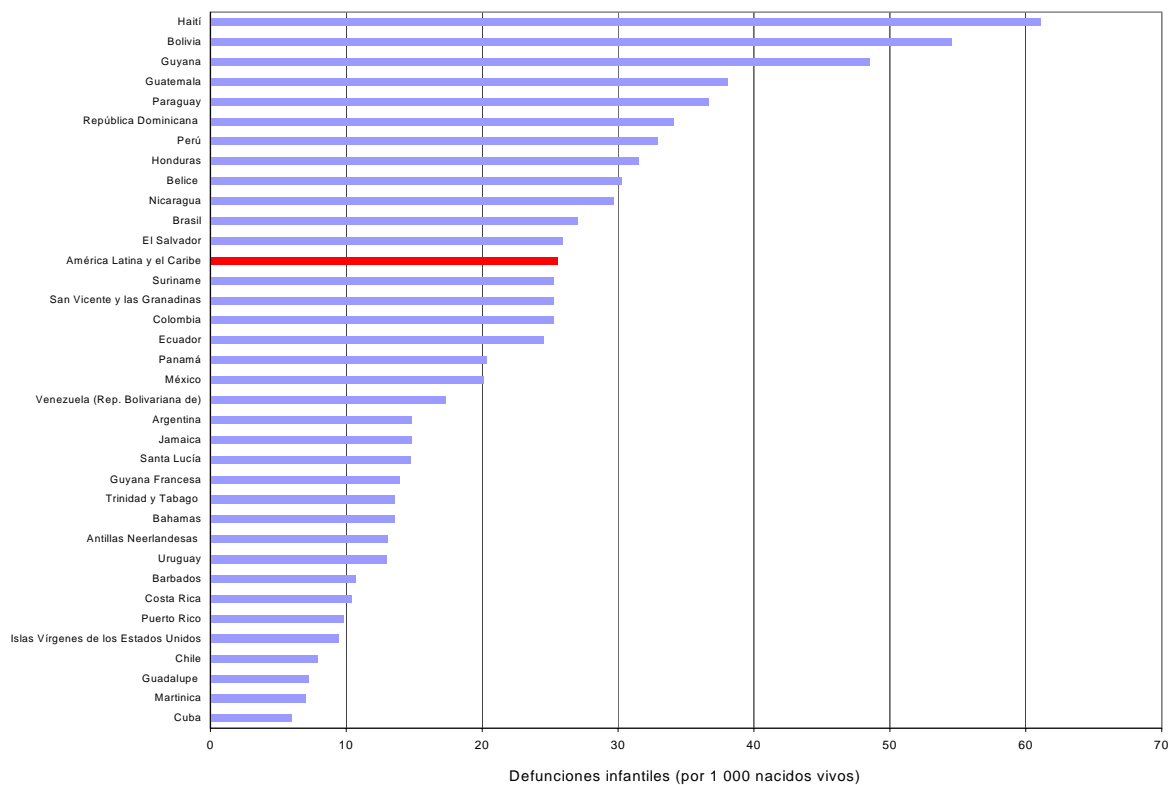
Región geográfica	1990	2003	Evolución entre 1990 y 2003
Mundo	68,1	56,5	-17,0
África	144,6	93,6	-35,3
Asia	69,2	53,1	-23,3
Europa	14,0	9,2	-34,3
América Latina y el Caribe	42,9	25,6	-40,3
América del Norte	8,2	6,8	-17,1
Oceanía	33,5	28,4	-17,0

Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

² El objetivo 4 se refiere a la reducción de la mortalidad durante los primeros cinco años de vida, más conocida como mortalidad en la niñez. En el presente documento se usaron los dos indicadores de mortalidad entre los niños que proponen las Naciones Unidas para el seguimiento de esta meta, la tasa de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez, pero se privilegió el indicador de la tasa de mortalidad infantil, que refleja la probabilidad de morir entre el nacimiento y 1 año exacto de edad y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos, por cuanto representa el grueso de la mortalidad que se produce en la niñez y porque sobre este indicador hay mayor información comparable para más países de la región. Al mismo tiempo, en la revisión realizada en el 2004 de las proyecciones de población de la División de Población de las Naciones Unidas, que es la fuente empleada normalmente para el seguimiento de esta meta, no se incorpora el indicador de mortalidad en la niñez antes de 1995.

Ahora bien, los promedios regionales de mortalidad infantil esconden grandes disparidades entre países (véase el gráfico V.1). En efecto, en un grupo de cinco países se consignaban niveles de mortalidad infantil inferiores a 9,2, que corresponden a los observados en Europa en el 2003. En cambio, en ese mismo año en un grupo de 12 países se registraban índices de mortalidad infantil superiores al promedio regional de 25,6 por 1.000. Entre estos sobresale Haití, cuyas tasas son superiores a 60 por 1.000, lo que revela el rezago generalizado de que adolece este país, el más pobre del hemisferio occidental. En directa conexión con la noción de integralidad del desarrollo, en su gran mayoría estos países también muestran indicadores precarios en los restantes objetivos de desarrollo del Milenio.

Gráfico V.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS):
 SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
 (INDICADOR 14), 2003^a**



Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

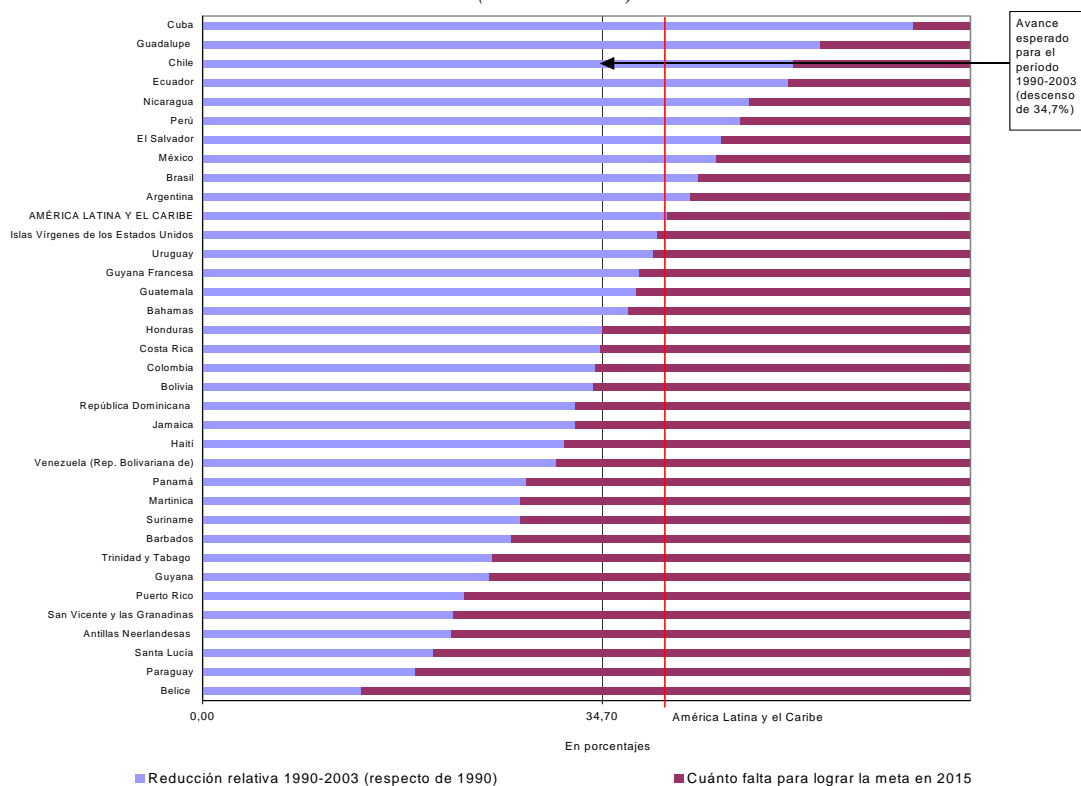
^a Corresponde a una interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad elaboradas por la fuente para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

La meta 5 correspondiente al objetivo 4 plantea la reducción de la mortalidad infantil, independientemente de los niveles iniciales. Dado que el lapso de referencia, 1990-2003, equivale aproximadamente a la mitad del período contemplado (1990-2015), los países debieran haber recorrido al menos la mitad del trecho acordado para considerar que están en camino del cumplimiento de la meta. Como se trata de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, un descenso inferior al 34,7% entre 1990 y 2003 puede considerarse un rezago en el cumplimiento.³ En

³ Los 13 años que median entre 1990 y 2003 corresponden al 52% del lapso de 25 años (1990-2015) con que operan las metas de los objetivos de desarrollo del Milenio. Como en este caso la meta consiste en una reducción de dos terceras partes del indicador entre

conjunto la región supera ese nivel, pues entre 1990 y 2003 alcanzó una reducción del 40,3% (véase el gráfico V.2). Sin embargo, este logro regional no se aplica a todos los países y territorios de la región: 19 de 36 han registrado reducciones inferiores al 34,7%, lo que solo en el caso de Costa Rica y de unos pocos países del Caribe puede explicarse parcialmente porque en el momento inicial tenían niveles bajos de mortalidad infantil (Martinica, Puerto Rico y Barbados registraban una tasa de menos de 15 por 1.000 en 1990). Los casos de países con niveles medios y altos de mortalidad infantil en 1990 y que hasta el 2003 habían logrado una reducción inferior al 34,7% (Belice, Paraguay, Guyana, Suriname y Haití) son especialmente inquietantes. Al interpretar estos resultados hay que considerar que en algunos países pequeños con un número reducido de muertes pueden haberse registrado grandes variaciones en los valores de un solo año. Sin embargo, al analizar la información en su conjunto, queda claro que se requerirán esfuerzos adicionales para alcanzar la meta de reducción de dos tercios. Además, frente a las brechas que separan a los países, habrá que aplicar intervenciones adecuadas para cada situación a fin de reducir los principales determinantes de la mortalidad.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): PROGRESOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL ENTRE 1990-2003 Y DESAFÍO PENDIENTE HASTA 2015^a
(Indicador 14)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Cálculos realizados sobre la base de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad elaboradas por la fuente para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (dato del 2003).

1990 y 2003, se considera que para estar camino del cumplimiento los países debieran haber avanzado un 52% de la meta, es decir, debieran haber bajado la mortalidad infantil un 34,7% (52% de dos tercios).

Con respecto a la mortalidad en la niñez (muertes en niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos), 10 países de América Latina y el Caribe presentan niveles superiores a 40 por 1.000 nacidos vivos en el 2004, a saber, Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Honduras, Paraguay y Brasil. En conjunto, estos países registraron cerca de 270.000 muertes de menores de 5 años, las que equivalen al 61% de las muertes en dicho grupo de edad. En general, el panorama que surge del análisis de los cambios de este indicador relacionado con la meta de reducción de dos tercios es similar al descrito según la evolución de la mortalidad infantil, lo que obedece al hecho de que esta última representa el grueso de la mortalidad en la niñez.

En suma, si bien el promedio ponderado regional de avance en materia de reducción de la mortalidad infantil permite abrigar esperanzas de que la meta se cumpla hasta el 2015, algunos países de la región registran progresos inferiores a lo necesario para el cumplimiento de estas metas, en especial algunos de los países más pobres de la región.

Un dato destacable es que la correlación entre el nivel de la mortalidad infantil en 1990 y su porcentaje de reducción entre 1990 y 2003 es casi nula, pese a que reducir la mortalidad infantil cuando esta es baja implica esfuerzos institucionales, técnicos y financieros crecientes. Esto se debe a que predominan las causas difíciles de evitar, es decir, enfermedades y patologías cuyo tratamiento requiere de personal y recursos técnicos altamente especializados y cuyo costo es elevado. Esta constatación subraya la importancia de los contextos nacionales y de las políticas públicas y de salud en particular. Una combinación de persistente prioridad política e institucional respecto de esta meta y de paulatino ajuste de los programas de salud a las nuevas realidades epidemiológicas emergentes —lo que supone asegurar la cobertura universal de atención primaria y de las intervenciones preventivas y profilácticas, y además ampliar y mejorar la protección y el tratamiento contra patologías más complejas— ha permitido que varios países de la región, como Chile y Cuba, enfrenten con éxito el desafío de seguir reduciendo sus niveles ya relativamente bajos de mortalidad infantil.

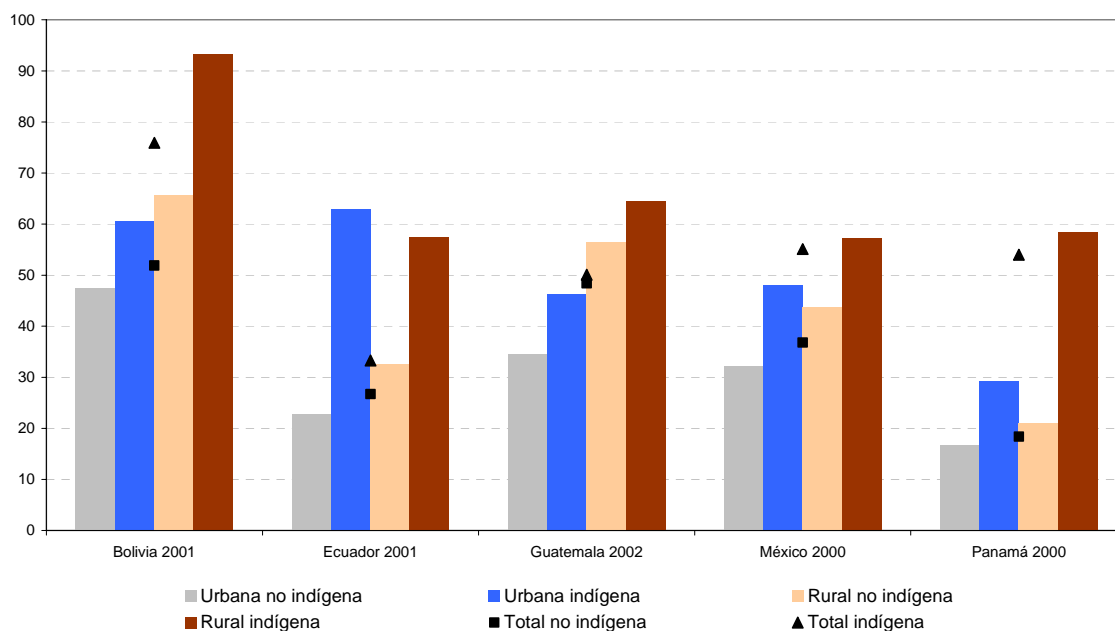
En la meta 5 también se considera un indicador relativo a la cobertura de inmunización contra el sarampión entre los niños de 12 a 23 meses de edad. En América Latina y el Caribe se registra una alta cobertura de inmunización oportuna contra esta infección —91%—, lo que se refleja en una ausencia de defunciones por sarampión en la región desde el 2000 (www.paho.org). Con todo, el indicador destaca la capacidad de la región de lograr grandes progresos sanitarios y la necesidad de mantener las políticas para que estos logros perduren.

Como la CEPAL, la OPS y otros organismos han recalcado en múltiples ocasiones y de hecho ya se reconoce en el ámbito internacional, los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por altos niveles de desigualdad social, los que en muchas dimensiones son incluso los más elevados a escala mundial. La mortalidad en la niñez no está ajena a esta condición, pues históricamente los grupos más excluidos y vulnerables han registrado mayor mortalidad.

Dado que los sistemas de información sobre la salud de la mayoría de los países no recogen datos que permitan analizar las desigualdades sociales en este campo según la etnia, el nivel de ingresos, la educación y demás factores, los censos de población y las encuestas de hogares han servido para complementar los registros habituales. En los gráficos V.3 y V.4 se ilustran estas inequidades con dos dimensiones socioeconómicas de la mayor relevancia: la condición étnica y el nivel de ingresos. En particular, en el gráfico V.4 se observa que, en algunos países con información disponible, la mayor mortalidad entre los indígenas no obedece al hecho de que un mayor porcentaje habita zonas rurales. Ciertamente los niños indígenas de zonas rurales tienen mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida que los no indígenas rurales, y el mismo patrón se advierte en las zonas urbanas.

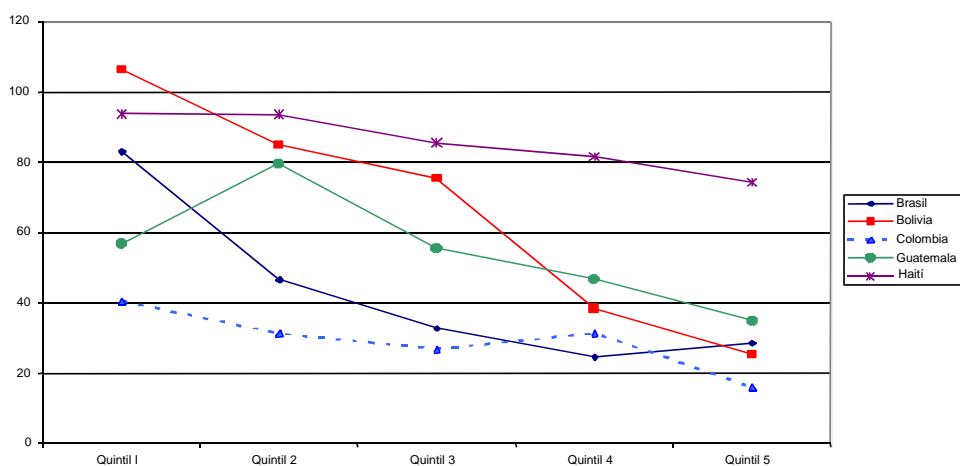
Con respecto al nivel de ingreso, la información disponible muestra que a fines del decenio de 1990 se observaban en algunos países diferencias importantes entre segmentos económicos y que la mortalidad en la niñez era mayor en los grupos más excluidos, identificados en los quintiles I y II de ingresos más bajos (véase el gráfico V.4).

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA (CRITERIO DE AUTOPERTEENENCIA) POR ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE



Fuente: Proyecto Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La población indígena y afrodescendiente a partir de los censos” y Censos de Población de Guatemala de 2002 y de México 2000.

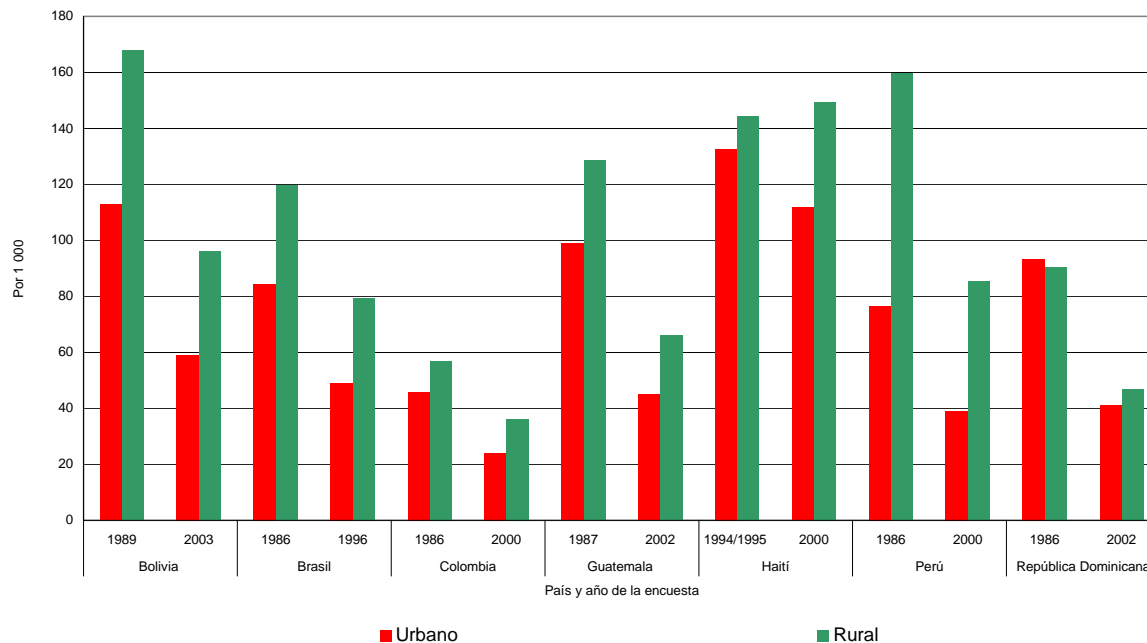
Gráfico V.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1999



Fuente: D. Gwatkin y otros, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Selected Countries*, Washington, D.C., Banco Mundial citado en Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La salud en las Américas*, edición 2002, Washington, D.C., 2002.

En cuanto a la reducción de las brechas de la mortalidad, la situación en la niñez muestra un panorama ambivalente en la región. Aunque las cifras promedio indican que el descenso de la mortalidad se ha producido en todos los grupos de la población, las brechas socioeconómicas de este indicador presentan tendencias disímiles, ya que en algunos casos los segmentos de menor mortalidad inicial fueron los que la redujeron más intensamente, como se observa en el gráfico V.5, donde el exceso de mortalidad en el ámbito rural ha tendido a aumentar levemente. Por ejemplo, en Bolivia la mortalidad en la niñez en zonas rurales en el decenio de 1980 era 1,5 veces mayor que la mortalidad en la niñez en zonas urbanas y en el decenio de 1990 (en rigor, de 1993 a 2003) la diferencia aumentó a 1,6 veces.⁴ En cambio, en algunos países las brechas se han reducido. Aunque el nivel educativo de la madre sigue diferenciando significativamente los niveles de mortalidad en la niñez, como se aprecia en el gráfico V.6, la brecha de mortalidad entre hijos de madres sin educación y de madres con educación secundaria o más se estrechó solo en tres de ellos (Brasil, Colombia y Perú).

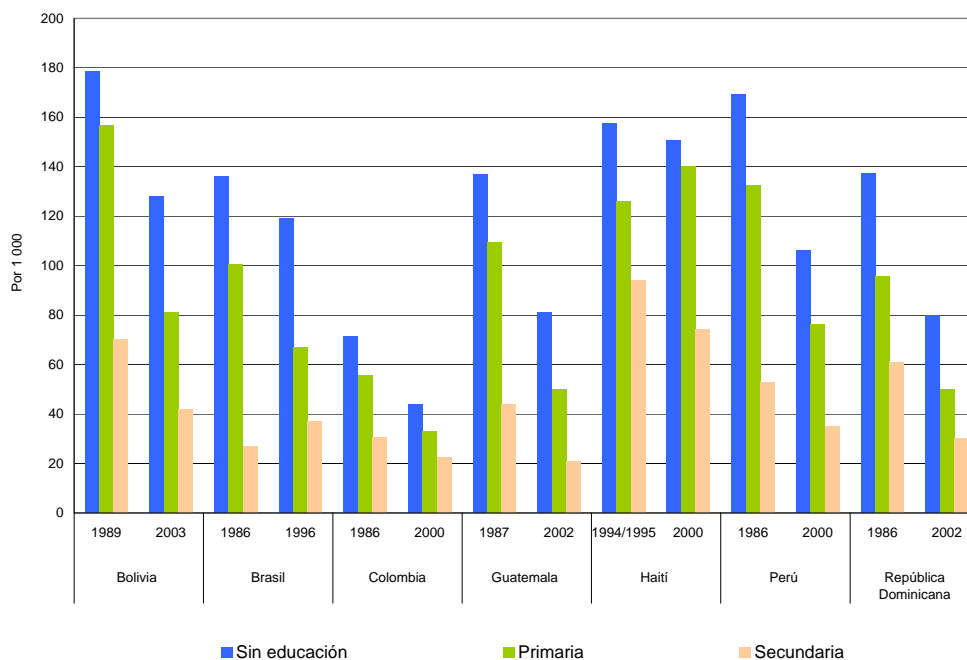
Gráfico V.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de publicaciones nacionales oficiales disponibles en <http://www.measuredhs.com> u obtenidos mediante procesamiento con STAT compiler en el mismo sitio.

⁴ El período de referencia de las cifras son los 10 años previos a la encuesta.

Gráfico V.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA BRECHA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE



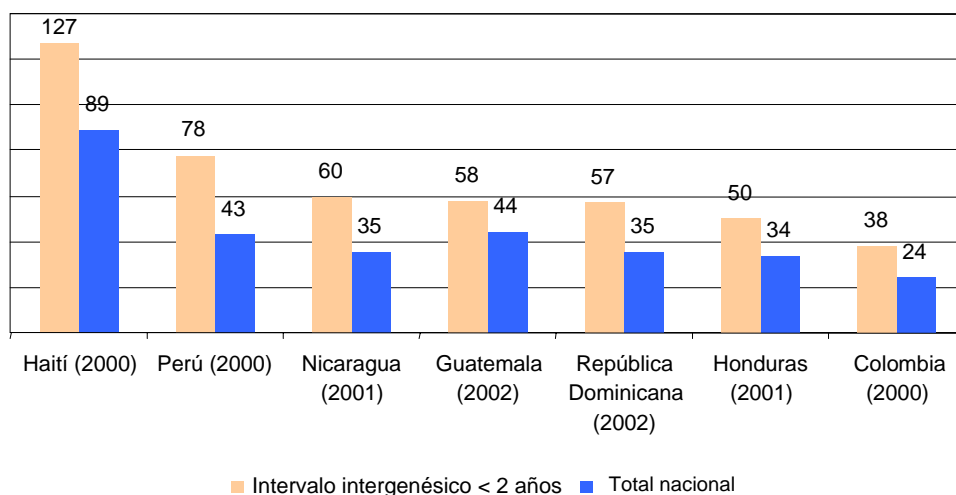
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de publicaciones nacionales oficiales disponibles en <http://www.measuredhs.com> u obtenidos mediante procesamiento con STAT Compiler en el mismo sitio.

En cualquier caso, se advierte que persisten en los países brechas sociales significativas en materia de mortalidad en la niñez y que la mayor mortalidad es sistemáticamente un atributo de los grupos más desfavorecidos.⁵

Por otra parte, varios factores de riesgo de la mortalidad infantil se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva. Está bien documentado que los hijos que tienen un alto lugar en el orden de nacimiento, cuya madre es adolescente (en particular menor de 18 años) o cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior (intervalo intergenésico corto, tal como se aprecia en el gráfico V.7) tienen mayor probabilidad de morir tempranamente, incluso una vez considerados los factores socioeconómicos. Todos estos factores de riesgo son muchos más frecuentes en contextos de fecundidad elevada o de escaso acceso a servicios de planificación familiar. En este sentido, avanzar en la ampliación de la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, no solo contribuye al logro de los acuerdos establecidos en el Plan de Acción aprobado en El Cairo sino que también abona directamente al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio (Banco Mundial, 2003b).

⁵ En el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1996), el instrumento de aplicación regional del Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo, se establecen criterios adicionales con respecto a la necesidad de disminuir la desigualdad, al plantear la reducción de un 50% de las diferencias de la mortalidad infantil observadas entre lugares de residencia, áreas geográficas y grupos sociales.

Gráfico V.7
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): MORTALIDAD INFANTIL
 E INTERVALO INTERGENÉSICO MENOR DE 24 MESES, 2000-2002**



Fuente: Encuestas de demografía y salud de los países y años indicados.

Finalmente, en el cuadro V.2 figuran los resultados de un ejercicio que revela el grado de correlación lineal entre los niveles alcanzados por los países en torno al 2003 en varios indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio, entre ellos la mortalidad infantil. Por haberse realizado los cálculos con solo 13 países que contaban con todos los datos y por tratarse de indicadores que actúan a escala agregada, entre otras consideraciones, solo pueden extraerse observaciones generales de tales datos. Por ejemplo, la mortalidad infantil varía significativamente con los niveles de pobreza e inversamente con las coberturas de saneamiento y de atención calificada del parto. Cuando se controla el efecto de la pobreza en los países, el acceso al saneamiento y la atención profesional del parto contribuyen a menores niveles de mortalidad infantil, lo que señala la importancia de la acción pública intersectorial para lograr avances en algunas dimensiones del desarrollo en países con diferentes niveles de ingreso.⁶

El acceso al saneamiento es una expresión de las condiciones generales de vida e influye directamente en la situación de higiene y salud, mientras que el acceso a la atención calificada del parto refleja las oportunidades de contacto con los servicios y la respuesta a las necesidades de salud, que dependen de aspectos geográficos, económicos, culturales y sociales. Sin duda estos y otros factores son determinantes en la situación de salud; sin embargo, varios de ellos escapan a los alcances de las intervenciones del sector. Por ello, para lograr mejores niveles de salud y eliminar las desigualdades sociales existentes, es indispensable vincular las políticas sociales con las del sector salud.

⁶ Regresiones efectuadas con los mismos datos con que se elaboró el cuadro V.2.

Cuadro V.2
**MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DE
 OTROS INDICADORES SELECCIONADOS DE LOS OBJETIVOS
 DE DESARROLLO DEL MILENIO, HASTA EL 2003**

	Mortalidad infantil	Pobreza	Saneamiento	Desnutrición infantil	Atención calificada del parto	Acceso a agua potable
Mortalidad infantil	1 000					
Pobreza	0,806 ^a	1 000				
Saneamiento	-0,870 ^a	-0,641 ^a	1 000			
Desnutrición infantil	0,354	0,410	-0,394	1 000		
Atención calificada del parto	-0,683 ^a	-0,569 ^a	0,664 ^a	-0,757 ^a	1 000	
Acceso a agua potable	-0,519	-0,606 ^a	0,450	0,016	0,322	1 000

Fuente: Cálculos propios basados en los datos del anexo estadístico de este documento. Se consideraron 13 países con información para todos los indicadores: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.

^a Significativos con un nivel de confianza de 95%.

2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna

El objetivo 5 se refiere a la mejora de la salud materna, que se traduce en la meta de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015.⁷ Las estimaciones disponibles indican que esta se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año. El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Al analizar la situación y el avance registrado respecto de este objetivo y meta, cabe tener especial cautela en la interpretación del indicador de razón de mortalidad materna. Se sabe que las estimaciones tienen elevados márgenes de incertidumbre, mayores que los que presentan la mayoría de los indicadores demográficos y de salud. Esto se debe a varios factores, entre ellos, el reducido número anual de muertes maternas en proporción a la población total y la escasez de fuentes confiables para su detección y registro. Se sabe que existe un alto subregistro, que afecta particularmente a las poblaciones más vulnerables, lo que se encuentra vinculado a la pobreza y la raza o etnia, como en el caso de indígenas y afrodescendientes (Bergsj, 2001). Además, la comparabilidad intertemporal o internacional de la razón de mortalidad materna se dificulta debido a que las fuentes y métodos de estimación varían significativamente de un país a otro, incluso a veces dentro de un país a lo largo del tiempo. Por ello, se recomienda tener particular cautela al analizar tendencias temporales.

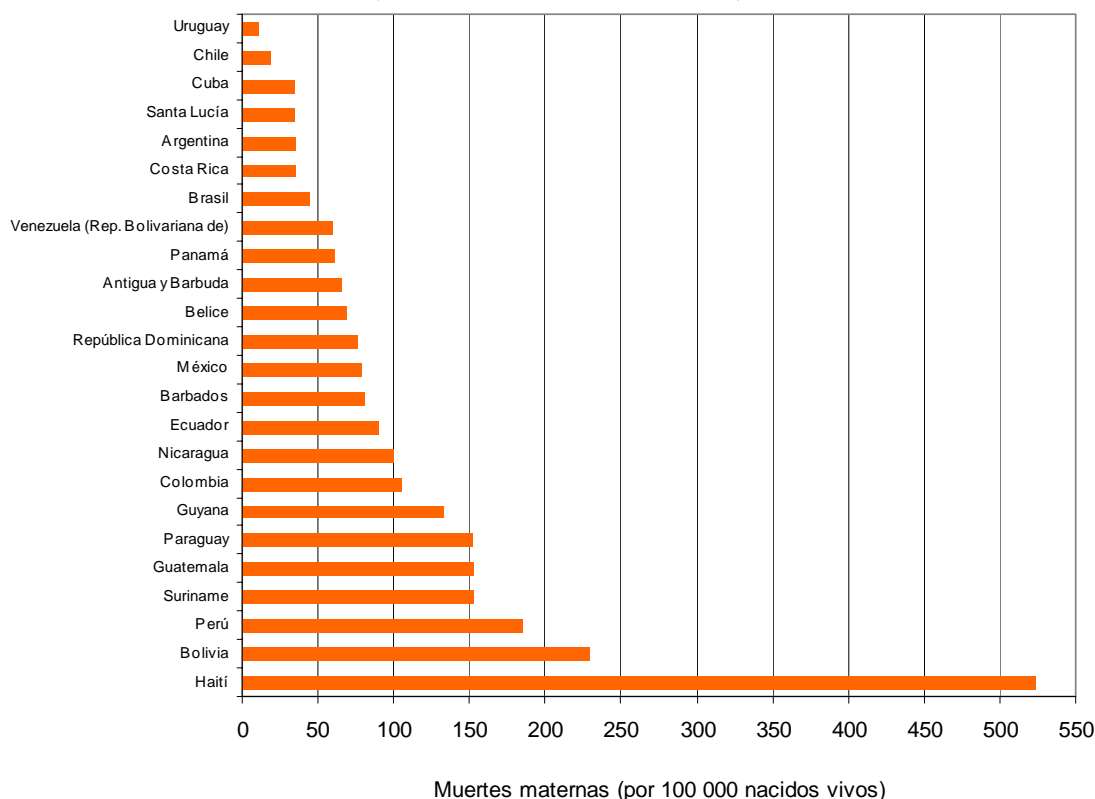
No obstante, es evidente que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida; asimismo, es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de la atención que reciben, incluido el acceso a la anticoncepción, que conlleva defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.

⁷ La razón de mortalidad materna se define como el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto, por cada 100.000 nacimientos. La fuente de datos utilizada corresponde a la base de datos básicos regionales de la OPS. Existen divergencias en cuanto a la cobertura y calidad de los datos, pero se respetan los informes oficiales de los países a la OPS y se reconoce que en los últimos 10 años se ha hecho un esfuerzo por mejorarlos.

Aun cuando las cifras son imprecisas, el virtual estancamiento de las tasas y del número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe durante la década pasada debe ser motivo de preocupación, ya que no resulta en absoluto favorable respecto de la meta de reducir su incidencia en tres cuartas partes hacia el año 2015. Se requiere, por tanto, renovados esfuerzos para poder acercarse al objetivo propuesto.

En el gráfico V.8 figuran las cifras informadas a la OPS por los países alrededor del año 2000, que deben ser interpretadas teniendo en cuenta las limitaciones señaladas. En este contexto, el gráfico ilustra las grandes diferencias que existen entre los países de la región y los sustanciales avances que es posible esperar en muchos de ellos. Solamente un pequeño grupo de países, Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparece con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que oscilan entre 60 y un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití.

Gráfico V.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
(ALREDEDOR DEL AÑO 2000)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de los indicadores de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud: 1995-2005*, 2004.

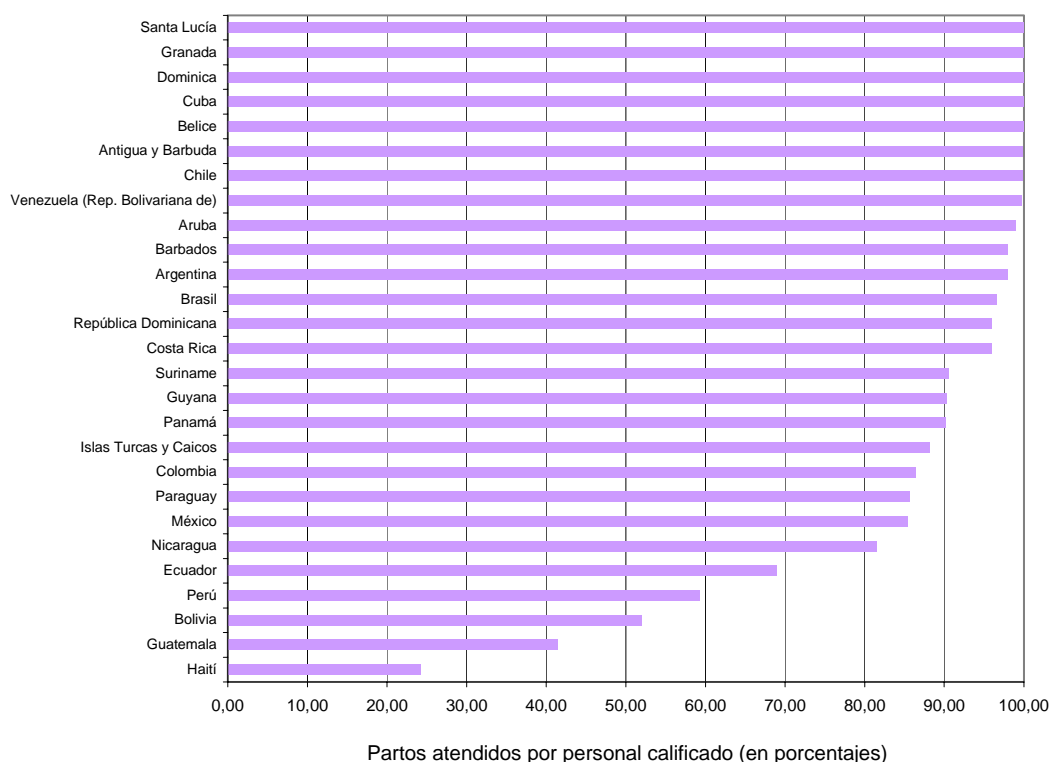
Existen pruebas de que en América Latina y el Caribe la muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia (20%), la toxemia (22%), las complicaciones del puerperio (15%) y otras causas directas (17%).⁸ Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, por su alto subregistro, se estima en mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 15% es el resultado de otras causas.

⁸ Según un análisis de las defunciones maternas notificadas en 20 países efectuado por la OPS entre 1995 y 2000, sobre la base de distintas fuentes, principalmente estadísticas vitales, datos de la vigilancia epidemiológica y estudios especiales de países.

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por parte de personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.⁹ De hecho, este es uno de los indicadores establecidos para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivos de desarrollo del Milenio, relativa a la mortalidad materna. Comparando las grandes regiones del mundo, América Latina, que registra un 82% de partos atendidos por personal calificado, vuelve a aparecer relativamente bien posicionada respecto de otras regiones menos desarrolladas (África con un 46% y Asia con un 62%), pero por debajo de los países más desarrollados de Europa y de Norteamérica (99%).

En el gráfico V.9 figuran las cifras por país próximas al año 2000. El indicador de atención del parto es útil para identificar situaciones y países donde se requieren mejoras sustanciales. Así, Haití, Guatemala, Perú, Paraguay, Bolivia y Nicaragua aparecen nuevamente (al igual que en las estimaciones de mortalidad materna) encabezando la lista de países con mayor rezago y, por tanto, mayor necesidad de mejora. Como también puede apreciarse, 16 de los 26 países con información han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención calificada establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.¹⁰

Gráfico V.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO,
ALREDEDOR DEL AÑO 2000



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de los indicadores de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud: 1995-2005*, 2004.

⁹ Se entiende por personal calificado a todo profesional de la salud (matronas, médicos, enfermeras) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos normales (sin complicaciones), partos y el período inmediato de posparto, y para la identificación, administración y referencia de las complicaciones de la mujer y del recién nacido.

¹⁰ Período extraordinario de sesiones dedicado al seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocido como "CIPD+5", celebrado en 1999.

Para interpretar este indicador debe tenerse en cuenta que la mejora de la mortalidad materna no está garantizada por un determinado umbral de atención del parto, ya que depende también de la efectividad y calidad de la atención y los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos y ambientales. Por ejemplo, a pesar de que en Guyana y Paraguay la cobertura de atención profesional del parto supera el 85%, la tasa de mortalidad materna supera los 130 por cada 100.000.

Otro aspecto digno de considerarse son los rezagos existentes dentro de los propios países. Según las encuestas, la proporción de partos atendidos por personal calificado es inferior entre las mujeres que viven en el campo que entre las de zonas urbanas, como se observa en la muestra presentada en el cuadro V.3. Los contrastes pueden ser marcados en algunos casos, como Haití, donde la atención calificada en las zonas urbanas es aproximadamente 4 veces mayor que en las zonas rurales (UNFPA/EAT, 2004a).

Cuadro V.3
PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO SEGÚN EL ÁREA DE RESIDENCIA DE LA MADRE PARA ALGUNOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ORC MACRO, ENCUESTAS DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, 1996/2001)

País	Residencia	
	Urbana	Rural
Bolivia (1998)	77	31
Brasil (1996)	92	73
Colombia (2000)	94	70
República Dominicana (1999)	98	97
Guatemala (1998-1999)	66	25
Haití (2000)	52	11
Nicaragua (2001)	89	46
Perú (2000)	69	20

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Género, salud y desarrollo en las Américas 2003*, Washington, D.C., Population Reference Bureau, octubre del 2003.

La mortalidad materna es un fenómeno íntimamente ligado a los derechos de las mujeres y a la pobreza, por lo que es un indicador síntesis de las inequidades de género (UNFPA/EAT, 2004a). Además, a pesar de que la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, su mayor concentración entre las mujeres de grupos socioeconómicos bajos la convierte en un problema enraizado en la pobreza, especialmente por la ausencia de políticas de salud eficaces y focalizadas en la salud sexual y reproductiva (Ortiz, 2002). La negación del derecho a decidir libremente tener o no tener hijos, el miedo a la violencia masculina, la presión sociocultural en torno a la maternidad incluso en las adolescentes, la ausencia de servicios gubernamentales de información y provisión de anticonceptivos y de políticas de educación de la sexualidad son causas asociadas a la mortalidad materna que debieran encararse abiertamente.

Otro aspecto clave relacionado con la mortalidad materna es la falta de acceso y posibilidades de uso de métodos anticonceptivos, que da lugar a embarazos no deseados y de alto riesgo. En la mayoría de los países de la región, las tasas de uso de anticonceptivos se sitúan entre el 45% y el 70% y en tres de ellos (Bolivia, Guatemala y Haití) se observan valores muy inferiores. Solo Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico registran tasas de uso que superan el 75%.

Además, existen profundas desigualdades y dificultades de acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre todo entre la población rural y de origen indígena, grupos de alta incidencia de mortalidad materna. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y en especial de las emergencias obstétricas, dificultades de comunicación, tales como la lejanía de los centros de salud, y poca información sobre los servicios disponibles. Por lo tanto, las medidas para ampliar el acceso y reducir las desigualdades pueden hacer una contribución sustantiva al logro de este objetivo.

3. Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

a) Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

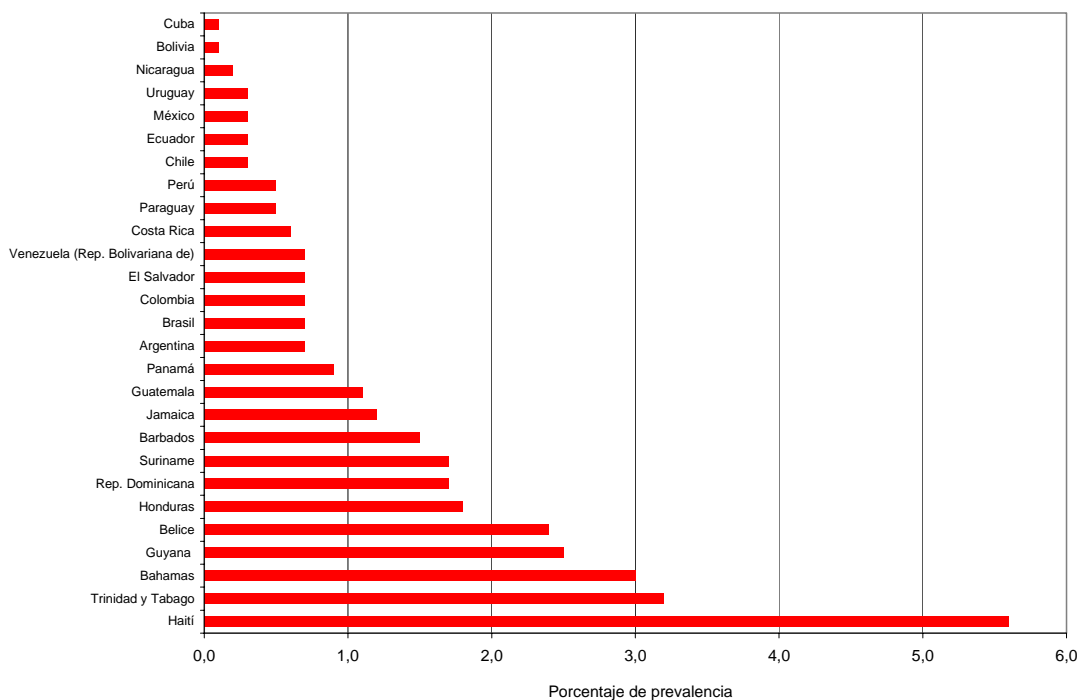
El logro de este objetivo requiere atención especial, por su impacto sobre la pobreza y porque se considera que puede fortalecer la capacidad de los países de alcanzar los demás objetivos de desarrollo del Milenio. En efecto, el VIH/SIDA se ha propagado por todas las subregiones con una rapidez extraordinaria, sobre todo por la vía sexual. Según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Caribe registra la prevalencia más alta entre adultos después del África subsahariana, con una tasa promedio del 2,3% en los adultos, por lo que se ha convertido en la causa de muerte más importante en la población de 15 a 49 años. En toda la región también se han observado incrementos significativos del número total de personas infectadas entre 2002 y 2004. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas infectadas en América Latina y el Caribe, un 21% de las cuales vive en el Caribe (ONUSIDA/OMS, 2004). Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 en la categoría de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas.

La perspectiva general de la región que aparece en el gráfico V.10 permite observar que, de los 27 países de América Latina y el Caribe que han informado sobre su situación respecto del VIH/SIDA, 11 registran una prevalencia superior al 1% y 5 una prevalencia incluso superior al 2%. Ocho de los once países considerados de alta prevalencia en la región pertenecen al Caribe (si se incluyen Guyana y Belice) y se destaca el caso de Haití, único país de la región que tiene una prevalencia superior al 5%.

En los países considerados de mayor prevalencia, el efecto del VIH/SIDA en la mortalidad es elevado y ocasiona una disminución de los promedios de vida, lo que implica un retroceso en los progresos ya alcanzados. El caso extremo es Haití, donde a las muertes por la enfermedad se atribuye una pérdida de cerca de ocho años en la esperanza de vida. En Guyana, Bahamas y Trinidad y Tabago, la pérdida es de más de cuatro años. De cierta manera, en solo unos pocos años, la diseminación de la epidemia del SIDA ha barrido con varias décadas de inversión en salud pública. En el resto de los países más afectados, los años perdidos en la esperanza de vida como consecuencia del SIDA se sitúan entre 2 y 3,5 años. Recuperarse de estos procesos es un reto complejo para la mayoría de los países con altas tasas de infección, a menos que se tomen medidas extraordinarias, especialmente en cuanto a la prevención y tratamiento.

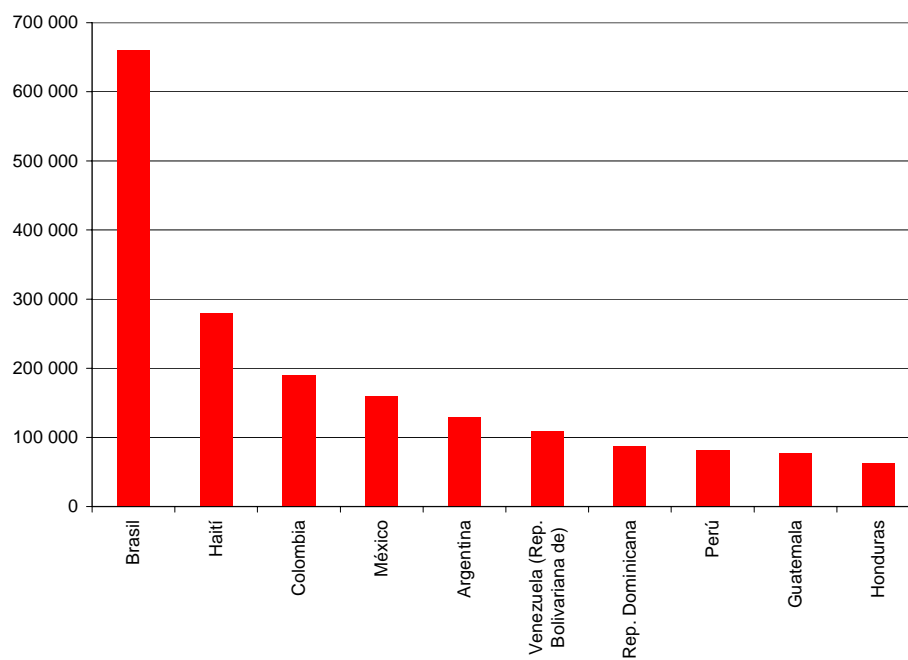
Sin embargo, en términos de números absolutos y no de prevalencia, se presenta una situación distinta de la anterior, ya que el 90% de los casos se concentra en 10 de los países con mayor número absoluto de personas que viven con el VIH (véase el gráfico V.11). Brasil y Haití son los países con un mayor número de casos de personas que viven con el VIH, que concentran el 32% y el 14% de los casos, respectivamente, aunque Brasil tiene una prevalencia de 0,7%, mientras que la de Haití es casi siete veces mayor.

Gráfico V.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DEL VIH/SIDA, 2003



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe 2004 sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra, julio del 2004.

Gráfico V.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO TOTAL DE PERSONAS CON VIH EN LOS DIEZ PAÍSES CON EL MAYOR NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE VIH



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe 2004 sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra, julio del 2004.

Sin considerar los promedios nacionales, aun en los países que presentan una baja prevalencia hay grupos específicos de población que contienen subpoblaciones con niveles de prevalencia elevados, sobre todo en ciudades donde existen grupos consumidores de drogas, profesionales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres, que se han convertido en uno de los grupos más importantes en la transmisión heterosexual.

Aunque la transmisión por consumo de drogas por vía intravenosa sigue siendo alta en Brasil, Uruguay y Argentina, el patrón de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúa siendo la principal forma de transmisión en Centroamérica y el Caribe. Pero la situación está cambiando; de hecho, en todos los países de la región la epidemia está dejando de centrarse casi únicamente en la transmisión causada por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres para incluir también a las mujeres, lo que se traduce en un incremento de las tasas de transmisión perinatal.

La epidemia también está cambiando en cuanto a su perfil etario. La mitad de los casos nuevos de infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; este fenómeno se ha definido como “rejuvenecimiento” de la epidemia. Al igual que en otros grupos en situación de desventaja, los adolescentes infectados son víctimas de estigma y discriminación, lo que redundará en una limitación del acceso a los servicios de educación y salud y fuertes restricciones para el desarrollo de campañas de prevención de alto impacto.

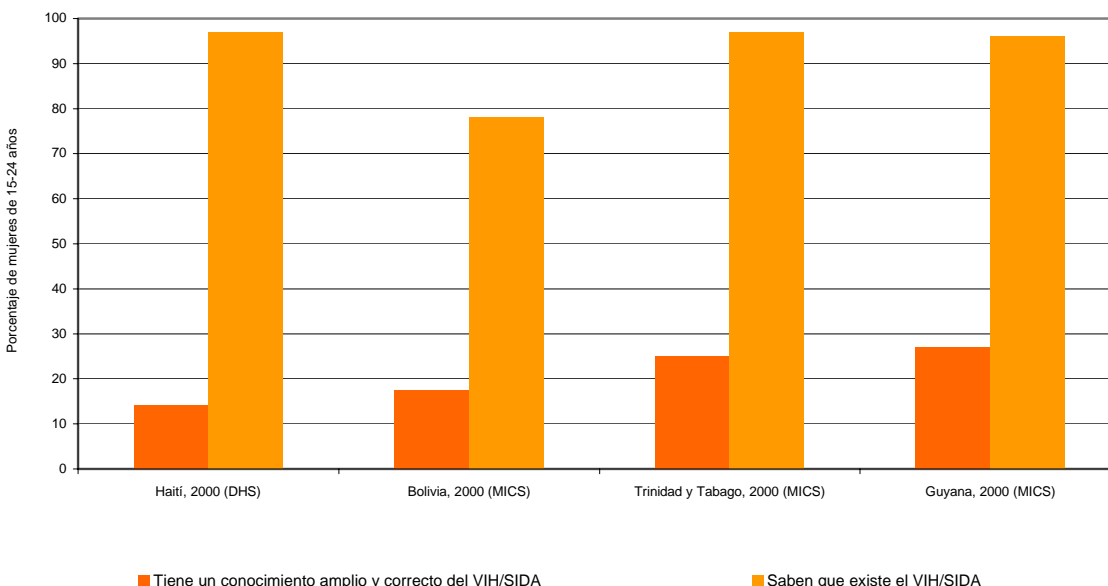
Debido a la epidemia de VIH/SIDA, las adolescentes se encuentran actualmente entre los grupos de alta vulnerabilidad (CEPAL, 2000c). Hasta diciembre del 2001, fecha en la que se registraba 1,82 millones de personas infectadas por el VIH en la región, la prevalencia en jóvenes de ambos sexos a finales del mismo año se estimaba en 240.000 y 320.000 casos. En el Caribe, la mayoría de los nuevos casos de VIH se dan en mujeres de 15 a 24 años. En Jamaica, las jóvenes embarazadas tienen una tasa de incidencia que equivale a casi el doble de la tasa que presentan las mujeres mayores. El crecimiento de la epidemia entre los jóvenes puede atribuirse a diversos motivos, entre otros a dificultades mayores que para el resto de la población en cuanto al acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y a la falta de oportunidades para el desarrollo que se expresan en exclusiones en materia de salud, educación y empleo.¹¹ Por ello es fundamental la formulación e implementación de políticas públicas para jóvenes, que respondan a sus necesidades y demandas (UNFPA, 2003).

En algunos países de la región, es evidente el desconocimiento sobre el VIH/SIDA que se sigue dando entre los jóvenes. Se estima que entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes de 15 a y 19 años de Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con VIH puede no mostrar síntomas de SIDA por cierto tiempo después de haber contraído la infección (UNFPA/EAT, 2004a). Un indicador más preciso de la situación es el porcentaje de personas que tienen un conocimiento cabal y adecuado del VIH/SIDA.¹² En el gráfico V.12 se ilustra este indicador en el caso de mujeres adolescentes y jóvenes, de 15 a 24 años, en cuatro países de la región, tres de ellos con alta incidencia del VIH, junto con el porcentaje de personas que han escuchado hablar del VIH/SIDA. Las evidencias son claras y muestran la enorme brecha existente entre un conocimiento general sobre la existencia del virus y la enfermedad y un conocimiento más amplio y necesario que permita tomar decisiones informadas.

¹¹ Para poder tomar decisiones informadas sobre asuntos que los atañen, los adolescentes y jóvenes deben recibir información y servicios adecuados y oportunos sobre la salud sexual y reproductiva. Se debe fomentar su empoderamiento para protegerlos contra relaciones sexuales de riesgo por abuso.

¹² Porcentaje de personas que identifica correctamente las tres principales formas de protegerse contra la transmisión del VIH (tener sexo sin penetración, usar condones y tener sexo solo con una pareja fiel y no infectada) y que no comparten dos de las creencias locales erradas más comunes y que responden correctamente que una persona que tiene una apariencia saludable puede ser VIH positivo (MEASURE DHS: HIV/AIDS Survey Indicators Database), <http://www.measuredhs.com/hivdata/data>.

Gráfico V.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): MUJERES DE 15 A 24 AÑOS QUE CONOCEN LA EXISTENCIA DEL VIH/SIDA



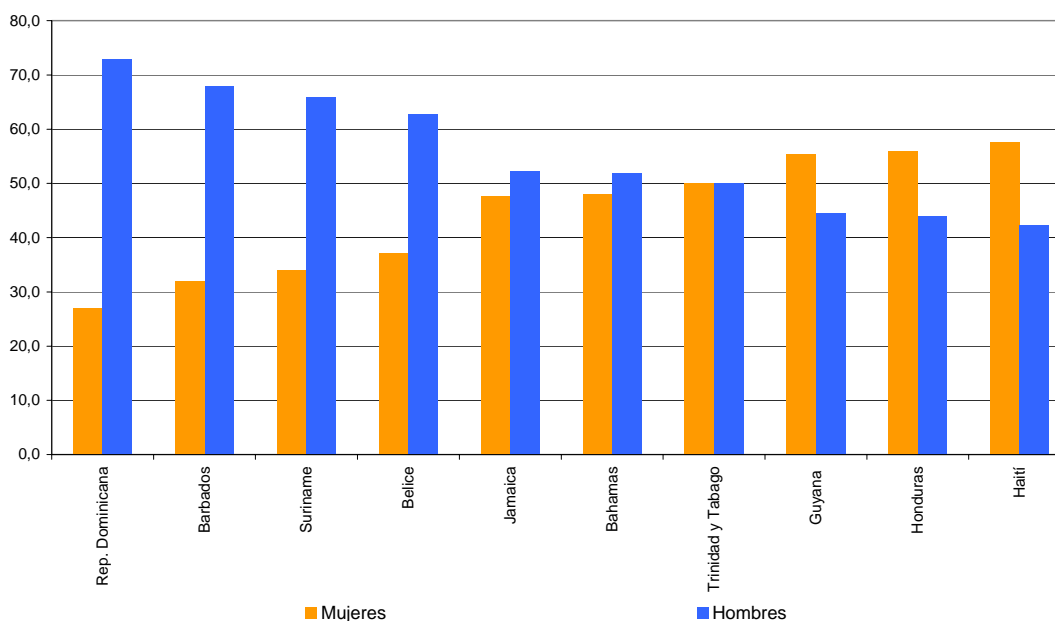
Fuente: Encuestas de propósitos múltiples por conglomerados (MICS); Encuestas de demografía y salud (DHS); y HIV/AIDS Survey Indicators Database [en línea] <http://www.measuredhs.com/hivdata/data/>.

El uso del condón es considerado la mejor forma de evitar el contagio, pero aun en países con más alta prevalencia del VIH/SIDA, su uso sigue siendo limitado, incluso en relaciones de riesgo.¹³ En cuatro países para los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres de edad fértil que usaron preservativo en relaciones definidas como de riesgo fluctúa entre un 16% y un 25%. En el caso de los hombres, solo se dispone de información para República Dominicana y Haití. En este último país, que es el de mayor prevalencia del VIH/SIDA, el uso del condón en relaciones de riesgo es de apenas 27%, siendo este indicador de 51% en República Dominicana.

Las inequidades de género se reflejan en el proceso de transmisión de la infección. En este contexto, la mayor vulnerabilidad está determinada por una cultura que limita el acceso a bienes y servicios a la población femenina y les impide tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas. El hecho de que sea común que en muchos casos sean sus compañeros o esposos quienes deciden cuándo, cómo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales limita las posibilidades de que las mujeres pongan en práctica medidas de prevención o protección para no infectarse. Son estas asimetrías de poder las que determinan la mayor vulnerabilidad social de las mujeres y permiten entender la modificación de la razón hombre/mujer, fenómeno que se conoce como “feminización” de la epidemia. Alrededor de 1985, por ejemplo, en el Caribe había cuatro hombres con SIDA por cada mujer infectada. La razón se ha reducido a 2:1 y en Haití, Dominica, Santa Lucía y Jamaica, entre otros, es de casi 1:1. Si estos datos se analizan en términos de proporciones de mujeres y de hombres infectados en los países con mayor prevalencia, en Guyana, Honduras y Haití las mujeres son mayoría (de un 55% a un 58%), en tanto que en otros tres países (Jamaica, Bahamas y Trinidad y Tabago) ya se acercan a proporciones casi idénticas a las de los hombres (véase el gráfico V.13).

¹³ Se define una relación sexual de riesgo como aquella tenida en los últimos 12 meses con una pareja no casada y con la que no se habita (HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata/>)).

Gráfico V.13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROPORCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES INFECTADOS POR EL VIH/SIDA EN PAÍSES DE ALTA PREVALENCIA, 2003



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Epidemiological Fact Sheet, 2004 Update*, 2004.

Debido a que, entre otras formas, el VIH se transmite por vía sexual y de la madre al feto o al recién nacido, la epidemia tiene un impacto primario sobre la salud sexual y reproductiva, que a su vez afecta la salud en general de individuos, familias y comunidades enteras. Cuando la incidencia de la enfermedad en la población adulta de una localidad o país supera el 3%, se puede observar un efecto negativo concomitante en la productividad, la provisión de servicios, el cuidado de los menores y ancianos e inclusive en el desarrollo social, debido a la muerte de los responsables de la educación y la salud de las nuevas generaciones. Algunos efectos sociales y demográficos importantes se observan inclusive cuando se registran porcentajes inferiores al nivel crítico mencionado.

En términos de la evolución del VIH/SIDA en la región, los datos no son concluyentes. Aunque la prevalencia va en aumento en todos los países, no se cuenta con información confiable que demuestre que lo mismo ocurre con la incidencia. En el caso de Brasil se dispone de evidencias de una clara estabilización de la epidemia en los últimos seis años.¹⁴ Esto obedecería a la participación de toda la sociedad en un programa proactivo y agresivo, basado en una estrategia que incluye prevención, tratamiento y defensa de los derechos humanos de las personas infectadas. En la actualidad, todas las personas que reúnen las condiciones exigidas reciben la terapia antirretroviral. En el más reciente informe de la ONUSIDA para el Caribe se mencionan tendencias que indicarían que al menos dos países de esta subregión, Bahamas y Barbados, estarían reduciendo los niveles de infección gracias a las activas campañas de prevención del VIH realizadas desde fines de los años noventa (ONUSIDA/OMS, 2004).

En conclusión, la epidemia del VIH/SIDA es uno de los retos más importantes que enfrentan actualmente los países de la región. Por ello, se considera de suma urgencia ampliar las actividades que se realicen en la región en este campo con la participación de toda la sociedad y en los programas de salud, especialmente en la atención primaria de la salud, en el marco de los programas de salud

¹⁴ Presentación del señor Paulo Roberto Texeira, STD/AIDS State Programme, São Paulo, Brasil, durante el trigésimo octavo período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, Nueva York, 4 al 8 de abril del 2005.

sexual y reproductiva y de equidad de género. En las políticas que se apliquen y los programas que se ejecuten es imprescindible la plena integración de las medidas de prevención del VIH como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva y viceversa (Naciones Unidas, 2004c).

b) Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

La incidencia del paludismo en América Latina y el Caribe es muy inferior a la de las regiones más afectadas por esta enfermedad (véase el cuadro V.4). Sin embargo, de los 35 países y territorios que son miembros de la OPS/OMS, 21 informan sobre casos de transmisión activa de paludismo en algunas zonas. En general, se trata de áreas y poblaciones con un menor grado de desarrollo y que presentan grandes diferencias con el resto de la población.

Cuadro V.4
NÚMERO DE CASOS DE PALUDISMO EN EL MUNDO, SEGÚN CONTINENTES, 2001

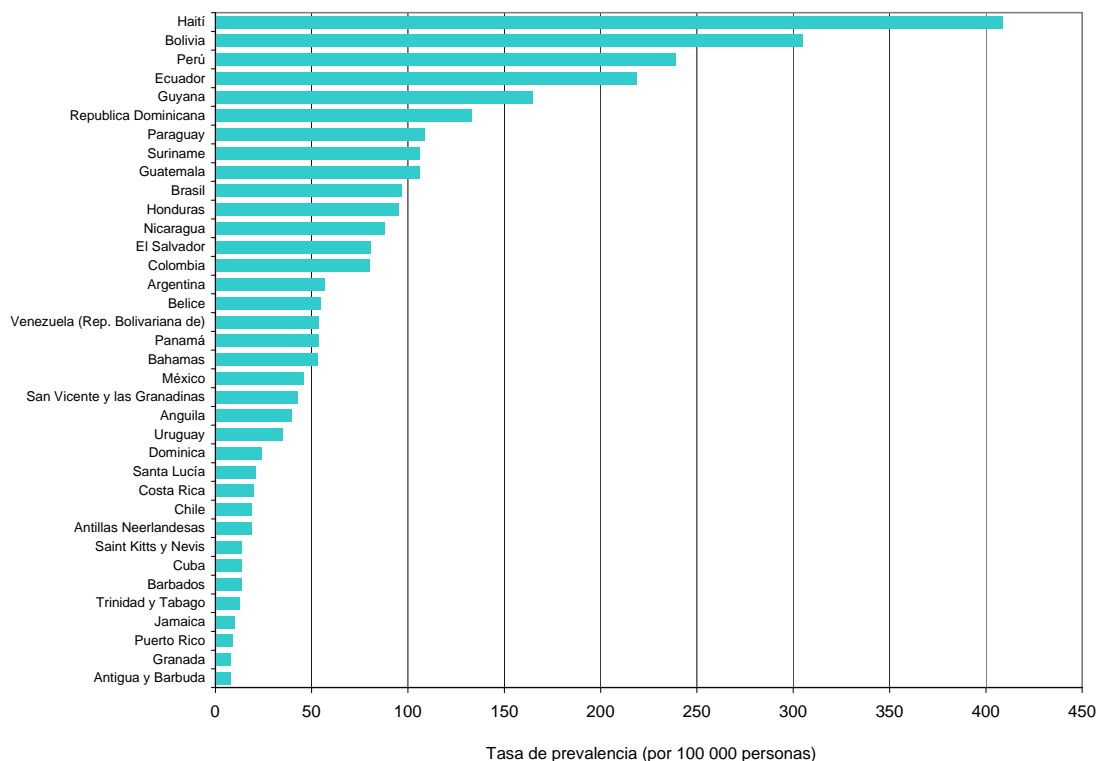
	Número de casos	Porcentaje
América Latina y el Caribe	1 052 947	2,6
África	33 184 158	82,9
Asia	5 686 319	14,2
Europa	11 339	0,0
Oceanía	81 216	0,2
Total mundo	40 015 979	100,0

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano 2002*, Nueva York, 2002.

De los 472 millones de habitantes a que asciende la población de los 21 países con transmisión activa de paludismo, 208 millones (44,1%) viven en zonas expuestas a cierto riesgo de transmisión y 131 millones (59,8%) de esos están expuestos a un riesgo bajo o sumamente bajo de transmisión de la enfermedad. En 2003 se registraron cerca de 850.000 casos de paludismo en América Latina y el Caribe. Los países que notificaron el mayor número absoluto de casos de paludismo fueron Brasil y los de la subregión andina, que concentran alrededor del 82% de los casos, aunque el riesgo mayor de transmisión se observa en la subregión conformada por la Guayana Francesa, Guyana y Suriname, donde la incidencia parasitaria anual superó los 200 casos por 1.000 habitantes ese año.

La tuberculosis es otra de las enfermedades cuya incidencia se espera reducir hasta el año 2015. En América Latina y el Caribe, se estima que en el 2002 hubo 370.000 nuevos casos de tuberculosis, aproximadamente 200.000 de los cuales fueron contagiosos; son estos últimos los que requieren un diagnóstico y tratamiento prioritarios, puesto que en el año considerado murieron más de 150 personas por día a causa de este mal. La mayor parte de los enfermos de tuberculosis eran adultos jóvenes en la etapa más productiva de la vida; por cada ocho hombres contagiados, había cinco mujeres que contraían la enfermedad. Para influir en forma significativa en la prevalencia de la enfermedad habrá que aumentar la cobertura del diagnóstico y de los programas de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES). Según la Organización Panamericana de la Salud, Perú, Haití y Bolivia son los países donde se registra el mayor número de casos de tuberculosis de toda América Latina y el Caribe, cuya incidencia se atribuye fundamentalmente a las condiciones sociales y pobreza de esos países (véase el gráfico V.14).

Gráfico V.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS, 2002



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea] http://unstats.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx.

Pese al cuadro descrito, se han logrado avances en la lucha contra la tuberculosis en América Latina y el Caribe. En 1994 se lanzó en la región la estrategia DOTS/TAES (tratamiento acordado estrictamente supervisado), que se estima beneficiará al 78% de esta; de gran eficacia y bajo costo, permite detectar y curar la enfermedad. La estrategia, cuya aplicación está respaldada por el compromiso político de los países, consiste en una combinación de diagnóstico de laboratorio y tratamiento con observación de la toma de medicamentos. Se calcula que en el año 2003 se diagnosticó al 76% de los enfermos con tuberculosis contagiosa y se curó al 81% de ese total. De 1995 a la fecha han sido tratadas 17 millones de personas con este método.

Otro de los principales objetivos de la estrategia es abordar de manera efectiva las relaciones complementarias entre la tuberculosis y el VIH/SIDA. La pandemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa un considerable desafío en la lucha contra la tuberculosis en todos los niveles, en tanto que esta es uno de los motivos más frecuentes de morbilidad y una de las principales causas de mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

C. La respuesta de los sistemas de salud y los desafíos para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud

La situación existente en la región en la década de 1990 define las condiciones iniciales y provee el entorno en los que se insertan los objetivos de desarrollo del Milenio y sus desafíos. Este entorno ha mostrado distintas facetas: una dimensión alentadora, que responde a la profundización de la democracia y sus instituciones, los logros significativos en estabilidad macroeconómica, una

notable apertura de las economías y el progreso de los indicadores sociales, y una dimensión decepcionante debido al bajo ritmo de crecimiento, la escasa reducción de la pobreza, la persistencia de una inequidad y una exclusión acentuadas y la magnitud del descontento social. Dada la estrecha relación existente entre los determinantes políticos, económicos y sociales del desarrollo, si estas tendencias negativas persisten pueden llegar a poner en peligro los adelantos logrados.

En comparación con el limitado progreso en la reducción de la pobreza y persistencia del problema distributivo, en la última década la región ha dado pasos importantes para mejorar los indicadores sociales medios. Esto se refleja claramente en el índice de desarrollo humano, que resume indicadores clave de bienestar como la esperanza de vida al nacer y la alfabetización, y según el cual el promedio regional (que muestra un valor de 0,78 en el último informe sobre el tema publicado en 2003) es comparable con el de Europa oriental y central y solamente es superado por el promedio de los países desarrollados (BID, 2004). Pero el índice no refleja los altos niveles de desigualdad y exclusión existentes en la región, debido a los cuales se registran avances promedio en términos de bienestar sin que haya cambios en los derechos al desarrollo y la salud de los pobres y excluidos. Aunque parezca paradójico, coexisten avances medios en los indicadores sociales con retrocesos en la reducción de la pobreza. Como se observa en el análisis de la situación regional, los promedios de la región ocultan una marcada inequidad en los indicadores de salud.

El cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio depende en gran medida del acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud, junto con un ejercicio pleno de los derechos individuales. Como se desprende del análisis de la situación de salud expuesto anteriormente, existe la necesidad urgente de reducir las grandes brechas de inequidad en el acceso y en los indicadores de salud como condición para alcanzar los objetivos.

Las insuficiencias y limitaciones que presentan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe constituyen barreras que dificultan la superación de las brechas y reducen las posibilidades de adoptar medidas eficientes en función de los costos para prevenir o tratar las principales causas de muertes maternas e infantiles y las debidas a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Asimismo, dificultan la implementación de estrategias nacionales y globales para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo en países de ingreso medio y bajo.

Desde el punto de vista de la estructura de los sistemas, las limitaciones más importantes son la segmentación y la fragmentación. La segmentación¹⁵ impide o dificulta la adopción de medidas eficaces en función de los costos para diversos grupos, porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud que solo pueden satisfacer los grupos más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico (OPS/OMS/OSDI, 2003; Behrman, Gaviria y Székely, 2003), lo que consolida y profundiza la inequidad. Uno de sus efectos más graves es que se traduce a su vez en una segmentación del derecho a la salud que, a pesar de estar consagrado en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago. Los resultados de estudios realizados en varios países de la región demuestran que de un 20% a un 77% de la población no tiene acceso al sistema de salud cuando lo necesita y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo (OPS/OMS/OSDI, 2001-2004), situación que se ha agravado debido a los cambios en el mercado del trabajo, en particular con el incremento de la economía informal. El análisis de los motivos que llevan a no solicitar servicios institucionales de salud en cualquier subsistema permite concluir que esto se debe principalmente a causas económicas. En sistemas muy segmentados, el acceso a los servicios de

¹⁵ La segmentación consiste en la división de los sistemas de salud en subcomponentes “especializados” en diversos grupos y, tanto en materia de provisión de servicios como de seguros, suele reflejarse en la coexistencia de un subsistema público orientado a los pobres; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes, y un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población. También existe, con un mayor o menor grado de generalización según los países, un subsistema privado sin fines de lucro destinado a atender las necesidades de quienes no consiguen acceder al subsistema público y que suelen ser extremadamente pobres o son víctimas de algún tipo de discriminación.

salud responde a mecanismos institucionales de discriminación y los factores que restringen el acceso afectan a algunos grupos sociales más que a otros. Por consiguiente, los más excluidos en este campo son los pobres de zonas rurales y que están insertos en la economía informal (OPS/OMS/OSDI, 2003, p. 98).

El origen étnico también es un factor limitante del acceso. Por lo menos en cinco países de la región (Guatemala, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú), el pertenecer a un pueblo originario o hablar exclusivamente una lengua originaria constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud.¹⁶

Por último, en la medida en que el acceso a los sistemas de salud está vinculado al empleo en el sector formal, las mujeres sufren una mayor exclusión que los hombres en razón de su inserción en el mercado laboral. Ante la necesidad de atender sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres de la región no realiza trabajos remunerados; cuando sí lo hace, su participación en el sector informal en ocupaciones a tiempo parcial que por lo general no están cubiertas por la seguridad social es proporcionalmente mayor que la del hombre. La frecuencia con que las mujeres ocupan una posición dependiente las coloca a ellas y a sus hijos en una situación de gran vulnerabilidad basada en el empleo y el hecho de vivir en el hogar del afiliado. En este contexto es importante señalar que más del 30% de los hogares de la región están encabezados por mujeres.

La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social y discriminación de las sociedades en los que se insertan y constituye un potente obstáculo para la consecución de los objetivos de desarrollo. Un grupo minoritario de países de la región ha adoptado en las décadas pasadas medidas de carácter nacional para reducir o eliminar la segmentación de sus sistemas de salud, a pesar de lo cual la mayoría de los países del continente sigue mostrando altos grados de segmentación.¹⁷

La fragmentación,¹⁸ por su parte, dificulta las intervenciones eficaces en función de los costos, porque la existencia de múltiples agentes que actúan sin coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, el contenido, el costo y la aplicación, encarece las intervenciones y contribuye al uso ineficiente de los recursos dentro del sistema. Esto último se expresa, entre otras cosas, en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de la seguridad social y altos porcentajes de demanda insatisfecha de tales servicios en el subsistema público en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. La fragmentación de la provisión de servicios por parte del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales en el caso de Bolivia, Honduras, Guatemala y Ecuador, países en que la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Según estudios realizados en Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras y Nicaragua, uno de los principales problemas para la aplicación de medidas para reducir la mortalidad materna que den resultados satisfactorios es la dificultad de lograr que las intervenciones se realicen en los distintos niveles territoriales dentro del subsistema público, a pesar de que el desafío de reducir la mortalidad materna es una prioridad en las respectivas agendas políticas (OPS/USAID, 2004).

En cuanto a la forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización, las mayores insuficiencias de los sistemas de salud se encuentran en la asignación, distribución y formación de los recursos humanos; la magnitud y distribución del gasto público y la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud.

¹⁶ En todo el continente existe una correlación entre las condiciones de pobreza y los pueblos originarios que se agrava en el medio rural y en situaciones de dispersión, y afecta con especial severidad a las mujeres y a los menores. Es bien sabido que, pese a los esfuerzos que despliegan los países para impedirlo, los grupos en condiciones de pobreza tienen, en términos generales, menores posibilidades de verse beneficiados por el desarrollo, lo que incluye el acceso a los servicios básicos de salud, educación y nutrición.

¹⁷ Entre ellos, Brasil, Canadá, Cuba, Chile y Costa Rica.

¹⁸ La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, sino que tienden a ignorarse o a competir entre sí, lo que se puede manifestar en todas o alguna de las funciones del sistema.

Al igual que en muchas regiones del mundo, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe enfrentan serios problemas de insuficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo de sus integrantes. Las políticas de flexibilización laboral implementadas en el marco de las reformas de salud y las crisis económicas y sociales que han sacudido a los países de la región en los últimos 30 años han dado origen a una precarización del mercado de trabajo en el sector salud. La situación laboral de los trabajadores de la salud se ha deteriorado no solamente en lo que respecta a la remuneración sino también a estabilidad, y las posibilidades de crecimiento y satisfacción de necesidades individuales y familiares.

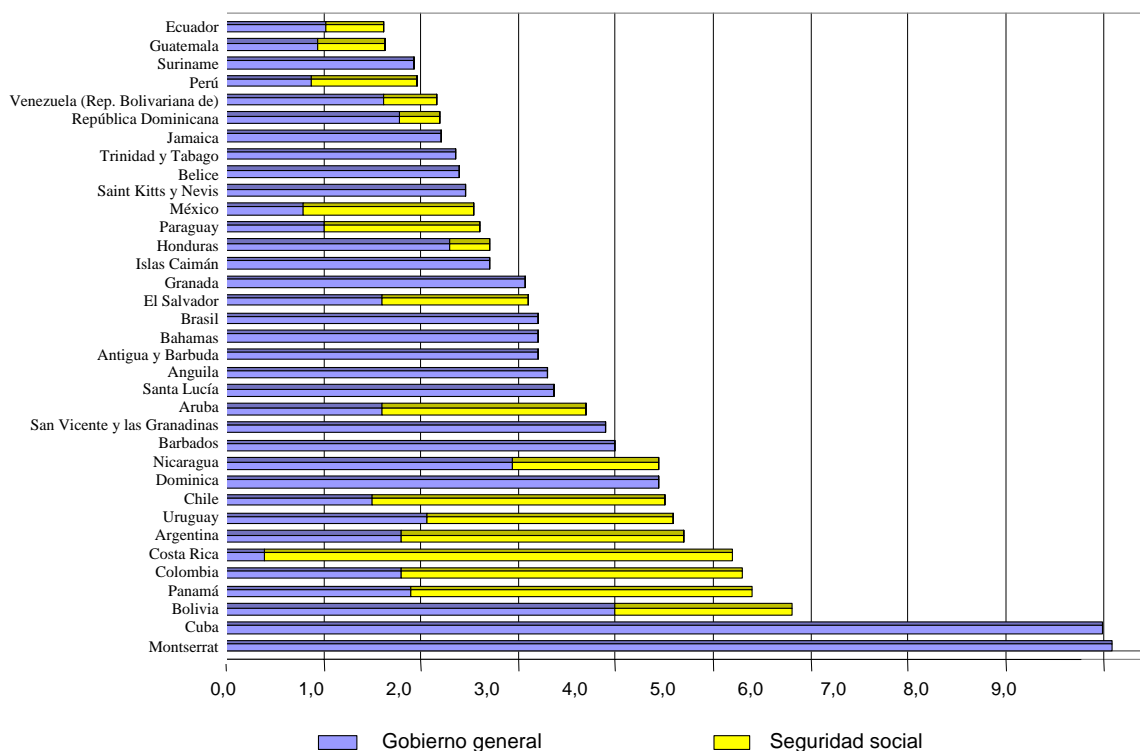
En la región, pocos países han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos, lo que se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en su distribución, su concentración en las áreas urbanas, el crecimiento asimétrico de la oferta y la demanda, el mayor crecimiento de la oferta de educación frente a los requerimientos del trabajo en salud, desfases en materia de formación, desorden en la profesionalización y estancamiento del empleo público. En algunos países esto ha dado origen a un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica que supone la formación de trabajadores que luego emigran alcanza niveles considerables.¹⁹

En la región se han realizado variados intentos de ampliación de la cobertura de salud y de redistribución de recursos humanos, ejemplos de lo cual son los servicios sociales y los ciclos de destinación (Quiroga, 2000), pero son pocos los incentivos que se otorgan en los países para retener a los trabajadores de la salud en áreas difíciles o alejadas de los centros urbanos. En Honduras, Ecuador, Bolivia, Guatemala, El Salvador y República Dominicana los problemas relacionados con la insuficiencia y distribución inadecuada de los recursos humanos, especialmente de médicos y enfermeras, y la mala calidad de la atención figuran entre las principales causas de la exclusión en materia de salud (Hobcraft, 1993). A su vez explican la mayor parte de las muertes maternas y perinatales (OPS/OMS/OSDI, 2003).

La magnitud y distribución del gasto público en salud son herramientas poderosas para realzar la equidad en los sistemas de salud. En los países que tienen sistemas de salud muy segmentados, el financiamiento público para servicios de salud suele ser en general reducido y, por lo tanto, la cobertura pública es bastante reducida, en tanto que el gasto privado es alto y corresponde casi totalmente a gastos individuales. Esta es la situación en que se encuentran la mayoría de los países de Centroamérica (Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Honduras) y de la Comunidad Andina (Ecuador, Perú, Bolivia, República Bolivariana de Venezuela), en los que la pobreza afecta a un alto porcentaje de la población y el bajo gasto público va unido a un elevado gasto privado proporcionalmente mayor en los más pobres, lo que da cuenta de un grave problema de equidad en el acceso a los servicios de salud, que está condicionado a la capacidad de pago individual en tanto que la posibilidad de recurrir al sector público está restringida (véase el gráfico V.15).

¹⁹ Véase OPS, Oficina de Coordinación del Programa para el Caribe, "Nurse sites" [en línea] http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.

Gráfico V.15
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GASTO DE GOBIERNO GENERAL Y
 SEGURIDAD SOCIAL, 2000**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Base de datos del Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD/HP).

Es importante señalar que, debido a la mayor necesidad de atención de salud de las mujeres, los gastos personales dedicados a este rubro son siempre más altos que el de los hombres (20% comparado con 50%), como lo demuestran las encuestas de hogares que contienen información sobre este tipo de gastos: Brasil (1996-1997), Ecuador (1998), Paraguay (1996), Perú (2000) y República Dominicana (1996). Esta inequidad adquiere mayores proporciones cuando se considera que el ingreso de las mujeres representa aproximadamente un 70% del de los hombres.

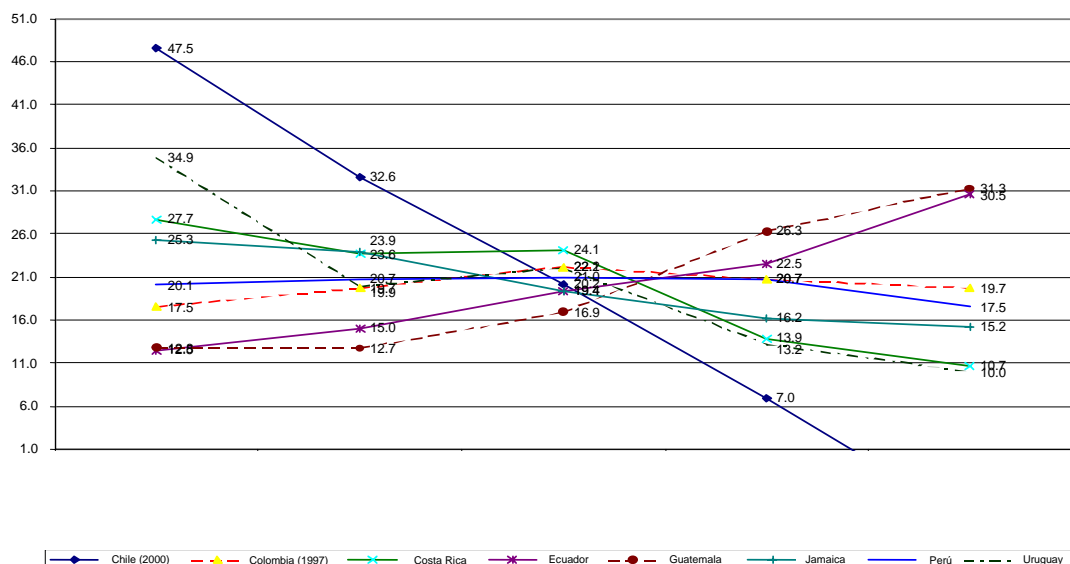
Además de la magnitud del gasto público, su progresividad, es decir, su distribución en los grupos más pobres de la población, es fundamental para garantizar su acceso a la salud. Los gastos individuales de los integrantes de los hogares más pobres es menor en los países donde la distribución del gasto público está orientada a favorecer los grupos de bajos ingresos. En Ecuador y Guatemala, la canalización del gasto en salud al primer quintil de ingreso, que equivale al grupo más pobre, representa poco más de 12% del gasto público, en tanto que el quinto quintil, el más rico, recibe más del 30% de dicho gasto. En el otro extremo, Chile, Costa Rica y Uruguay distribuyen alrededor del 30% del gasto público entre la población de menores ingresos, mientras Perú presenta una distribución pareja de dicho gasto en todos los grupos de ingreso y en Jamaica este favorece a los grupos de menores ingresos. Ecuador, Guatemala y Perú tienen sistemas de salud altamente segmentados, en tanto que Costa Rica, Uruguay y Chile tienen sistemas nacionales de seguros de salud (véase el gráfico V.16).

La concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la población de zonas geográficas pobres, rurales y dispersas tienen un acceso restringido a ella. Una medida del acceso es la utilización de los servicios de salud,

que refleja la proporción de recursos destinada por cada subsistema a atender a los diversos grupos de población, lo que es a su vez un indicador de la equidad dentro del sistema en general. En la mayoría de los países se advierte inequidad en la utilización de los servicios, debido a un mayor uso de estos por parte de los quintiles más ricos de la población en todos los subsistemas, incluido el público.

Gráfico V.16

CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR, GUATEMALA, JAMAICA, PERÚ Y URUGUAY: EFECTO DISTRIBUTIVO DEL GASTO PÚBLICO



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las disparidades de acceso a los bienes, servicios y oportunidades en este campo se reflejan en diferencias injustas en cuanto al estado de salud. Entre otras cosas, tanto la mortalidad materna como la infantil se concentran en los segmentos más pobres de la población, como se indica en la sección anterior.

La situación imperante en cuanto a la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe no puede considerarse alentadora. En gran medida, puede atribuirse a los resultados comparativamente malos y a las bajas coberturas de los sistemas de salud de los países de la región y el abandono de la salud pública. De hecho, la calidad percibida, en su doble dimensión humana y administrativa, figura cada vez más como un factor que incide notablemente en la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados (OPS, 2000a).

Los procesos de reforma del sector de la salud realizados en la región se concentraron en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas y en ajustes de la prestación de servicios. La salud pública ha sido descuidada, al considerarla una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos para modernizar la infraestructura necesaria (OPS, 2000b). Algunos de los procesos que se llevan a cabo actualmente no han permitido superar las inequidades existentes en materia de salud vinculadas a la acentuación de las desigualdades económicas.

En Argentina, Bolivia, Ecuador, México y Perú ha empezado a estructurarse una propuesta de seguro maternoinfantil, que formaría parte de las prestaciones ofrecidas por los seguros públicos de salud. Esta responde a una estrategia de focalización de programas sociales, destinada a hacer frente a los alarmantes niveles de desigualdad. A pesar de que estos seguros se centran en la atención de mujeres y los niños, resultan restringidos, en la medida que se ocupan esencialmente de la maternidad y dejan de lado otros componentes básicos de la salud sexual y reproductiva como la

prevención del cáncer, la violencia, la fecundidad y la atención diferenciada a los adolescentes de ambos sexos. De todos modos es importante mencionar algunos aspectos de lecciones aprendidas en Bolivia, Chile, Cuba y Honduras, países que en las últimas décadas han logrado reducir la mortalidad materna de manera significativa (véase el recuadro V.1).

Recuadro V.1

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, CHILE, CUBA Y HONDURAS

La reducción de la mortalidad materna en estos países es un ejemplo de los avances logrados en relación con esta meta. Si bien en el caso de Bolivia y Honduras aún persisten algunos problemas relacionados con el nivel socioeconómico y la inestabilidad política, se han observado muestras claras de progreso. Gracias a la colaboración entre los ministerios de salud y los organismos de cooperación internacional, se han realizado estudios de caso nacionales que han permitido sistematizar e identificar los factores más importantes que contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna en los países considerados.

En el caso de Bolivia, la reducción de la mortalidad materna entre 1993 y 2003 ha sido del 41%, de 390 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 235. Aún queda mucho por hacer, pero el progreso es sustancial. Entre muchos otros, hay un factor importante que influyó en esta mejora: la decisión de otorgarle la debida prioridad política a la solución del problema, que se ha traducido en una serie de medidas e intervenciones vinculadas al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud. Entre ellas cabe destacar la creación de un mecanismo de financiamiento de intervenciones maternoinfantiles eficaces. En 1996 se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, sustentado por la asignación de recursos de la coparticipación tributaria establecida por la Ley de Participación Popular. Este mecanismo ha tenido una continuidad de cerca de nueve años en cuatro gobiernos consecutivos. En la actualidad se encuentra en ejecución el Seguro Universal Maternoinfantil, que asegura la provisión de servicios e intervenciones clave para la atención maternoinfantil, incluidos la atención de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, los cuidados posteriores al aborto y complicaciones y enfermedades del recién nacido y del niño menor de cinco años.

Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, de 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Esto representa un marcado descenso en comparación con 325 muertes maternas en 1951. Entre los factores que contribuyeron a esta disminución figura la creación del Servicio Nacional de Salud, que proveía una amplia gama de servicios de protección de la salud de las madres y niños, el programa de planificación familiar destinado a reducir las muertes maternas por complicaciones del aborto inducido y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, orientado a mejorar la situación nutricional de mujeres embarazadas y niños hasta los seis años. A lo anterior se suma el fortalecimiento de una red de asistencia pública basada en la prevención, el acceso y la aplicación de tecnologías apropiadas y eficaces, así como la asignación de matronas profesionales con capacitación universitaria, prestigio y reconocimiento comunitarios a todo el país, que contribuyeron al mejoramiento del acceso y la cobertura y permitieron ofrecer una atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio.

En el caso de Cuba la situación ha sido similar. La política de salud de Cuba se ha destacado por el apoyo permanente de las autoridades políticas. Cuba ha adoptado la salud maternoinfantil como una prioridad y ha establecido redes de servicios de salud obstétrica e infantil de base comunitaria. Asimismo, se fortaleció la capacitación individual y se garantizó el acceso de todas las mujeres a la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutoria. El constante mejoramiento de la cobertura y la calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud de Cuba.

Honduras ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna. De hecho, la razón de mortalidad materna disminuyó un 38% entre 1990 y 1997, es decir de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. La evaluación de lo realizado en Honduras permite determinar que el respaldo a los servicios sociales y la ampliación del acceso a los servicios de salud fueron dos de los factores determinantes del cambio, que obedeció a la decisión de las autoridades de destinar una parte significativa del PIB a la salud. Junto con ello, se promovió la maternidad segura y se dio prioridad a la reducción de la mortalidad materna mediante la provisión de recursos con ese fin. El fortalecimiento de la disponibilidad de servicios de cuidados esenciales obstétricos ha sido un valioso esfuerzo emprendido en esta área y cabe destacar también el mejoramiento del sistema de referencia de complicaciones obstétricas en partos domiciliarios y de mujeres de alto riesgo para su atención por parte de personal calificado; también se han tomado importantes medidas para mejorar la calidad de la atención y elevar la participación de la comunidad, como componentes claves de otras estrategias.

La experiencia acumulada en todos estos casos demuestra el rol esencial de las autoridades y la importancia de políticas públicas sostenibles, de largo alcance y de carácter intersectorial, que contribuyan en particular al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud y aseguren el acceso a servicios de atención primaria de calidad para las madres y los niños, los recursos humanos disponibles con competencias adecuadas para la atención obstétrica calificada y la disponibilidad de cuidados obstétricos esenciales y de servicios de planificación familiar en la red de servicios de salud. La vigilancia epidemiológica y los sistemas de monitoreo han sido también determinantes de los positivos cambios que se han producido en estos países.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En general, en la región ha habido una mejora de la calidad de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, basada en la concepción de los derechos reproductivos como derechos humanos, en la equidad social y de género, y en el empoderamiento de las mujeres y los adolescentes. Se han desarrollado programas nacionales de salud de los adolescentes y se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos de salud, como también para la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se da especial importancia a la salud sexual y se realizan actividades dirigidas expresamente a la prevención del embarazo no planeado y a la atención de madres adolescentes. Paralelamente, se ha reforzado la formación de recursos humanos sobre prácticas de atención, mejoramiento de la calidad de servicios de salud y oferta de anticonceptivos para la población adolescente, entre otras cosas mediante talleres en los que se dan a conocer a grupos de jóvenes sus derechos a la salud y reproductivos (CEPAL, 2004e). A pesar de estas múltiples actividades, se impone un mayor apoyo político para que en los procesos de reforma del sector salud se otorgue prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, considerando que será imposible lograr los objetivos de desarrollo del Milenio referentes a la salud materna si no se invierten recursos y se toman medidas eficaces destinadas a los adolescentes y jóvenes.

En lo que respecta al objetivo de desarrollo sobre la lucha contra el VIH/SIDA, las respuestas gubernamentales han sido escasas; los países que se han mostrado más activos en este campo son Brasil, Chile y Uruguay. Las respuestas de los gobiernos han ido en aumento en los últimos años, lo que se vincula al incremento de la disponibilidad de recursos aportados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, la mayor parte de los cuales se destinan a intervenciones terapéuticas y al acceso a medicamentos antirretrovirales.

En cuanto a las políticas y los elementos estructurales de la respuesta al problema, la mayoría de los países han adoptado leyes específicas sobre el VIH/SIDA, muchas de las cuales comprometen al Estado en la prevención y atención de la infección, incluido su tratamiento. Al menos cinco países de la región, Argentina, Brasil, Chile, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay, ofrecen acceso universal al tratamiento mediante antirretrovirales y la gran mayoría está en proceso de adoptar nuevas terapias con los recursos mencionados. El progreso logrado en esta área ha sido posible gracias a las negociaciones conjuntas de los países, organizados por subregiones, con las industrias farmacéuticas internacionales, a partir de una fuerte presión de la sociedad civil. Sin embargo, la capacidad de los servicios de salud ha sido insuficiente para responder a los desafíos planteados por la expansión de la cobertura de los tratamientos, tanto en lo que respecta a la infraestructura física como a los recursos humanos.

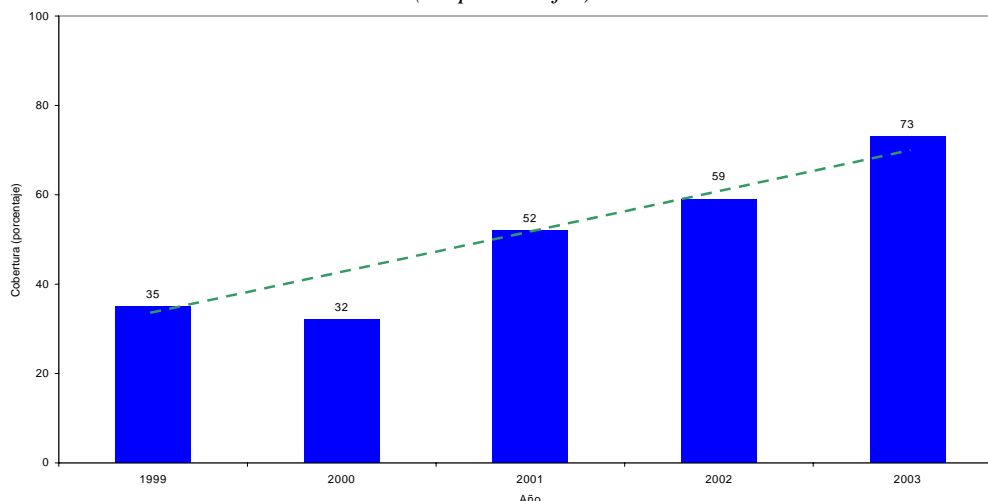
Las actividades de prevención han sido muchas y variadas, y han ido acompañadas de evaluaciones. Hoy en día la mayor parte de la población tiene suficientes conocimientos sobre la epidemia, sus formas de transmisión y cómo puede prevenirse, pero las conductas preventivas no tienen los efectos deseados, lo que hace suponer que las actividades de prevención también han sido insuficientes en cantidad, contenidos y eficacia. La adopción del enfoque de derechos y las investigaciones que permitan reducir las inequidades de género son dos áreas de intervención que forman parte de las respuestas estructurales al problema del VIH/SIDA, al igual que la integración con los servicios de salud sexual y reproductiva, estrategia que aún no ha sido debidamente incorporada en el quehacer de los países (UNFPA/EAT, 2004c).

Aunque todavía se dista mucho de controlar la epidemia de VIH/SIDA, los avances científicos y tecnológicos, sumados a la voluntad política y la intensa movilización social, están modificando su evolución en muchos países del mundo y también en América Latina y el Caribe. La adopción de estrategias de educación y comunicación y la provisión de servicios de salud siguen siendo fundamentales para contener el avance de la epidemia, mientras que la prevención seguirá constituyendo la principal medida para impedir que alcance las proporciones catastróficas a las que ha llegado en otras regiones. La instrumentación de modelos de atención integral, que incluyan

tratamientos con medicamentos antirretrovirales y contra las infecciones oportunistas y mecanismos para aumentar el acceso a dichos fármacos, requiere de una fuerte voluntad política y financiera para evitar que la epidemia continúe produciendo un sufrimiento innecesario, especialmente entre los más desposeídos.²⁰ Estos modelos deben estar estrechamente vinculados con estrategias sólidas de prevención primaria (OPS, 2001a).

En el caso de la tuberculosis, el tratamiento acertado estrictamente supervisado es la estrategia recomendada por la OMS para el control de la enfermedad, cuyo primer requisito es un compromiso político sostenido de aumentar los recursos humanos y financieros, y hacer del control de la tuberculosis una actividad de alcance nacional y parte integral del sistema de salud (OMS, 2003). Desde finales de los años noventa, esta estrategia ha ido extendiéndose progresivamente en la región, hasta alcanzar una cobertura del 73% en el año 2003 (véase el gráfico V.17) (OMS, 2004). Ese mismo año se registraron 230.000 casos en la región, y actualmente las tasas de detección de tuberculosis infecciosa (con baciloscopía positiva) ascienden a un 44%, en tanto que la tasa de curación es del 81% con el tratamiento recomendado. Estos indicadores ilustran el progreso logrado en la consecución de las metas de la OPS/OMS para el control de la tuberculosis, que han de conducir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo.²¹

Gráfico V.17
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EXPANSIÓN DE LA COBERTURA
 POBLACIONAL DE DOTS/TAES, ENTRE 1999 Y 2003**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing* (WHO/HTM/TB), Ginebra, 2005.

El control de la tuberculosis requiere un compromiso sostenido en todos los niveles para adoptar las medidas necesarias. Existen muchas limitaciones para mejorar el control de la tuberculosis que están relacionadas con la debilidad y el subfinanciamiento de los sistemas de salud. La prioridad que se habrá de dar al control de la tuberculosis dependerá de la incidencia de esta enfermedad en cada país. La respuesta de los sistemas de salud sigue siendo inadecuada, debido a la insuficiencia de los servicios de atención primaria, la falta de participación del sector privado y la escasa utilización de los trabajadores y recursos comunitarios.

²⁰ Véase OPS, Oficina de Coordinación del Programa para el Caribe, http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.

²¹ En la cuadragésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud de la OMS se señalaron las metas para el control de la tuberculosis, con la detección del 70% de los casos infecciosos y curación de, al menos, el 85% de estos, que debía alcanzarse en el año 2005 (véase WHA44/1991/REC/1.1991).

En el caso del paludismo, después de la suspensión del programa de erradicación, los países de América Latina y el Caribe adoptaron la estrategia global de control en 1992. Los principios técnicos de esta estrategia incluyen el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato de la enfermedad; la aplicación de medidas de protección y prevención de la enfermedad; el desarrollo de la capacidad de predecir y contener epidemias, y el fortalecimiento de la capacidad nacional para realizar investigaciones básicas y aplicadas que permitan y faciliten la evaluación sistemática de la situación del paludismo. Con el objetivo primordial de reducir de forma significativa los casos de paludismo en el mundo, la OMS lanzó la iniciativa titulada “Alianza para hacer retroceder el paludismo”, en la que se prevé la participación de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otras instituciones, la sociedad civil y los gobiernos de los países donde el paludismo es endémico. Los elementos clave de la iniciativa refuerzan los de la estrategia global de control del paludismo. La meta de la Alianza es reducir la mortalidad y morbilidad atribuibles al paludismo en un 50% para el año 2010. Los 21 países de la región en los que la enfermedad es endémica se sumaron a la Alianza y entre 1998 y 2003 ha habido una reducción de la incidencia de un 25% en 12 de los países.

En el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio, la meta es detener y comenzar a invertir la incidencia del paludismo para el año 2015. Para ello será necesario un sostenido cumplimiento de los compromisos contraídos por los gobiernos, una mayor colaboración entre programas de salud y entre sectores, un financiamiento adecuado, la necesaria capacitación del personal de salud y de la comunidad y su participación en actividades de prevención y control, la integración del programa para erradicar el paludismo en los servicios de salud, el continuo fortalecimiento de los sistemas de información y la definición de políticas basadas en pruebas concretas.

D. Principios orientadores para las políticas de salud

Los países de América Latina y el Caribe han iniciado el nuevo siglo con numerosos adelantos, entre otros su opción por regímenes democráticos, la adopción de políticas macroeconómicas responsables y la realización de importantes reformas para promover el crecimiento económico y el progreso social. No obstante, aún persisten grandes desafíos, como detener el reciente aumento de la pobreza en muchos países, reducir la desnutrición infantil y las diferencias de género en el mercado laboral y en la participación política, ampliar el acceso a servicios básicos de agua y saneamiento en los países de bajos ingresos y en las regiones más pobres de países con ingresos medios, y mejorar la equidad en el campo de la salud, especialmente en el acceso a los servicios pertinentes.

La región no es la más pobre del mundo, pero sí la que presenta un mayor grado de desigualdad. El país con la menor inequidad de la región en términos de ingresos sigue registrando una mayor desigualdad que cualquier país de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos o de Europa oriental (Banco Mundial, 2003a). Los datos sobre la distribución del ingreso revelan que, en promedio, el 10% más rico de la población de América Latina percibe el 36,1% de todo el ingreso familiar, mientras que el 40% más pobre recibe apenas el 13,6%. En República Dominicana el ingreso per cápita del 20% más adinerado de la población superaba por 24,6 veces el ingreso per cápita del 20% más pobre en el año 2002; en Colombia el factor era de 29,6 y en Bolivia, de 44,2 (Roses, 2004).

La pregunta que cabe plantearse es si las políticas económicas y sociales que se están aplicando actualmente en América Latina y el Caribe son suficientemente eficaces para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio o si se requieren cambios. Como se indicó anteriormente, si se mantienen las tendencias observadas muchos de los indicadores relacionados con los objetivos vinculados a la salud no se alcanzarán en el 2015, lo que apunta a la necesidad de adoptar medidas correctivas.

La comprensión de los objetivos de desarrollo del Milenio como un componente esencial y una fuerza propulsora del desarrollo en materia de salud y de las metas nacionales intersectoriales sobre salud establecidas por los países es un requisito indispensable para que los objetivos de desarrollo no pierdan vigencia al trasladarlos al contexto de la formulación de políticas nacionales, más aún si se considera que en los últimos años se han adoptado una serie de reformas que en algunos países han debilitado los sistemas de salud pública y han reducido el acceso a los servicios.

A continuación se presenta una enumeración de los principales desafíos pendientes en cuanto a las políticas necesarias para cumplir con los objetivos de desarrollo del Milenio:

1. Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad

La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales, que formen parte de estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por ello, para lograr mejoras en la salud hay que incidir más ampliamente en las políticas sociales, trascender la visión de compartimientos estancos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas. Asimismo, es preciso aprovechar la sinergia entre las políticas públicas e intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales focalizadas en los grupos más vulnerables y en las zonas y los países con mayores desventajas.

Según la información empírica recopilada, una manera de incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna es mediante un trabajo conjunto en las áreas de la salud y la educación. Las distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva exigen también respuestas concertadas, en las que participen otros sectores, como el de trabajo y justicia, y medidas orientadas a la potenciación de las personas y las comunidades, sobre todo de las adolescentes y las mujeres.

La alta correlación existente entre el porcentaje de la población con acceso a agua potable y las tasas de mortalidad infantil es otro hecho que corrobora la necesidad de ejecutar programas intersectoriales destinados a transformar el entorno en que se desenvuelve la vida de las personas, dirigidos a los más vulnerables y que tengan como unidad articuladora a la familia, la escuela, la comunidad, segmentos organizados de la sociedad civil o municipios. También es preciso establecer estructuras organizativas intersectoriales. En el recuadro V.2 se describe el programa de municipios saludables como un ejemplo de buena práctica intersectorial en salud que vale la pena destacar.

Recuadro V.2

MUNICIPIOS SALUDABLES

La estrategia de municipios saludables y productivos ha sido identificada por muchos países como un enfoque práctico y aglutinador. Sus objetivos son mejorar las condiciones de salud en las poblaciones más vulnerables e impulsar la sostenibilidad de los programas que se ejecuten en un municipio. La estrategia responde a un enfoque del desarrollo local, que involucra a la población en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de los programas.

Un ejemplo de aplicación de esta estrategia es el caso del municipio de Chopinzinho del Estado de Paraná en Brasil, que tiene una población de 20.740 personas, una economía predominantemente agropecuaria que inició un proceso de reconversión tecnológica para superar los bajos niveles de productividad paralelamente a la ejecución del proyecto de municipio saludable. En Canadá se estableció la “Coalición comunitaria saludable de Ontario” que ofrece un marco para establecer comunidades saludables, mediante la realización de diagnósticos que permitan determinar sus problemas y sus necesidades y, a partir de ellos, establecer planes de acción concretos. Destaca en su estrategia la participación de la comunidad y el compromiso adoptado por las diversas instancias gubernamentales, así como el trabajo intersectorial. Bogotá, D.C., que tiene una población de más de 4 millones de personas, es un ejemplo de una estrategia para mantener, fortalecer, consolidar y promover condiciones de vida segura mediante actividades municipales que aglutinan a diferentes actores e involucran a todos los sectores. El municipio de Cumanayagua-Cienfuegos en Cuba está dividido en 13 consejos populares que han comenzado a aplicar el proyecto de municipios saludables a partir de un análisis de la situación de cada uno de ellos. En México destaca la “Red mexicana de municipios saludables”, que forma parte de una estrategia de protección de la salud que permite compartir experiencias y concertar acuerdos de cooperación intermunicipal.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La armonización es otro de los elementos fundamentales para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, cuya relevancia ha quedado en evidencia en reuniones y acuerdos adoptados entre gobiernos, organismos de cooperación internacional y otros actores sociales que realizan actividades en la región. Cabe citar, por ejemplo, la Declaración de Brasilia sobre la implementación de los objetivos de desarrollo, de noviembre del 2003 (BID, 2003a), y la Declaración de Nuevo León, de enero del 2004, cuyo propósito era avanzar en la instrumentación de medidas para combatir la pobreza, promover el desarrollo social, lograr crecimiento económico con equidad y reforzar la gobernabilidad democrática.²² En este marco, es necesario concertar y fortalecer acuerdos subregionales relativos a las migraciones y la “portabilidad” de los beneficios.

2. Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud

El incremento del número absoluto de personas en condiciones de pobreza y de la brecha entre quienes tienen acceso a los beneficios del desarrollo y quienes no lo tienen se refleja también en la protección social relacionada con la salud. Las marcadas inequidades existentes en la actualidad —especialmente las de género, raza y etnia y generacionales— tienen costos muy altos, ya que impiden el ejercicio del derecho al desarrollo y la salud, reproducen los niveles de pobreza y limitan los efectos del desarrollo económico, erosionan la cohesión social y ponen en peligro los procesos democráticos en la región. Para abordar estas desigualdades injustificadas es necesario que los países de la región se comprometan firmemente con los imperativos de equidad y solidaridad, y se adopten medidas sinérgicas en varios niveles, entre otros con los siguientes fines:

- reducir la desigualdad de acceso a los servicios;
- mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos;
- fortalecer la capacidad de distribución de recursos del Estado;
- incrementar la participación social en los procesos de diseño, monitoreo e implementación de las políticas públicas sobre salud.

Para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, hay elementos que aparecen como indispensables: el respeto de la diversidad cultural de los distintos grupos sociales, la adopción de medidas que sustenten un crecimiento económico equitativo y sostenible y el reconocimiento del ser humano como elemento central del desarrollo.

La extensión de la protección social en el campo de la salud es otra condición fundamental para el logro de los objetivos, porque, como ya se ha indicado, un alto porcentaje de la población sigue estando excluida de los mecanismos de protección social contra los riesgos de enfermedades y sus consecuencias.

Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a una atención digna y eficaz y a reducir los efectos negativos, tanto económicos como sociales, que tienen para la población en general y para los grupos vulnerables las situaciones personales difíciles, como las enfermedades y el desempleo, o generales, como los desastres naturales.

²² Véase Cumbre Extraordinaria de las Américas, *Declaración de Nuevo León*, Nuevo León, México, 13 de enero del 2004.

3. Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud

Es importante destacar que, dadas la magnitud y composición del gasto de los países destinado a salud y su distribución en la población, es necesario replantear los temas de financiamiento público y de eficiencia y efecto distributivo del gasto. Este replanteo debe tener lugar en el marco del equilibrio que debe existir entre bienes y servicios de salud, por una parte, y el consumo de otros bienes o servicios que repercuten en la salud (alimentación, vivienda, educación, saneamiento) y contribuyen al bienestar individual y social, por otra.

Sobre la base de la información sobre financiamiento de la salud disponible en la región, es posible argumentar a favor de la necesidad de una mayor inversión en programas de salud pública y servicios personales de salud con fondos públicos, mediante el incremento o mejoramiento del mecanismo de recaudación de impuestos o del alza de las contribuciones sociales.

4. Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

Es importante destacar el vínculo existente entre los objetivos de desarrollo del Milenio y los cambios necesarios en los sistemas de salud. La consecución de los objetivos de desarrollo exige la ejecución de programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva y de control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud indispensables para que los programas y las intervenciones lleguen a todos los ciudadanos (OPS, 2004a).

En el ámbito de los sistemas de salud es necesario trabajar simultáneamente en las áreas de gestión, financiamiento, seguros y prestación de servicios, a fin de que las actividades sean congruentes, se refuercen mutuamente y contribuyan a la equidad (OPS, 2002c). A continuación, se describen los desafíos que se plantean en cada una de estas áreas.

- En lo que respecta a la gestión de las políticas públicas sobre salud y el ejercicio de la autoridad sanitaria por parte de los poderes públicos, se trata de fortalecer esta función y realzar la eficiencia de la estructura.
- En materia de financiamiento, se trata de organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento a fin de atender las necesidades de salud de la población en un marco de equidad. En particular, es indispensable garantizar el financiamiento solidario y sostenible tanto de los servicios de salud personales como de las medidas de salud pública.
- En el ámbito de los seguros, se plantean los siguientes desafíos:
 - garantizar un conjunto de prestaciones universales para la ciudadanía, manteniendo un equilibrio adecuado entre los sistemas de seguro financiados mediante contribuciones o sistemas solidarios de carácter público y los de financiamiento privado;
 - disminuir los costos de transacción y las inequidades derivadas de los sistemas segmentados, fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en la región. La información disponible indica que la existencia de un seguro público gestionado con criterios de solidaridad, eficiencia, transparencia y obligación de rendir cuentas, y con una posición relevante o dominante en su ámbito es un factor que puede contribuir notablemente a racionalizar el sistema de seguros y reducir los riesgos de exclusión.
- En relación con la provisión de servicios, se plantean los siguientes desafíos:
 - fortalecer una red de servicios que garantice el derecho universal a la salud, incluidos los derechos reproductivos individuales;
 - reorientar el modelo de atención bajo criterios de promoción y prevención y fortaleciendo la estrategia de atención primaria;

- adoptar incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a lograr los objetivos de salud y a eliminar la exclusión;
- dar prioridad a las estrategias orientadas a ampliar el acceso a los servicios de salud;
- velar por la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud;
- respaldar la demanda de servicios de los grupos con mayor riesgo de exclusión (pobres, indígenas y afrodescendientes, entre otros);
- fortalecer la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de la salud.

Es importante adoptar políticas que amplíen el nivel básico de la atención primaria de salud, considerada como estrategia fundamental para ampliar los sistemas de salud, conforme a criterios de equidad, y mediante la integración de enfoques verticales y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial y la participación social en materia de salud (OPS, 2003a). La atención primaria de la salud ha demostrado ser un muy buen mecanismo para responder a los siguientes desafíos:

- garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalidad de acceso, junto con dar atención prioritaria a los grupos menos privilegiados;
- reducir las desigualdades en las prestaciones y los sistemas de atención de la salud, incluidas las de género, raza y etnia y generacionales;
- mejorar la salud de la población en general, mediante una reducción significativa de los riesgos de muerte infantil y materna, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de la calidad de vida;
- ofrecer atención de la salud, bajo una red integrada de servicios eficaces y de calidad, atienda a individuos, familias y comunidades y en la que todos ellos participen;
- articular a todos los prestadores de servicios de atención de la salud, y fortalecer la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

En el ámbito de los recursos humanos del sector salud, es importante realizar actividades con los siguientes fines:

- realizar actividades de defensa de intereses que refuercen la función esencial de las políticas de recursos humanos;
- elevar la capacidad de los países para organizar procesos concertados y sostenibles de adopción de acuerdos políticos para la implementación de políticas de recursos humanos (“Observatorio de recursos humanos en salud”), en los que se tome en cuenta el alto porcentaje de mujeres que forman parte de la fuerza de trabajo;
- fortalecer y desarrollar los recursos humanos en el campo de la salud pública con una visión de largo plazo y mediante la adopción de incentivos concretos para reorientar los procesos de formación profesional;
- dar forma al mercado de trabajo otorgando particular importancia a la atención primaria de la salud;
- mejorar el desempeño profesional, mediante la adopción de normas con dicho objetivo y actividades de educación permanente;

- acelerar el desarrollo de capacidades institucionales que permitan perfeccionar la atención prestada por los servicios de salud.

Es indudable que el fortalecimiento de los sistemas de salud puede contribuir a garantizar el acceso a los servicios pertinentes y al logro de los objetivos de desarrollo, pero para que eso sea posible las políticas destinadas a fortalecer dichos sistemas deben estar orientadas a reducir su segmentación y fragmentación al interior de ellos y a crear mecanismos que promuevan la equidad.²³ La pregunta clave parece ser cómo formular políticas de salud que faciliten la inclusión de los grupos excluidos (Banco Mundial, 2003b; Gacitúa, Sojo, Davis, 2000; Bhalla y Lapeyre, 1999; Jordan, 1996). La portabilidad de la garantía de acceso a la salud es un elemento fundamental, en un entorno donde la informalidad en el empleo, los movimientos migratorios y la pobreza seguirán teniendo una gravitación considerable en el mediano y largo plazo. En este contexto, es necesario además definir con claridad quiénes serán los “derechohabientes” o sujetos de la garantía, entendiendo el acceso a la salud ya no como un derecho ligado al empleo sino a la condición de ciudadano.

En síntesis, hacer realidad el compromiso asumido por los gobiernos en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio en la región sigue siendo un reto. Son pocos los países que han integrado plenamente dichos objetivos en su proceso de formulación de políticas, en cuya formulación e implementación se debe tener en cuenta una serie de factores. Los gobiernos tienen diversas maneras de percibir los problemas que les aquejan y de identificar y dar soluciones que se enmarquen en sus agendas políticas. Sin embargo, si cada país aplica diferentes criterios en la jerarquización de los problemas y no se trabaja al unísono, con una misma orientación, difícilmente se podrán cumplir los objetivos de desarrollo en América Latina y el Caribe.

A la luz de las condiciones socioeconómicas actuales, es necesario reforzar la voluntad política no solo en el plano nacional, sino también en los ámbitos subregional y regional, a fin de darle primera prioridad a la agenda de salud pública.

Los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en el 45° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrado en Washington, D.C., en septiembre del 2004, aprobaron la resolución CD 45.R3 sobre los objetivos de desarrollo del Milenio y las metas de salud. En esta resolución se insta a los Estados miembros de la OPS a tomar medidas con los siguientes fines:

- elaborar y ejecutar planes nacionales de acción para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo;
- fortalecer el compromiso político con los objetivos a todos los niveles y considerar su cumplimiento como una prioridad en los planes regionales, subregionales, nacionales y locales de desarrollo económico y social;
- aumentar en los países la conciencia y el sentido de propiedad de las prioridades de salud establecidas en los objetivos mediante una amplia gama de diálogos sobre políticas, asociaciones o alianzas y actividades intersectoriales;
- fomentar el establecimiento de alianzas y asociaciones en los foros subregionales, para fortalecer el compromiso con la salud y el desarrollo social sobre la base de responsabilidades compartidas;

²³ Las recomendaciones de los informes de los equipos de tarea sobre salud maternoinfantil, del Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, incluyen el acceso a la salud sexual y reproductiva entre las diez cuestiones clave relativas a los objetivos de desarrollo del Milenio para mejorar la salud de mujeres y niños y garantizar las condiciones necesarias para alcanzar la igualdad de género. En los informes también se recomienda ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, brindar información y suministrar métodos anticonceptivos. En términos programáticos, se reconoce que los sistemas de salud deberían garantizar el acceso universal a estos servicios.

- intensificar las actividades de desarrollo nacional de la salud y protección social en salud;
- integrar mejor los esfuerzos nacionales en pro del cumplimiento de los objetivos mediante la adopción de iniciativas sobre las metas y objetivos de salud y la formulación de políticas de salud orientadas al logro de resultados;
- atraer a otros colaboradores y aliados y aumentar la cooperación con ellos para realizar actividades de consecución de los objetivos;
- apoyar la fuerte participación de la sociedad civil en todos los niveles de la sociedad, con miras a incluir en el cumplimiento de los objetivos a adolescentes, mujeres, personas con discapacidades, grupos étnicos y raciales postergados y grupos indígenas;
- mejorar la medición y vigilancia sistemáticas del progreso alcanzado en la consecución de los objetivos mediante la generación de datos sobre salud de calidad y desglosados, y
- emprender, facilitar y apoyar investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas para el cumplimiento de los objetivos y la generación de nuevos conocimientos, sobre todo en relación con las sinergias favorables a la salud.

Uno de los mayores desafíos que se plantean en este campo es que el derecho a la salud sea reconocido como prioritario en las agendas públicas y en las actividades gubernamentales. Por lo tanto, el liderazgo político del sector salud y la capacidad de facilitar el diálogo entre los diversos actores e interesados en la definición de problemas y estrategias son fundamentales.

Finalmente cabe hacer hincapié en que el derecho a la salud supone reforzar la gobernabilidad democrática en un marco de cohesión social y de derechos humanos, bajo el paradigma de que solo se puede alcanzar una auténtica democracia cuando se asegure que ningún habitante de la región quede excluido de los beneficios del desarrollo y que a nadie se le priva del derecho a la salud. Es así como se podrá materializar la aspiración universal contenida en los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud en nuestra región.

Capítulo VI

Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo	Metas	Indicadores ^a
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) 28. Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
	10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
	11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura

^a El Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos acordó incluir otras 4 dimensiones: i) Acceso al agua potable en tugurios; ii) Acceso al saneamiento básico en tugurios; iii) Durabilidad de la vivienda; iv) Área suficiente para vivir.

A. La sostenibilidad del medio ambiente en el marco de los objetivos de desarrollo del Milenio

La extensión, escala y acumulación de las presiones sobre el medio ambiente han pasado a ser un fenómeno de carácter global, donde problemas como el calentamiento de la Tierra y el adelgazamiento de la capa de ozono han puesto de manifiesto una mayor interdependencia y vulnerabilidad de los países. El desarrollo sostenible se apoya en el reconocimiento de la función que cumplen el medio ambiente y los recursos naturales como base de la sustentación material, ecosistémica, ambiental y energética de los procesos económicos (CEPAL, 2000a).

En 1992 la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo consagró los principios para un desarrollo sostenible, con lo cual se sentaron las bases de un nuevo marco de gobernabilidad ambiental fundado en el derecho a un desarrollo que respondiese equitativamente a las necesidades de las generaciones presentes y futuras. Posteriormente, en la Declaración del Milenio (2000) se incluyó el objetivo 7 y un conjunto de metas e indicadores básicos que, si bien se refieren a algunos temas centrales para lograr la sostenibilidad ambiental, no dan cuenta de la magnitud del cambio, ni de los plazos requeridos para alcanzarla. Durante la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en el 2002 en Johannesburgo, se establecieron metas y compromisos en otros ámbitos (por ejemplo la pesca y los productos químicos) como complemento de los acordados dos años antes en la Cumbre del Milenio. Se acordaron como objetivos centrales la erradicación de la pobreza, la modificación de los patrones insostenibles de producción y consumo, y la protección y ordenación de la base de recursos naturales. Dichos acuerdos internacionales han tenido a su vez expresión a nivel regional.¹ Sin embargo, a trece años de haber asumido con entusiasmo los compromisos de la Cumbre de la Tierra, a cinco años de la Cumbre del Milenio y a tres de la Cumbre de Johannesburgo, América Latina y el Caribe aún enfrenta el desafío de promover soluciones innovadoras y políticas integradas que permitan simultáneamente generar bienestar económico y social, fomentar el desarrollo productivo y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Sin embargo, las carencias en términos de gobernabilidad ambiental (por ejemplo, en lo que se refiere a los mecanismos de medición, financiamiento, transferencia tecnológica y articulación entre los niveles mundial, nacional y local) impiden una distribución equitativa de los costos y responsabilidades correspondientes, lo cual va en detrimento de los países y de los sectores más desfavorecidos, que a su vez deben enfrentar problemas ambientales locales en su propio proceso de desarrollo.

El avance hacia la sostenibilidad ambiental del desarrollo se ve reflejado solo parcialmente en los indicadores y metas definidos para el objetivo 7, pues más que abordar la sostenibilidad ambiental de la región, se refieren al impacto de esta sobre el medio ambiente global (por ejemplo, los indicadores que dan cuenta del consumo de energía, de las emisiones de gas que producen efecto invernadero y de las sustancias agotadoras de la capa de ozono estratosférico). Los indicadores seleccionados para este objetivo corresponden a criterios establecidos en algunos de los principales acuerdos internacionales, como el Convenio sobre la Diversidad Biológica (cobertura forestal y áreas protegidas para la protección de la biodiversidad), la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (emisiones de gases de efecto invernadero y consumo de energía), el Protocolo de Montreal (sustancias agotadoras de la capa de ozono) y la Campaña

¹ El Foro de Ministros de Medio Ambiente de América Latina y el Caribe adoptó la Iniciativa de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible que forma parte del Plan de Aplicación de las decisiones de la Cumbre de Johannesburgo. Por otra parte, para promover la sostenibilidad de los asentamientos humanos, el Foro de Ministros de Vivienda y Urbanismo de América Latina y el Caribe adoptó en 1966 durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos, celebrada en Estambul, el Plan de Acción Regional de América Latina y el Caribe sobre Asentamientos Humanos, el cual fue actualizado en 2001. A nivel subregional, el Programa de Acción para el Desarrollo Sostenible de Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, examinado recientemente en Mauricio (Barbados +10), refleja la necesidad de un trato diferenciado para aquellos Estados con características especiales de vulnerabilidad económica, social y ambiental.

Mundial para la Seguridad de la Tenencia. La definición de los indicadores relativos a la integración de la dimensión ambiental en las políticas y programas aún está pendiente.

Los indicadores seleccionados para dar cuenta de la inversión del deterioro ambiental (indicadores 25 a 29) aparentemente tienen un rasgo en común importante. Se refieren a cierta forma de presión humana sobre un medio o recurso natural. La mejora se entiende en el sentido de una disminución del ritmo de aumento de la presión, de su estabilización y finalmente de la inversión del deterioro. Sin embargo, este enfoque, útil para monitorear la evolución de los patrones de producción y consumo, no da cuenta de la capacidad de regeneración o asimilación de los ecosistemas ni tampoco de la sostenibilidad misma del uso de los recursos. Además, se debe ser cauteloso al considerar las progresiones lineales sobre el cumplimiento de las metas, debido a que la sostenibilidad de los avances depende de inversiones e intervenciones tanto en los sectores productivos como en las infraestructuras económica y social. En cualquier hipótesis, no puede descartarse la posibilidad de retroceso.

Por otra parte, en el objetivo 7 tampoco se incluyen metas e indicadores de importancia para la sostenibilidad ambiental de la región, que den cuenta, por ejemplo, de la degradación de las cuencas y fuentes de agua dulce, la sobreexplotación de recursos costeros y marinos, la erosión y la contaminación de los suelos.

El enfoque de los indicadores relacionados con el medio ambiente construido (metas 10 y 11) es más fragmentario y no evoca una idea de sostenibilidad urbana. La concepción del acceso a servicios básicos mejorados debe ir más allá de la cobertura y tomar en consideración sus efectos sobre la salud, el medio ambiente y la calidad de vida de la población. El mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de los tugurios implica, más que un mejoramiento físico de la vivienda, un acceso a mejores condiciones económicas, sociales y ambientales.

De hecho, en el caso de la región, es claro que el cumplimiento de las metas acordadas no significaría de ninguna manera que se haya “garantizado la sostenibilidad del medio ambiente”. En general, en el objetivo 7 se percibe una desproporción entre su amplia formulación y las metas y la particularidad de los indicadores propuestos, lo que subraya la necesidad de continuar los esfuerzos para medir el grado de sostenibilidad del desarrollo. Los institutos de estadística y otros organismos de los países de la región, en un esfuerzo por definir y compatibilizar las estadísticas ambientales oficiales nacionales, deben acordar criterios comunes para medir el grado de sostenibilidad del desarrollo, que posibiliten un seguimiento sistemático y aborden la heterogeneidad territorial al interior de los países y entre ellos.

B. Panorama regional del medio ambiente natural

En América Latina y el Caribe, la sostenibilidad ambiental del desarrollo está cada vez más en riesgo. Los problemas ambientales más importantes de la región (degradación de tierras y bosques, deforestación, pérdida de hábitat y de biodiversidad, y contaminación del agua dulce, costas marítimas y atmósfera) están agravándose en términos generales y se reflejan solo parcialmente e imperfectamente en los indicadores y metas del Milenio definidos para el objetivo 7.

Cabe señalar, por ejemplo, el problema del agua dulce. La región recibe una gran parte de la precipitación global y, además, concentra una proporción importante del agua dulce disponible en el planeta. Sin embargo, su distribución en la región es muy dispar, pues la población no siempre se concentra en zonas donde el agua es accesible y abundante. Por otra parte, la agricultura es altamente dependiente del riego en varias zonas y la ganadería ha experimentado una expansión significativa. Por lo tanto, existen zonas en la región que presentan un elevado nivel de estrés hídrico. Preocupa también el aumento de la demanda de agua en la región, como consecuencia de la expansión de la agricultura, el crecimiento demográfico, la urbanización, el crecimiento industrial, y

la reducción de su disponibilidad por la impermeabilización de zonas de captación por infraestructura urbana y la deforestación. Las mayores presiones sobre el recurso contrastan con el inadecuado marco normativo para la gestión del agua, inexistente u obsoleto en gran parte de la región. Por primera vez en los últimos 30 años, la disponibilidad de agua es una limitante para el desarrollo socioeconómico de algunas áreas, especialmente el Caribe. La contaminación del agua por uso doméstico e industrial se debe a que las aguas residuales no reciben tratamiento y se depositan crudas en los cuerpos de agua. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001b), solo un 14% de las aguas servidas recolectadas en sistemas de alcantarillado recibe algún grado de tratamiento. Por otra parte, la contaminación de las aguas superficiales y subterráneas por el uso agrícola se debe al empleo de fertilizantes, herbicidas, plaguicidas y desechos orgánicos, así como a la erosión del suelo.

Otro ejemplo es la situación de los suelos. Se observa un notable aumento en la producción pecuaria y agrícola. Existe una fuerte presión de la ganadería sobre la cobertura boscosa, aún cuando el ritmo de crecimiento de las áreas para uso agropecuario ha disminuido. Se mantiene una marcada tendencia a la degradación y contaminación de los suelos debido al uso intensivo de productos agroquímicos, fertilizantes y plaguicidas, el riego y la salinización, la pérdida de nutrientes y la deforestación. En las zonas áridas, semiáridas, subhúmedas y secas, el uso inadecuado de los suelos también ha causado su degradación. Las presiones sobre los suelos se extienden a las aguas terrestres y zonas costeras, por la contaminación química, y a la atmósfera, por la emisión de gases nitrogenados de efecto invernadero.

La región presta importantes servicios públicos globales como el mantenimiento de la biodiversidad, la operación de vastos ecosistemas y el almacenamiento de anhídrido carbónico, lo que debe tenerse en cuenta en las negociaciones relativas al clima mundial. La biodiversidad provee servicios ambientales como la regulación de la composición atmosférica, la regulación de los ciclos hidrológicos y climatológicos, la regeneración de la fertilidad de los suelos, la descomposición de residuos, la absorción de contaminantes y la polinización de cultivos. Además representa la base de la evolución de la vida en el planeta. La biodiversidad brinda también recursos de valor económico directo, como la madera, los productos no maderables, las bases de la medicina tradicional y moderna y el germoplasma —fuente de variedades para la agricultura—, así como recursos de valor cultural, escénico y turístico. Los bosques tropicales, de los cuales el 49% del total mundial se encuentra en América Latina y el Caribe (WRI, 2000), constituyen los ecosistemas terrestres con mayor número de especies. Además, la región cobija 7 de las 25 ecorregiones terrestres más ricas en especies y 4 de los 11 centros de diversidad genética de las plantas cultivadas que existen en el mundo (PNUMA, 2004).

Se estima que en América Latina y el Caribe se encuentra entre el 18% y el 26% del total mundial de carbono contenido en ecosistemas boscosos, un 11% del contenido en pastizales y un 17% del correspondiente a agroecosistemas. Su pérdida agravaría seriamente el cambio climático global.

Recuadro VI.1 IMPORTANCIA DE LAS METAS EN EL CARIBE

La sostenibilidad ambiental es de particular relevancia para la subregión del Caribe. La deforestación, la degradación de las cuencas hídricas, la eliminación de desechos, la sobreexplotación del recurso pesquero, la contaminación atmosférica, la conservación de la biodiversidad y el uso eficiente de la energía constituyen temas de importancia. Sin embargo, las mayores preocupaciones de la subregión se relacionan con los efectos de los cambios climáticos y la protección de los arrecifes de coral, “ya que son considerados claves para la viabilidad continua de los países de la región” (Benn, 2004). En consecuencia, se debería revisar el objetivo 7, así como algunas de sus metas, a fin de poder considerar las realidades del Caribe.

Por ejemplo, la cubierta forestal no es necesariamente el tema de mayor preocupación para los pequeños Estados insulares en desarrollo del Caribe. Además, en el Caribe, el problema de la deforestación se concentra en pocos países como Haití, Jamaica y Santa Lucía.

Fuente: Denis Benn, “The Millennium Development Goals in the Caribbean: conceptual issues and methodological challenges”, documento presentado a la conferencia Framework for Caribbean investigation and analysis, Puerto España, Trinidad y Tabago, 24 y 25 de mayo del 2004; y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community*, Mona, Universidad de las Indias Occidentales, 2004.

Evolución de los indicadores

La meta 9 del objetivo 7 incluye la integración de los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y la inversión de la pérdida de recursos del medio ambiente. Sin embargo, no existe ningún indicador relativo a la integración de las políticas. Integrar políticas supone incorporar criterios ambientales en las políticas sectoriales y en los instrumentos de planificación, tributarios, económicos, crediticios, de inversión, de creación de instituciones, y legales, entre otros, con el objeto de orientar las prácticas de producción y consumo en la dirección deseada. Si bien existen dificultades en cuanto a la disponibilidad de información, se han analizado indicadores para varios países, que se refieren a la integración de políticas en tres áreas: la construcción de marcos jurídicos e institucionales, el financiamiento y el gasto ambiental y el uso de instrumentos económicos para la gestión del medio ambiente.

En la década de 1990, la región logró avances importantes en la construcción de instituciones para la gestión ambiental, en la elaboración de marcos jurídicos y leyes específicas relativas a los recursos naturales y los límites a las emisiones contaminantes, y en la aplicación de instrumentos como las evaluaciones de impacto ambiental. La estructura orgánica de estas autoridades ambientales es de dos tipos: ministerial (en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay) y colegiada (en Chile y Perú). En algunos países del Caribe de habla inglesa se da el caso de que lo ambiental está asociado a otros temas sectoriales en un mismo organismo. En los últimos años, Argentina y Colombia reformaron sus estructuras administrativas para que los temas ambientales se administraran en los ministerios de salud y de infraestructura y vivienda, respectivamente.

No obstante las diferencias entre países, el gasto ambiental total (público y privado) de la última década no suele superar el 1% del PIB, mientras que el gasto ambiental público nacional rara vez sobrepasa el 3% del gasto público total (esta última cifra depende mucho del enfoque que los países adopten en cuanto a la política ambiental) (CEPAL/PNUD, 2001). En el cuadro VI.1 se da cuenta de la variedad de instrumentos económicos que se aplican en los países de la región.

Cuadro VI.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EJEMPLOS DE INSTRUMENTOS ECONÓMICOS
 UTILIZADOS EN LA GESTIÓN AMBIENTAL, 1999-2000**

País	Instrumento
Países del Caribe	Sistema de depósito-reembolso para botellas de consumo masivo (Barbados) Tasa ambiental sobre bienes durables importados (Barbados) Tarifas diferenciadas por recolección de desechos sólidos (Barbados) Exoneración fiscal para calentadores de agua solares (Barbados) Cargos a usuarios por volumen de agua extraída (Jamaica) Incentivos fiscales para construcción de depósitos de agua de lluvia y equipo importado para ahorrar agua en hoteles (Barbados)
Brasil	Compensación financiera por explotación de petróleo Pagos por derecho de uso del agua Tasa sobre efluentes industriales Impuesto de circulación de mercaderías y servicios (ICMS) y sus criterios ambientales de transferencia a municipios Reconocimiento y premios por mejoras en el desempeño ambiental de la industria (iniciativa no gubernamental)
Colombia	Tasa retributiva por contaminación hídrica aplicada a nivel de cuencas por las corporaciones autónomas regionales (CAR)
Chile	Sistema de compensaciones por emisiones de material particulado en la Región Metropolitana Tarifas diferenciadas por recolección de residuos sólidos domiciliarios Cuotas individuales transferibles de pesca Etiquetado ecológico para el ozono y la agricultura orgánica
Guatemala	Permisos de uso de agua transables Esquemas de certificación (agricultura orgánica, y ecoturismo) Incentivos (subsidios) a la reforestación Financiamiento de proyectos de producción limpia a tasas preferenciales Fondo nacional para proyectos ambientales Tarifas de cobro únicas por servicios municipales de agua, energía, ornato y recolección de desechos sólidos
México	Arancel cero y depreciación acelerada para equipo de control y prevención de contaminación Sobreprecio a gasolinas Derechos por uso o aprovechamiento de bienes públicos: flora, fauna, caza deportiva Derechos de descarga de aguas residuales industriales Sistemas de depósito-reembolso para baterías, neumáticos, y lubricantes usados Financiamiento concesional y subsidios a proyectos de plantación y manejo forestal en áreas forestales devastadas
Venezuela (República Bolivariana de)	Sistemas de depósito-reembolso para botellas de consumo masivo Exoneración de impuestos corporativos por inversiones de control y prevención de contaminación Impuesto a la deforestación Sistema de tarifas de desechos industriales basadas en volumen generado en el área metropolitana de Caracas

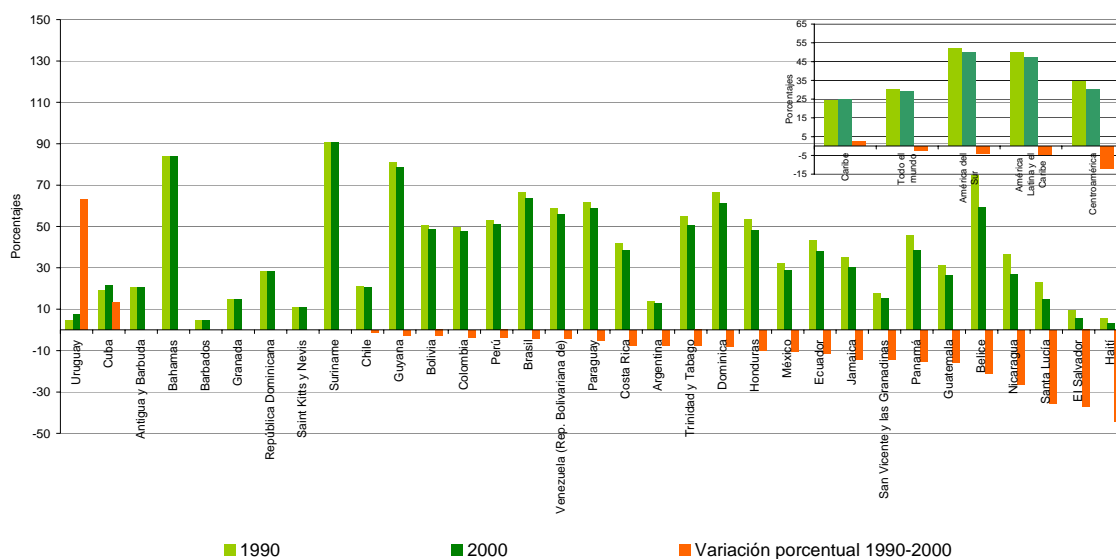
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *El financiamiento para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe* (LC/G.2146(CONF.90/4)), Santiago de Chile, octubre del 2001.

A continuación se detallan los indicadores definidos para la meta 9 en cuanto a la reversión de la pérdida de recursos del medio ambiente.

El indicador 25 da cuenta de la proporción de la superficie cubierta por bosques. Entre 1990 y 2000 (años para los que la FAO realizó estimaciones detalladas), esta proporción ha ido disminuyendo en la región. En el caso de América Latina, dicha proporción bajó del 50,4% al 48% en dicho período, mientras que registró un leve aumento en el Caribe, del 24,4% al 25%. Estas cifras implican una deforestación total de 46,7 millones de hectáreas o una deforestación anual promedio del 0,5%, es decir,

más del doble del promedio mundial (PNUMA, 2004). En el gráfico VI.1 se observan las variaciones experimentadas en los países de la región con respecto al indicador.

Gráfico VI.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COBERTURA FORESTAL, 1990-2000
 (En porcentajes del territorio y porcentajes de variación)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Red de Instituciones y Expertos en Estadísticas Sociales y de Medio Ambiente (REDESA), sobre la base de información de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Nota: Con relación a los datos de la Base de datos de indicadores de los objetivos del Milenio, de la División de Estadística de las Naciones Unidas, la información coincide en todos los casos, salvo por Brasil que presenta diferencias de 7 décimas para 1990 y 2000.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) reporta que en el año 2000 la región tenía el 25% de las áreas boscosas del mundo, unos 964 millones de hectáreas, en tan solo la séptima parte del territorio. La proporción de áreas boscosas en la región es mucho mayor que el promedio mundial: un 47% del territorio de América Latina y el Caribe está cubierto de bosques, mientras la proporción en el mundo es del 30% (PNUMA, 2004). Esta región tiene, además, la superficie más extensa del mundo en bosque cerrado (bosque con 40% de cobertura arbórea) con el 32%, mientras que Europa y Asia tienen un 21%, Australia y Pacífico un 16,8%, África un 9,25% y Estados Unidos y Canadá un 30% (PNUMA, 2003).

El índice de deforestación es muy elevado, lo que obedece principalmente a la conversión de tierras forestales para otros usos (expansión de tierras agrícolas, ganaderas y urbanas; construcción de caminos e infraestructura; explotación minera) y, en menor medida, aunque con gran incidencia en determinadas zonas, a la explotación maderera (leña para combustible, leña para uso industrial y explotación intensiva de algunas especies). Los incendios forestales constituyen otra causa importante de la pérdida de bosques y muchos de ellos tienen un origen antropogénico. Predominan en la región enfoques convencionales sobre la explotación de los bosques que no toman en cuenta la complejidad de estos ecosistemas, sus múltiples servicios ambientales y sus beneficios para las comunidades que los habitan. La deforestación ya muestra efectos indirectos importantes en la región como la disminución de la cantidad y calidad de los recursos hídricos, el incremento de la erosión del suelo, las graves repercusiones sobre la diversidad biológica y otros servicios como la retención de carbono en la biomasa. De acuerdo con este indicador, se observa un comportamiento

contrario la meta de invertir la presión sobre la cobertura boscosa, y es posible inferir que ha aumentado la tendencia a la pérdida de diversidad biológica y de suelos, así como a la desestabilización de los ciclos hidrológicos. Parece muy difícil que la región cumpla la meta para el año 2015, pues si bien algunos países del Caribe y Uruguay ya la están cumpliendo, la deforestación continúa en todos los demás.

No obstante, cabe señalar que actualmente existe una tendencia positiva en la mayoría de los países de la región hacia la elaboración de planes forestales nacionales que incorporen el concepto de desarrollo sostenible.

El indicador 26 da cuenta de la relación entre las zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total de los países. La conservación del hábitat de las especies y comunidades biológicas resulta fundamental para mitigar la pérdida de diversidad biológica y de los valores culturales asociados. La región alberga alrededor del 40% de las especies vegetales y animales del planeta, presenta un gran número de endemismos y sufre una acentuada extinción de especies y variedades, lo que conlleva, a su vez, la pérdida de diversidad genética.

Ocho países de la región están clasificados como megadiversos: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. De acuerdo con el PNUMA y la Evaluación de Ecosistemas del Milenio, las causas más importantes del ritmo de extinción de especies son la pérdida o transformación irreversible del hábitat, así como los cambios climáticos, la introducción de especies exóticas con efectos dañinos sobre las especies nativas, la fragmentación de los ecosistemas y el comercio de especies amenazadas. Existen en la región 178 ecorregiones (regiones con características propias de clima, flora y fauna), de las cuales el 77% se ven amenazadas en mayor o menor grado. Los países con mayor diversidad presentan, a su vez, un aumento de la tasa de especies amenazadas, no solo debido a la destrucción de sus hábitat sino también por el comercio del que son objeto. De la cifra total de animales capturados ilegalmente en el mundo, el 47% proviene de América del Sur. Por otra parte, el empobrecimiento genético también ha afectado notoriamente a la región.

Los ecosistemas de las áreas costeras y marinas están igualmente amenazados pues presentan un alto grado de diversidad biológica y están sometidas a crecientes presiones causadas por la contaminación y la degradación. La contaminación proviene principalmente de los asentamientos humanos, las actividades agrícolas o turísticas, el transporte marítimo y las operaciones de extracción, procesamiento y transporte de petróleo y gas. La degradación obedece a la sobreexplotación de los recursos marinos y costeros y a la transformación del hábitat natural. El transporte es un sector adicional: entre 1970 y el 2000, a raíz del incremento del comercio internacional, el volumen de carga transportada por vía marítima aumentó de 315,8 a 704,9 millones de toneladas. Por otra parte, hay una sobreexplotación de los recursos pesqueros, lo que ha hecho fluctuar la productividad de las zonas de captura, y una alta incidencia de la introducción de especies exóticas por efecto del agua transportada como lastre en el comercio marítimo.

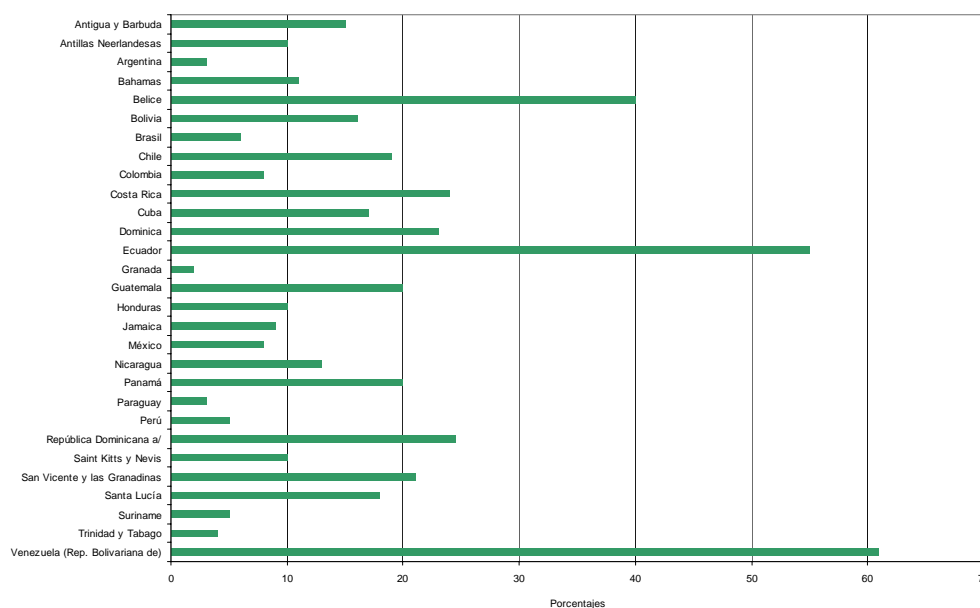
La conservación de la biodiversidad también es fundamental para la agricultura y la seguridad alimentaria. Una gran variedad de plantas y animales constituye la base de la biodiversidad agrícola. No obstante, solo 14 especies de mamíferos y aves componen el 90% del suministro de alimentos de origen animal que consumen las personas. Y apenas cuatro especies —el trigo, el maíz, el arroz y la papa— proporcionan la mitad de la energía que obtenemos de las plantas. América Latina es el origen de muchos cultivos importantes para la alimentación como el maíz, los frijoles, la papa, la batata, el tomate, el cacao, la yuca, el maní y la piña.

En los últimos 100 años se han perdido unas tres cuartas partes de la diversidad genética de los cultivos agrícolas, lo que se ha convertido en una seria amenaza para la agricultura y la producción de alimentos (PNUMA, 2004).

Sin embargo, mediante el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura, aprobado en el marco de las actividades de la FAO y vigente desde el 2004, se pretende revertir este proceso. En dicho Tratado se reconoce la contribución que los agricultores y sus comunidades han aportado a la conservación y el desarrollo de los recursos fitogenéticos. Además, se sientan las bases para proteger los derechos de los agricultores, incluidos la protección de los conocimientos tradicionales y el derecho a participar equitativamente en la distribución de los beneficios y en la adopción de decisiones nacionales relativas a los recursos fitogenéticos.

En el gráfico VI.2 se aprecia la relación entre las zonas protegidas y la superficie total de los diferentes países. Este indicador se refiere a las áreas que han sido decretadas como protegidas por los gobiernos; no incluye las áreas de conservación del sector privado. Si bien la información se refiere al año 1997, los datos disponibles sobre nueve países permiten señalar que la superficie total de áreas protegidas ha ido creciendo lenta, pero sostenidamente en la última década (véase el gráfico VI.3). Especial atención merece el hecho de que, si bien se ha incrementado la superficie de las zonas protegidas, estas no necesariamente presentan un alto grado de representatividad de los ecosistemas o especies. Por otra parte, el indicador relativo a las áreas protegidas refleja la situación legal de estas, pero no su grado de protección efectiva. Por ejemplo, la comparación entre los mapas de áreas protegidas y la localización de los asentamientos humanos en varios países de la región muestra superposiciones significativas, un claro indicador de presión antrópica.² Los cerca de 2,3 millones de kilómetros cuadrados de áreas protegidas y su lento avance pueden resultar poco significativos aun para la protección de la biodiversidad en la región.³

Gráfico VI.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS, 1997
(En porcentajes de la superficie total)



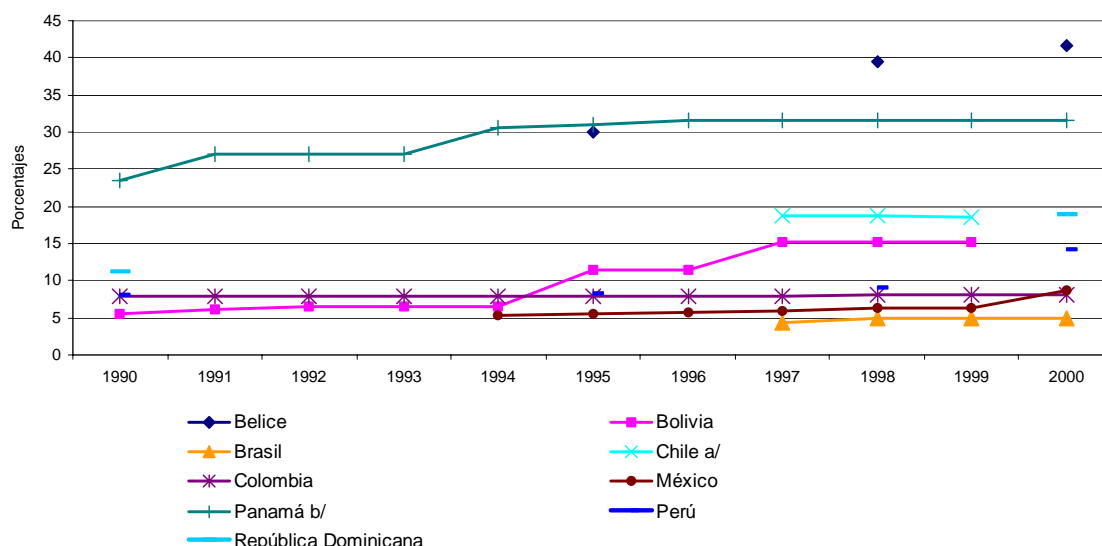
Fuente: Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp.

^a Datos del año 2003, según el Instituto de los Recursos Mundiales. Los datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio sobre este país discrepan significativamente de otras fuentes.

² De acuerdo con un estudio realizado por la CEPAL, estos fueron identificados mediante imágenes satelitales que registraron las luces nocturnas (proyecto Evaluación de la sostenibilidad en América Latina y el Caribe (ESALC), 2005).

³ Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp.

Gráfico VI.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (9 PAÍSES): ÁREAS PROTEGIDAS, 1990-2000
 (En porcentajes del territorio)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de la Base de Datos de Estadísticas e Indicadores del Medio Ambiente de América Latina y el Caribe (BADEIMA).

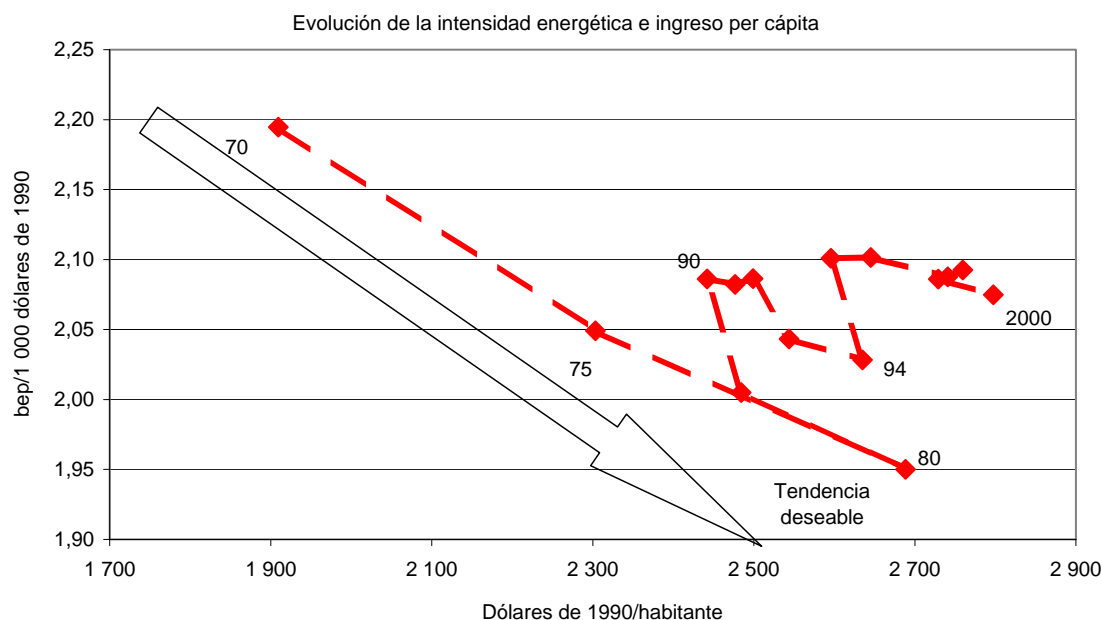
^a Solo incluye las superficies correspondientes al Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas por el Estado (SNASPE).

^b El dato de 1990 es preliminar.

El indicador 27 da cuenta del uso de energía (en kilogramos de petróleo equivalentes) por cada dólar del producto interno bruto en paridad de poder adquisitivo. Es decir, proporciona una medida de la intensidad energética (IE) o un cociente entre el consumo de energía y el producto interno bruto de un país. Las diferencias observadas en este cociente, en tiempo y espacio, revelan cambios estructurales en la economía, modificaciones en la eficiencia energética de sectores particulares y diferencias en las mezclas de combustibles. A menor valor, mayor es la eficiencia energética de un país.

Se trata de un indicador interesante, pero agregado, que necesita ser desglosado por sector de consumo (industrial, residencial) para poder interpretarlo a cabalidad (Altomonte, Coviello y Lutz, 2003). América Latina y el Caribe presenta un potencial significativo para mejorar este indicador. En el gráfico VI.4 se observa la evolución del indicador de intensidad energética en función del producto per cápita en la región.

Gráfico VI.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD ENERGÉTICA E INGRESO PER CÁPITA, 1970-2000



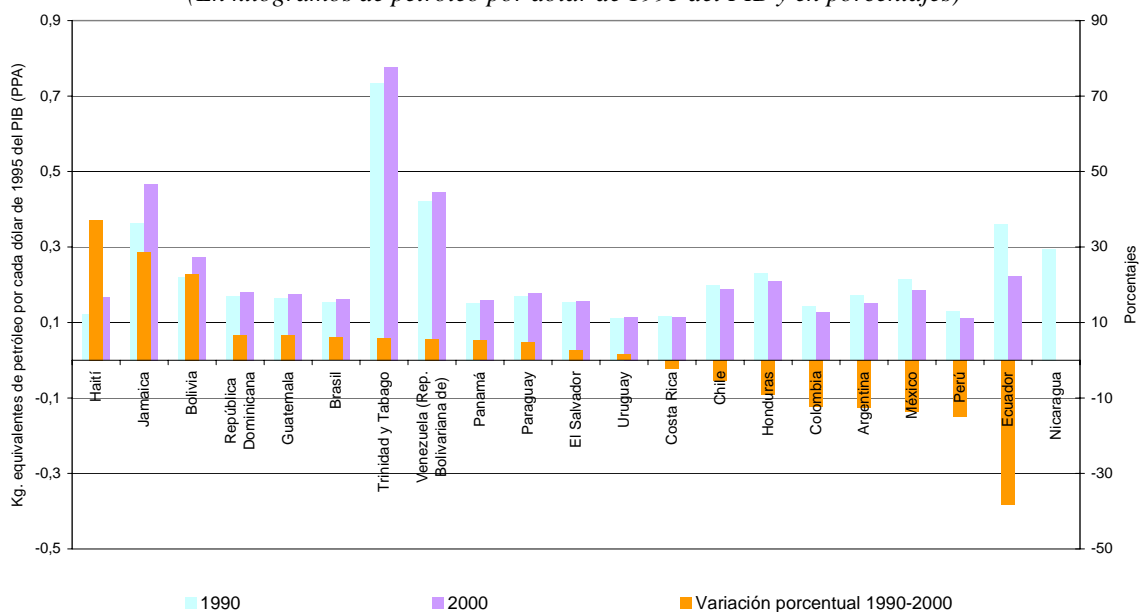
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), “La sostenibilidad del desarrollo en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades”, *serie Libros de la CEPAL*, N° 68 (LC/G.2145-P), Santiago de Chile, julio del 2002. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.48.

Durante el período 1970-1980, se registró una tendencia deseable: un crecimiento económico acompañado de un menor uso de energía por unidad de producto (menor intensidad energética), lo que indicaba un aumento de la eficiencia y un mejor uso de los recursos energéticos. Esta tendencia se invirtió, sin embargo, durante el período 1980-1985 (retracción del ingreso per cápita y aumento de la intensidad energética) y se repitió entre 1987 y 1990, de lo que se desprende que la recesión económica de los años ochenta no estuvo acompañada de una mejor utilización de la energía. En los tres primeros años de los noventa, se recuperó el ingreso pero se mantuvo una mayor intensidad energética. En el año 2000 prácticamente no se observaron mejoras con respecto a 1990.

La intensidad energética de las subregiones presenta trayectorias bastantes similares, pero con discrepancias en los valores absolutos del índice. Los países del Caribe presentan valores más altos, debido principalmente a la utilización de un gran número de equipos de alto consumo de energía (sistemas de aire acondicionado y aparatos de refrigeración) y baja eficiencia. Los países del Cono Sur registran los valores absolutos más bajos por el uso de equipos y tecnologías energéticas más avanzados en los procesos productivos. En los países de la región andina no se observan cambios significativos (véase el gráfico VI.6)

Los avances de los países de América Latina y el Caribe en esta materia son modestos y en algunos períodos se detectan tendencias contrarias a lo deseable. En efecto, luego de la importante reducción del 9% registrada en el período 1970-1980, durante la década de 1980 se registró una tendencia creciente: en 1999 se consume un 7% más que en 1980 para producir una misma unidad de producto. En el conjunto de países de la OCDE, durante los últimos 20 años la intensidad energética disminuyó un 20%, merced a políticas energéticas orientadas a diversificar la oferta, racionalizar el uso de la energía, eliminar desperdicios y aumentar la eficiencia del uso. América Latina y el Caribe cuentan con un potencial significativo para desarrollar iniciativas en la misma dirección.

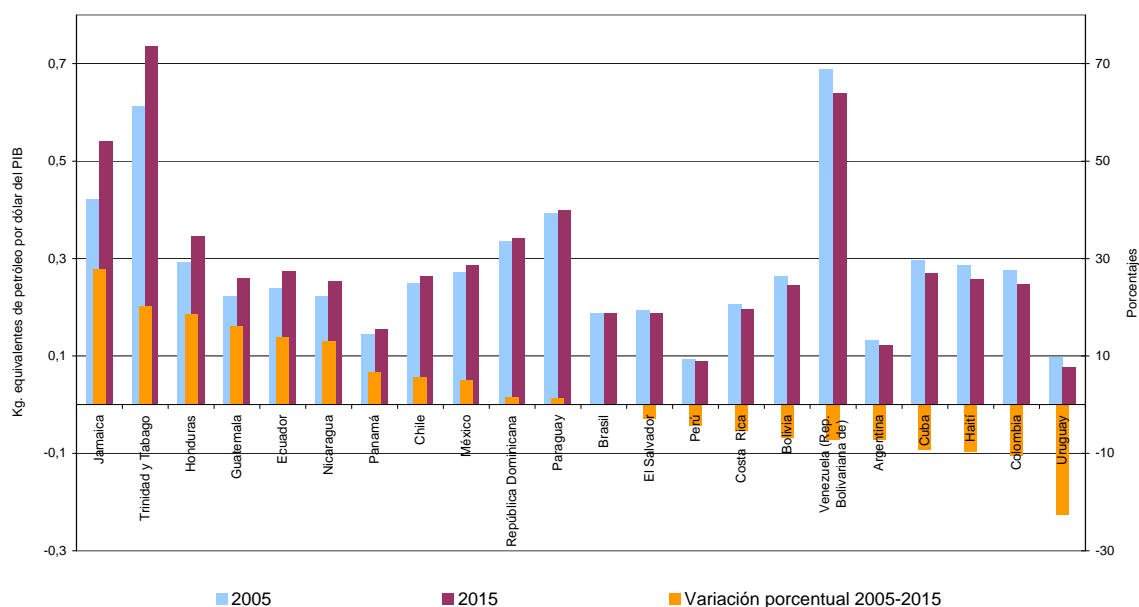
Gráfico VI.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INTENSIDAD ENERGÉTICA, 1990-2000,
USO DE ENERGÍA Y PRODUCTO INTERNO BRUTO
(En kilogramos de petróleo por dólar de 1995 del PIB y en porcentajes)



Fuente: Banco Mundial, base de datos World Development Indicators (WDI) [en línea].

Nota: Los datos presentados por el Banco Mundial en su base de datos WDI son similares a los presentados por las Naciones Unidas en su base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio. La variación obedece a que en esta última la escala para este indicador está expresada en miles de dólares del PIB.

Gráfico VI.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROYECCIONES DE LA INTENSIDAD ENERGÉTICA
PARA EL PERÍODO 2005-2015, USO DE ENERGÍA Y PRODUCTO INTERNO BRUTO
(En kilogramos de petróleo por dólar de 1995 del PIB y en porcentajes)



Fuente: Organización Latinoamericana de Energía (OLADE), Sistema de Información Económica Energética (SIEE).

A pesar del potencial descrito, las proyecciones con respecto a la intensidad energética para el año 2015 son poco alentadoras. De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Latinoamericana de Energía (OLADE), y salvo que se produzcan cambios estructurales importantes como la incorporación de tecnologías más eficientes, podría concluirse que la región no experimentará una mejoría apreciable en términos de su intensidad energética (véase el gráfico VI.6). Es posible que en algunos países se registre una tendencia positiva del indicador, mientras que en otros se observe una tendencia al aumento de la intensidad energética, lo que contrasta abiertamente con el espíritu de las metas del Milenio.

El indicador 28 da cuenta en realidad de dos indicadores: por una parte mide las emisiones de dióxido de carbono per cápita y, por otra, el consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono expresados en toneladas de potencial de agotamiento del ozono (PAO). Los dos indicadores corresponden a los compromisos internacionales para mitigar las emisiones de los gases de efecto de invernadero y reducir las emisiones de los que contribuyen al agotamiento de la capa de ozono estratosférico.

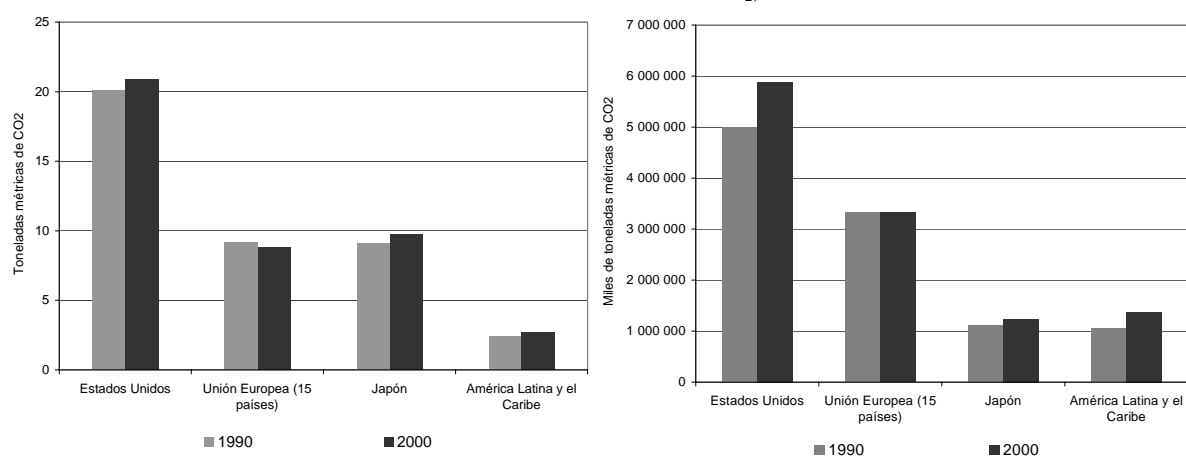
A mediados de la década de 1990 se estimaba que la región era responsable de aproximadamente el 11% de las emisiones mundiales de dióxido de carbono, de las cuales el 4,3% era atribuible al uso de combustibles fósiles y el resto a la deforestación y quema de bosques (cuyo incremento se aprecia en la evolución del indicador de área boscosa) (PNUMA, 2004).⁴ En este sentido, la alta incidencia de las emisiones por pérdida de biomasa muestra que, para América Latina y el Caribe, el uso sostenible y la conservación de los bosques son cuantitativamente más significativos que las mejoras de eficiencia energética, aunque estas últimas son las que ofrecen más perspectivas en el corto plazo.

En contraste, los países desarrollados aportan alrededor del 70% de las emisiones por la quema de combustibles fósiles. Para la región es de alto interés lograr el reconocimiento del importante papel de la expansión de los sumideros naturales en las negociaciones mundiales sobre la mitigación del cambio climático. América Latina y el Caribe continúa aumentando sus emisiones de carbono per cápita, con altibajos ligados fundamentalmente a las variaciones del crecimiento de las economías, lo que en el marco del régimen de cambio climático es la situación normal de los países en desarrollo. De todas maneras, cabe destacar que en el año 2000, las emisiones fueron todavía muy inferiores a las de los países desarrollados (2,69 y 11,27 toneladas por persona, respectivamente) (véase el gráfico VI.7).

La contribución de las emisiones per cápita debidas al consumo de combustibles fósiles ha crecido entre 1990 y 2000 menos que las de Estados Unidos y las de Japón. Cabe destacar que Estados Unidos aporta un 33,7% de las emisiones mundiales de CO₂, con un 4,5% de la población mundial y un 25% del producto geográfico bruto (PGB). La Unión Europea es responsable del 21% de las emisiones, con un 25% del PGB y un 6% de la población. América Latina genera un 6% del CO₂ y un 6% del PGB con un 8% de la población (CEPAL/OLADE/GTZ, 2003).

⁴ El dióxido de carbono es el principal causante del calentamiento atmosférico global. Se genera en su mayoría por la deforestación, el cambio en el uso del suelo y la quema de combustibles fósiles para la generación de energía eléctrica, el transporte y la producción de cemento. La quema de combustibles fósiles suele ser el principal foco de atención en la Convención de Cambio Climático y el Protocolo de Kyoto.

Gráfico VI.7
EMISIONES PER CÁPITA Y TOTALES DE DIÓXIDO DE CARBONO
(Emisiones per cápita en toneladas de CO₂ y emisiones totales en miles de toneladas de CO₂)

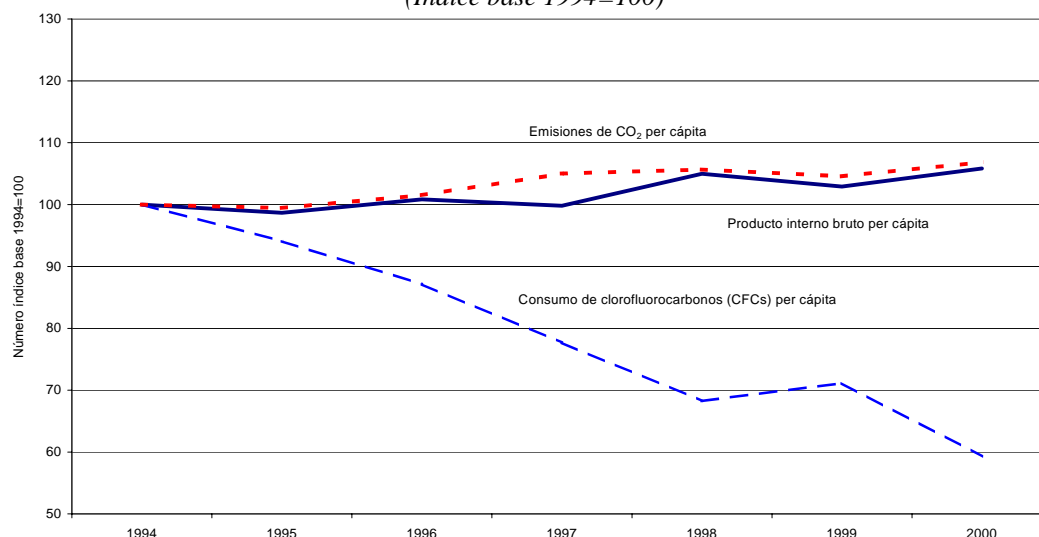


Fuente: Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio para datos de emisiones de CO₂ y Banco Mundial, base de datos World Development Indicators (WDI), para datos de población.

Los clorofluorocarbonos (CFC), además de ser gases de efecto invernadero, contribuyen al agotamiento de la capa de ozono, que cumple una función protectora contra las nocivas radiaciones ultravioleta. El Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que agotan la capa de ozono es un acuerdo internacional para reducir, y en último término eliminar, las emisiones antropogénicas de sustancias que afectan al ozono, mediante su reemplazo por otros compuestos menos dañinos. De acuerdo con el principio de responsabilidad común pero diferenciada, los países de la región asumieron el compromiso de eliminar el consumo de sustancias que agotan la capa de ozono con 10 años de diferencia respecto de los países de la OCDE. En el gráfico VI.8 se muestra la paulatina disminución del consumo de los compuestos orgánicos clorados y fluorados y en el gráfico VI.9, la evolución de su consumo en los países, en la mayoría de los cuales se ha reducido.

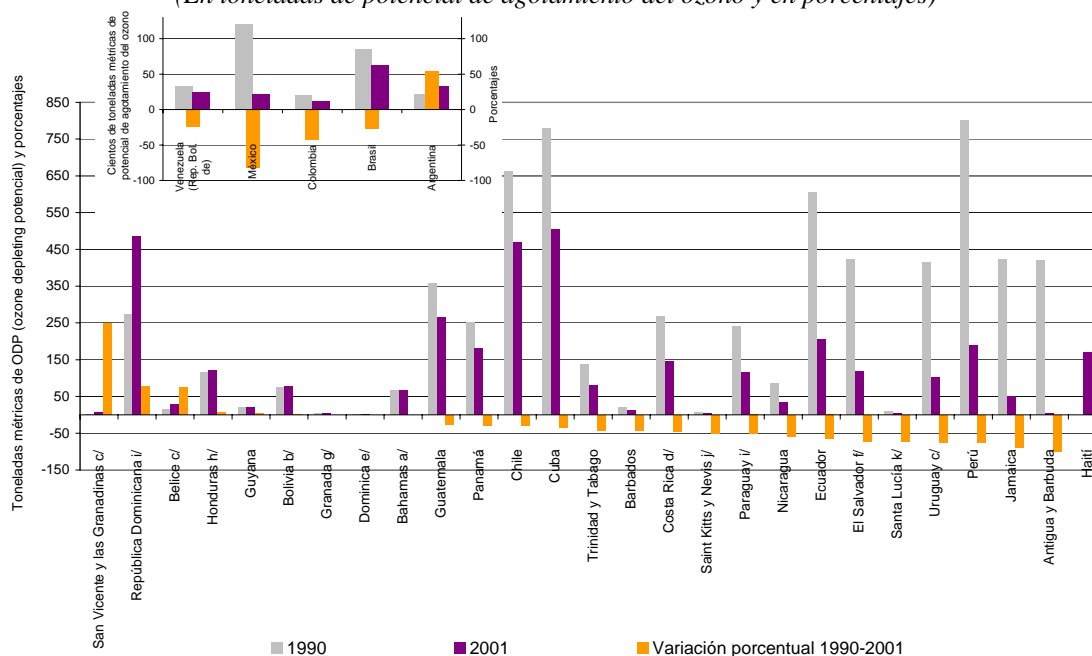
El indicador 29 mide la proporción de la población que utiliza combustibles sólidos de biomasa, esto es madera, carbón vegetal, residuos de cosechas y estiércol animal y carbón, como su fuente primaria de energía para cocinar y para calefacción. Refleja una preocupación sanitaria, pues el uso doméstico de combustibles sólidos aumenta los riesgos de enfermedades respiratorias, sobre todo en mujeres y niños en zonas rurales. Este indicador no está disponible. Sin embargo, en el gráfico VI.10 se muestra el consumo de biomasa per cápita, excluido el consumo de carbón mineral que corresponde a uso industrial, lo que ofrece una aproximación al indicador original. El consumo residencial per cápita de combustibles sólidos provenientes de la biomasa ha disminuido entre 1990 y el 2000 en la región en su conjunto, sobre todo en la zona andina y Centroamérica, mientras que se ha mantenido aproximadamente igual en el Caribe y el Cono Sur.

Gráfico VI.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS EMISIONES DE DIÓXIDO DE CARBONO Y DEL CONSUMO DE CLOROFLUOROCARBONOS RESPECTO DEL PIB, 1994-2000
(Índice base 1994=100)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio para emisiones de CO₂ (en toneladas); Banco Mundial, base de datos World Development Indicators (WDI) para población (personas); y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, varios años, para PIB (en dólares a precios constantes de 1994).

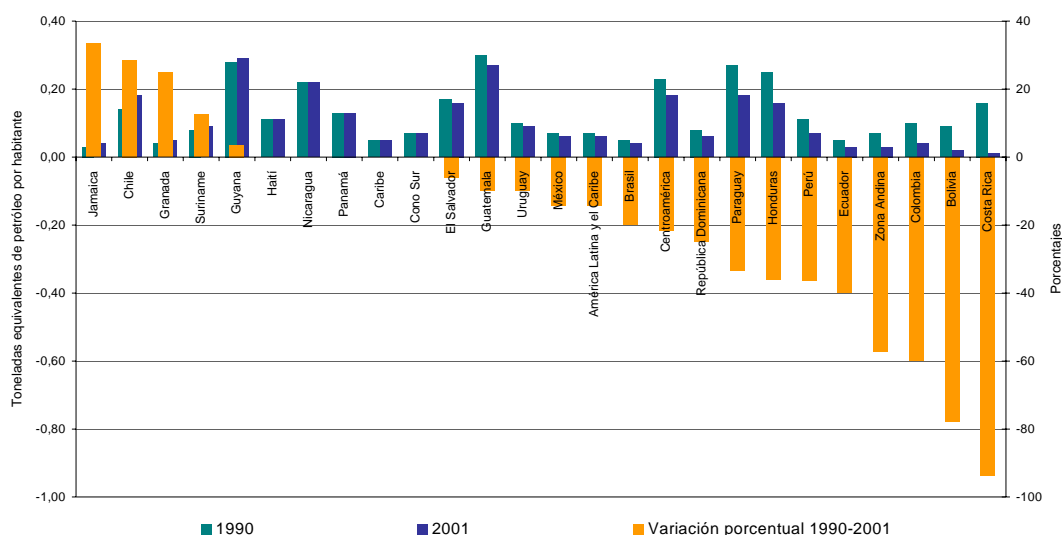
Gráfico VI.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE AGOTAN LA CAPA DE OZONO, CLOROFLUOROCARBONOS (CFC)
(En toneladas de potencial de agotamiento del ozono y en porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp.

^a Valores para 1993 y 2000. ^b Valores para 1994 y 2001. ^c Valores para 1995 y 2001. ^d Valores para 1991 y 2001.
^e Valores para 1993 y 1999. ^f Valores para 1991 y 2001. ^g Valores para 1993 y 1998. ^h Valores para 1994 y 2001.
ⁱ Valores para 1992 y 2001. ^j Valores para 1992 y 1999. ^k Valores para 1993 y 2001.

Gráfico VI.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONSUMO RESIDENCIAL PER CÁPITA DE BIOMASA
(INCLUYE LEÑA, PRODUCTOS DE CAÑA Y OTROS PRIMARIOS)
(En toneladas equivalentes de petróleo por habitante y en porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cálculos realizados para el Proyecto evaluación de la sostenibilidad en América Latina y el Caribe y la Organización Latinoamericana de Energía (OLADE), Sistema de Información Económica y Energética (SIEE).

C. Panorama regional del medio ambiente construido

De acuerdo a parámetros internacionales, el proceso de urbanización ha sido particularmente dinámico en la región: en el período 1970-2000 la población urbana regional creció un 240%, mientras que el incremento correspondiente de la población rural representó apenas un 6,5%.

La población pasó de 167 millones de habitantes en 1950 a 520 millones en el 2000 y llegaría en el 2015 a 628 millones (Naciones Unidas, 2003b). El crecimiento demográfico ha ido acompañado de una notoria concentración de la población en las zonas urbanas, del 42% en 1950, al 75% en el 2000 y que sería del 81% para el 2015. Algunas de las ciudades de la región ya figuran entre las más grandes del mundo. América Latina y el Caribe pasó a ser la región más urbanizada del mundo en desarrollo. Sin embargo, presenta altos niveles de informalidad e irregularidad en el acceso a la tierra urbana y a la vivienda de las familias pobres, debido a la falta de oferta de terrenos a precios accesibles (CEPAL, 2001).

Según los datos del Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Naciones Unidas-Hábitat), de las cerca de 940 millones de personas que vivían en asentamientos precarios en el mundo en el 2001, 128 millones, es decir el 13%, se hallaban en la región latinoamericana. Estos abarcan una amplia gama de asentamientos de bajos ingresos, desde viviendas deterioradas en el centro de la ciudad a los asentamientos informales, frecuentemente en zonas periféricas y de riesgo. Se caracterizan por viviendas, infraestructura y servicios inadecuados; condiciones de hacinamiento y formas de tenencia irregulares que, en muchas ciudades, son la única opción posible de cobijo para los pobres urbanos.

Existe una correlación evidente entre la situación precaria del hábitat y la pobreza de sus habitantes, lo que vincula estrechamente a las metas 10 y 11 con el primer objetivo del desarrollo del Milenio, “erradicar la pobreza extrema y el hambre”. Mediante la incorporación de estas metas en el objetivo de la sostenibilidad del desarrollo, se reconoce la interrelación y dependencia entre

urbanización y medio ambiente. Sin embargo, al limitarse al tema de los tugurios, no se considera que las ciudades en su conjunto consumen recursos naturales —energía, agua y alimentos, entre otros— y generan impactos ambientales, como la contaminación del agua, del aire y del suelo.

a) Problemas ambientales urbanos

Durante los últimos 30 años se ha duplicado la producción de desechos sólidos en la región y ha aumentado la proporción de los inorgánicos y tóxicos. En general, su recolección es aceptable pero su eliminación y tratamiento son deficientes.

La contaminación del aire afecta gravemente a la salud de más de 80 millones de habitantes de la región. Causa anualmente la pérdida de alrededor de 65 millones de jornadas de trabajo, unos 2,3 millones de casos de insuficiencia respiratoria crónica en niños y más de 100.000 casos de bronquitis crónica en adultos. La contaminación del aire es imputable a las emisiones de fuentes fijas (industria) y móviles (automóviles, transporte). Si bien se han hecho progresos en el control de la calidad del aire en algunas de las principales ciudades de la región, no todas cuentan con sistemas adecuados para ese fin.

El funcionamiento del transporte urbano consume el 3,5% del PIB de América Latina; el costo del tiempo que insumen los viajes equivale a un 3% más (Bull, 2003). A partir del comienzo de la década de 1990, el incremento de la demanda de locomoción y uso vial ha conducido a un aumento de la congestión y de los accidentes de tránsito y se ha convertido en la causa principal de la contaminación del aire en las ciudades. El transporte público es aún el medio básico que usa la población urbana para desplazarse. Sin embargo, la generalización del uso de automóviles privados por parte de los sectores de ingresos altos y medios se ha traducido en un aumento de la congestión vehicular, con la consiguiente degradación de la calidad de los servicios de transporte colectivo. La expansión urbana descontrolada también está planteando desafíos a los sistemas viales y de locomoción, sobre todo en lo que concierne a su factibilidad económica y los efectos regresivos, en términos de tiempo, costo y acceso, en los sectores urbanos pobres.

b) Vulnerabilidad y desastres naturales

América Latina y el Caribe constituyen una región con una alta exposición a fenómenos naturales con potencial destructivo, hidrometeorológicos, sísmicos y vulcanológicos, entre otros. Esa alta exposición, combinada con acentuadas características de vulnerabilidad, hace que la región muestre una alta y creciente incidencia de desastres naturales (véase el gráfico VI.12). La frecuencia de algunas catástrofes naturales de origen climático (inundaciones, sequías, huracanes y tormentas) parece haberse elevado, posiblemente a consecuencia del aumento de las concentraciones de gases de efecto invernadero. Las ciudades de la región son extremadamente vulnerables a los desastres, tanto de origen natural como tecnológico (los peligros inherentes a actividades de riesgo), lo cual tiene consecuencias microeconómicas y macroeconómicas negativas a nivel local, regional y nacional.

Recuadro VI.2
**EFFECTOS DE LOS HURACANES EN BAHAMAS, GRANADA, JAMAICA Y
REPÚBLICA DOMINICANA**

La CEPAL estima que en las tres últimas décadas más de 150 millones de personas se han visto afectadas por desastres en América Latina y el Caribe, y que su efecto económico se concentra en los países más pequeños y relativamente menos desarrollados. La cifra estimada de daños y pérdidas para los países del Caribe evaluados asciende a 5.593 millones de dólares, de los cuales aproximadamente el 79% corresponde a daños directos a la infraestructura y los acervos de capital y un 48%, a daños en los sectores sociales.

Bahamas, un archipiélago ecológicamente frágil, cuya mayor superficie territorial es marítima, sufrió los huracanes *Frances* y *Jeanne*, que arrojaron daños directos y pérdidas económicas indirectas por concepto de más del 7% del PIB corriente del 2003. Aunque se preveía un crecimiento de la economía de cerca del 3% en el 2004, gracias a la expansión y las nuevas inversiones en turismo y en las zonas francas, se registrará una pérdida de 2 puntos porcentuales en relación con las proyecciones. Los daños a la vivienda y la infraestructura vial fueron graves, pero los sectores más afectados fueron los productivos. Por ello, el país requerirá en los próximos meses la cooperación internacional y la asistencia de emergencia para desastres.

El paso del huracán *Iván* por Granada se dejará sentir por muchos años en su economía. Se prevé una reducción de la expansión económica de seis puntos porcentuales en el 2004, que arrojaría una contracción del PIB del 1,4%. La desaceleración se repetiría por varios períodos. Entre las actividades más afectadas están el turismo y los cultivos tradicionales. El daño total se eleva a cerca de 889 millones de dólares, lo que equivale a más del doble del valor del PIB del año pasado. El 89% de este monto corresponde a daños directos, el 11% restante a daños indirectos (relacionados con la producción nacional de bienes y servicios). En Jamaica, el huracán *Iván* dejó un saldo aproximado de 575 millones de dólares de daños, lo que equivale al 8% de su PIB. El 62% de esa cifra corresponde a destrozos directos de activos físicos, mientras que el 38% restante son pérdidas indirectas por reducción de la actividad económica en el 2004 y los tres años siguientes. Esto anulará parcialmente la recuperación del crecimiento que Jamaica presentaba desde el 2002: se estima que la tasa de expansión en el 2004 llegará solo al 1,9%, en vez del 2,6% que se preveía antes del paso del huracán.

El huracán *Jeanne* dejó en República Dominicana daños estimados preliminarmente en 270 millones de dólares, equivalentes al 1,7% de su PIB del 2003. El 55% corresponde a pérdidas directas, especialmente de activos y producción agrícola, y el 45% restante, a daños indirectos en varios sectores, aumentos de los costos operacionales y disminución de los ingresos por concepto de los servicios de agua, electricidad, transporte y turismo, entre otros. Los sectores productivos fueron los más afectados (60% de los daños); el impacto en la infraestructura del país representa el 33% y el sector social un 6% de la cifra total. Si se consideran además otros desastres sufridos por República Dominicana en los últimos 12 meses, como los aludes y lluvias torrenciales de noviembre del 2003 y mayo del 2004, el daño total en este país supera los 320 millones de dólares. De estos, 125 millones corresponden al sector agrícola.

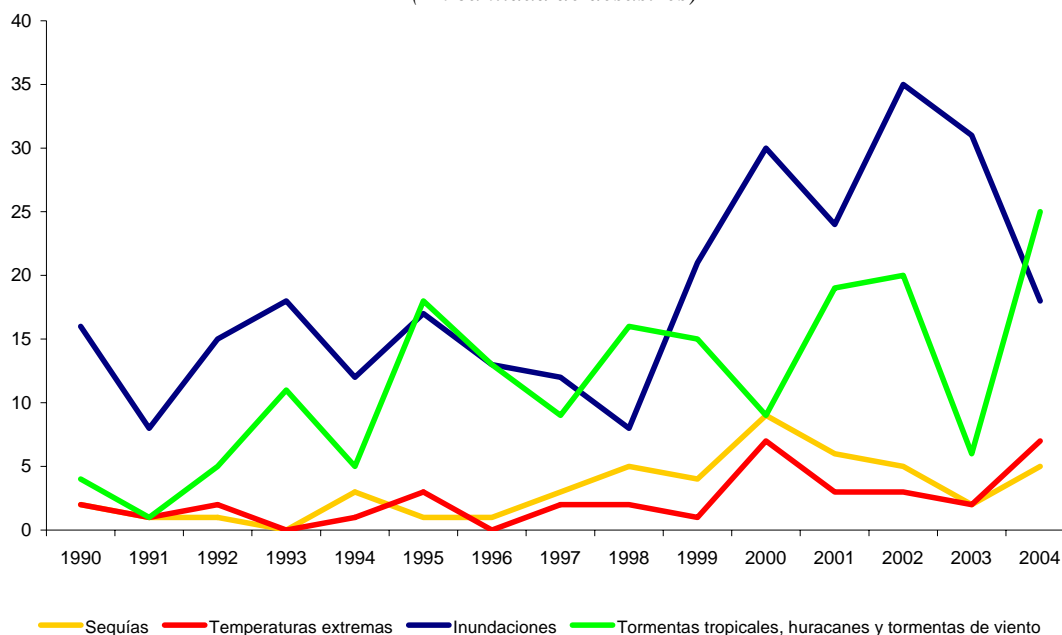
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La temporada de huracanes del 2004 en el Caribe: hechos, cifras, conclusiones preliminares y experiencias”, *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2004* (LC/G.2265-P), Santiago de Chile, diciembre del 2004. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.147.

Las principales causas de la vulnerabilidad son el patrón de desarrollo seguido por la mayoría de los países, que se caracteriza por elevados grados de pobreza, exclusión socioeconómica y deterioro del ambiente (CEPAL, 2000d). A esto se suma el ritmo acelerado y desordenado de la urbanización que, en el caso de los sectores pobres, se ve agravado por la ocupación de tierras de alto riesgo y el uso de materiales precarios (Simioni, 2003).

En Centroamérica, una de las subregiones más vulnerables, según las estimaciones de la CEPAL, los daños económicos causados por desastres naturales desde 1972 representan un promedio anual del 2% del PIB subregional. En el Caribe, los desastres son una de las principales determinantes de la volatilidad del producto de las economías de la subregión (Secretaría del Commonwealth, 1997). Cabe notar que estos países, en virtud de su tamaño, su condición de islas y su exposición a eventos naturales extremos (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas e inundaciones) presentan altos grados de vulnerabilidad económica y ambiental. A ello hay que agregar el aumento de la temperatura y del nivel del mar, entre otros nuevos peligros vinculados al calentamiento global.

En materia de políticas, es preciso trascender la respuesta a los desastres para otorgar la prioridad a su prevención y a la mitigación de la vulnerabilidad, gracias a sistemas de alerta temprana, construcciones resistentes y medidas para evitar la localización de asentamientos humanos en áreas de riesgo.

Gráfico VI.11
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LOS DESASTRES DE ORIGEN
 HIDROMETEOROLÓGICO, SEGÚN TIPO DE DESASTRE, 1990-2004^a**
 (En cantidad de desastres)



Fuente: Center for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Emergency Disasters Data Base (EM-DAT) [en línea], <http://www.em-dat.net>.

^a Los datos se refieren a desastres sufridos por los países y no al número de eventos. Un mismo evento (por ejemplo un huracán) puede generar varios desastres cuando afecta a más de un país.

c) Situación actual de los servicios de agua y saneamiento

Los países de la región han hecho grandes esfuerzos por aumentar la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento. Sin embargo, a pesar de evidentes y significativos avances, siguen existiendo motivos de grave preocupación al respecto en muchos países. Estos problemas, ligados al intenso proceso de urbanización, pueden analizarse en función de dos parámetros básicos:

- i) Extracción de agua. En la región, el abastecimiento para el consumo de agua potable equivale a un 20% del total de extracciones (WRI, 2003). El uso para fines domésticos es relativamente reducido, en tanto el riego representa un 70%. Esto indica que el déficit de cobertura de los servicios se relaciona, salvo casos puntuales, con la falta de inversión en infraestructura y no con la de agua disponible, ya que en general la región posee recursos hídricos abundantes.

- ii) Niveles de cobertura. En comparación con otras regiones del mundo, la cobertura de los servicios de agua potable y alcantarillado en América Latina y el Caribe puede considerarse relativamente adecuada, con excepción del tratamiento de aguas servidas. Sin embargo, cabe destacar que en la región casi 80 millones de personas aún no tienen acceso a los servicios de agua potable y más de 100 millones carecen de saneamiento, sobre todo las personas pobres en las áreas rurales (OPS, 2001b). Esta población se ve obligada a optar por soluciones alternativas, muchas de las cuales no garantizan la calidad del agua, además de que tienen un alto costo para el usuario y afectan negativamente al medio ambiente. Las aguas servidas de unos 210 millones de personas se descargan en cuerpos receptores sin tratamiento y causan agudos problemas de contaminación. Además, la calidad y el mantenimiento de los servicios son mediocres y la infraestructura se encuentra en mal estado. Ante la reaparición del cólera en 1991 en varios puntos de la región y debido al impacto de la contaminación hídrica en algunas exportaciones del sector primario que han dado origen a controversias respecto de barreras no arancelarias, algunos gobiernos han asignado una alta prioridad al sector de agua potable y saneamiento.

Muchos países de la región han reformado la estructura institucional de los servicios de agua potable y saneamiento para garantizar una mayor eficiencia en la prestación de dichos servicios, posibilitando la participación del sector privado y la equidad social. Esto llevó a propiciar la separación institucional entre: i) la definición de políticas sectoriales y la planificación estratégica; ii) la regulación económica relacionada con la participación privada y sistemas de subsidios destinados a grupos de bajos ingresos; iii) la administración de los sistemas y prestación de servicios, y iv) la reestructuración de los servicios (para fines industriales), con énfasis en la descentralización a partir de la promoción de una mayor participación privada o bien a partir del fortalecimiento de organismos públicos autónomos de carácter local con un criterio comercial.

Las reformas realizadas en la región arrojan un balance mixto. El análisis comparado revela significativos avances en la formulación y aprobación de nuevos marcos legales, normativos y regulatorios. Asimismo, la transformación institucional presenta resultados heterogéneos. En la mayoría de los países se ha buscado dotar de mayor autonomía al sector de agua potable, al independizarlo de las entidades encargadas de las políticas agrícolas, industriales o urbanas. Falta fortalecer sus capacidades, sobre todo para resolver conflictos de competencia entre el ámbito central y los gobiernos locales y fijar tarifas que otorguen mayor viabilidad a los organismos operadores (Jouravlev, 2004).

Por su parte, queda mucho camino por recorrer en relación con las reformas asociadas a los reajustes tarifarios para garantizar la sostenibilidad económica y financiera de las entidades prestadoras de servicios y de aquellas encargadas de la creación de sistemas eficaces de subsidios para grupos de bajos ingresos (CEPAL, 2000a).

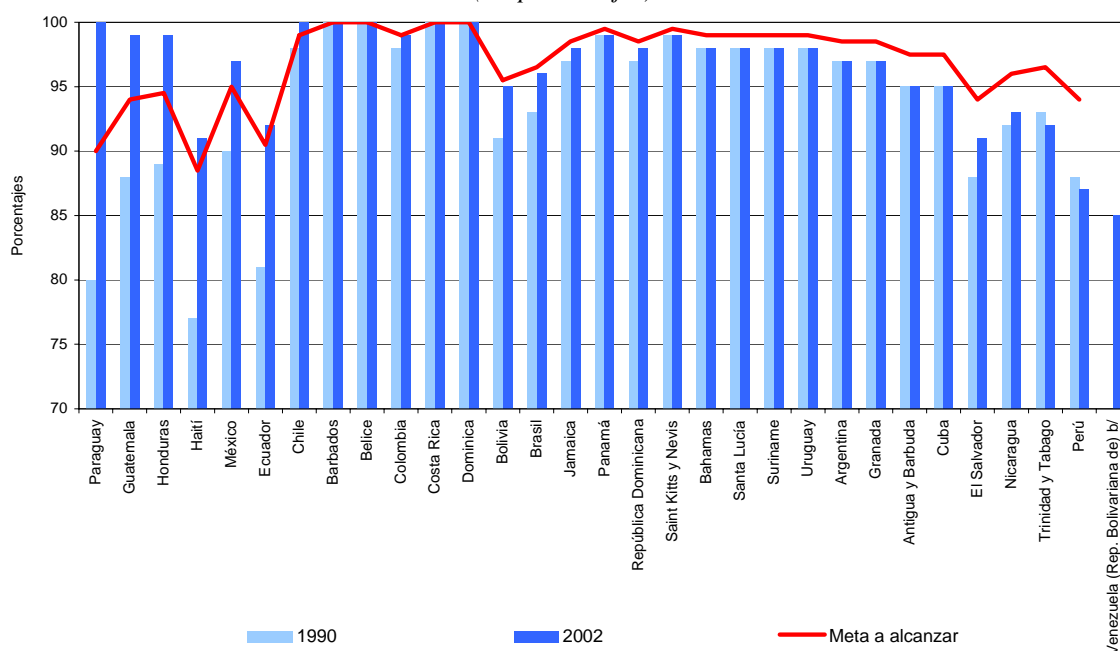
Por otra parte, desde los años ochenta se ha observado la tendencia a la descentralización de los servicios de agua potable a nivel municipal. Nuevamente el balance de los resultados es mixto. Hay casos de éxito en que empresas regionales han logrado prestar un servicio eficiente, como en comunidades con una población de hasta 200.000 habitantes (Yepes, 1990). En otros casos se advierte una fragmentación excesiva, sobre todo de la estructura industrial, lo que ha dificultado la actividad regulatoria. Además se han perdido economías de escala y faltan incentivos para la protección de fuentes de captación y el control de la contaminación.

d) Evolución de los indicadores

La meta 10 abarca la reducción a la mitad, para el año 2015, del porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

El indicador 30 mide la proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales. En América Latina y el Caribe se observa un incremento del acceso a mejores fuentes de agua, del 83% en 1990 al 89% en el 2002; un 6%, en comparación con el 8,5% que se requiere para cumplir con la meta. En las zonas urbanas, la cobertura pasó del 93% en 1990 al 95% en el 2002; un aumento del 2% en relación con el 3,5% necesario (véase el gráfico VI.12). En las zonas rurales, del 58% en 1990 al 69% en el 2002, lo que representa un incremento de 11 puntos porcentuales, respecto a la meta del 21% (véase el gráfico VI.13). Esto pone de manifiesto el esfuerzo para ampliar la cobertura en las áreas rurales, a pesar de la cual 60 millones de personas actualmente siguen sin tener acceso a mejores fuentes de agua.

Gráfico VI.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN URBANA CON ACCESO A AGUA POTABLE^a
(En porcentajes)

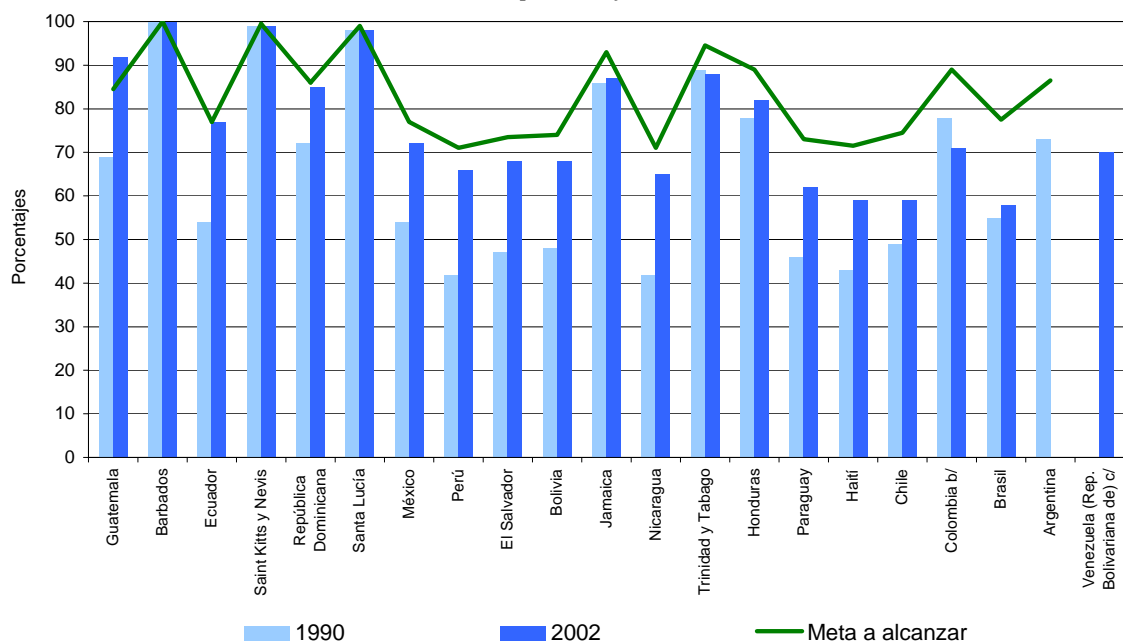


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp. Los países están ordenados en función de la cercanía a la meta.

^a Al comparar con otras fuentes (OMS, UNICEF) se han encontrado variaciones de algunos puntos porcentuales, que dependen de las fuentes y la metodología adoptada.

^b El dato correspondiente al 2002 es un 91%, de acuerdo con el informe nacional sobre el cumplimiento de los objetivos del Milenio, y del 85%, según la base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Para el período 1990-1997 la Oficina Central de Estadística e Informática de la República Bolivariana de Venezuela no discrimina la información entre zonas urbanas y rurales. Por ende, en el informe nacional no figura información para este período. Para el período 1998-2002, la cobertura pasa de un 88% a un 91%.

Gráfico VI.13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN RURAL CON ACCESO A AGUA POTABLE^a
(En porcentajes)



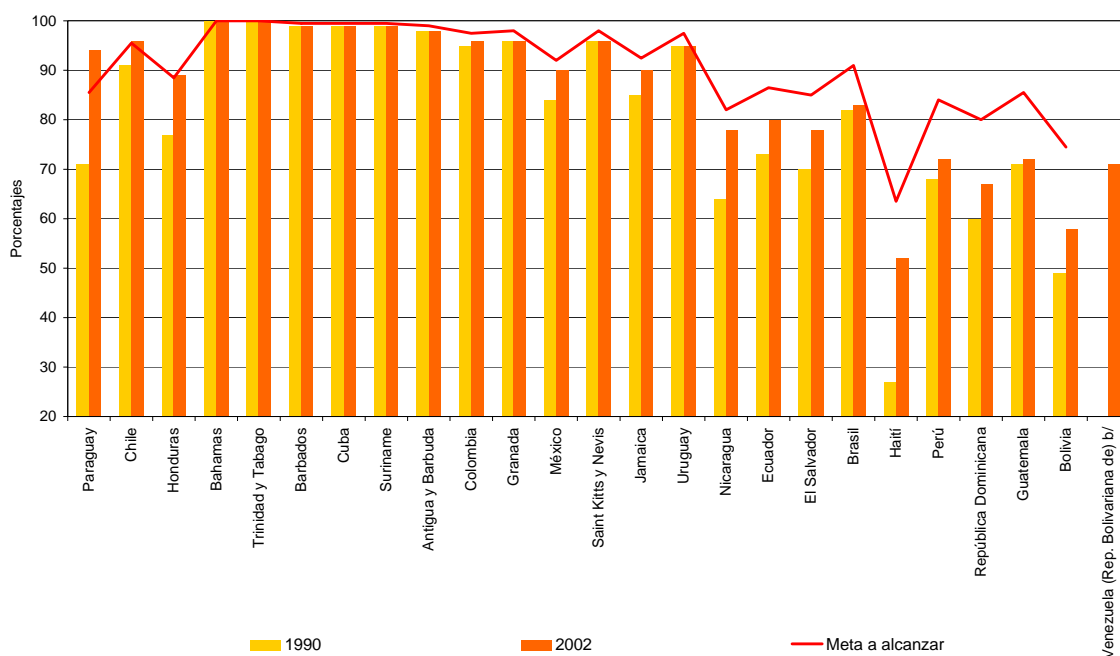
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp. Los países están ordenados en función de la cercanía a la meta.

- ^a Al comparar con otras fuentes (OMS, UNICEF) se han encontrado variaciones de algunos puntos porcentuales, que dependen de las fuentes y la metodología adoptada.
- ^b Los datos correspondientes a la población rural con acceso a agua potable del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia indican que en 1993 la cobertura era del 41% y en el 2003 del 66%. La fuente de las Naciones Unidas indica que en 1990 la cobertura era del 78% y en el 2002 del 71%, como se indica en el gráfico. La medición del DANE corresponde a hogares, mientras que la de las Naciones Unidas corresponde a personas en el mismo período.
- ^c El dato correspondiente al 2002 es un 64%, de acuerdo con el informe nacional sobre el cumplimiento de los objetivos del Milenio, y del 70%, según la base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Para el período 1990-1997 la Oficina Central de Estadística e Informática de la República Bolivariana de Venezuela no discrimina la información entre zonas urbanas y rurales. Por ende, en el informe nacional no figura información para este período. Para el período 1998-2002, la cobertura pasa de un 55% a un 64%.

El indicador 31 mide la proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales. La cobertura se ha elevado en casi todos los países de la región. Se pasó del 69% en el conjunto de la región, del 82% en zonas urbanas y del 35% en zonas rurales en 1990 a un 75%, 84% y 44%, respectivamente, en el 2002 (véanse los gráficos VI.14 y VI.15); esto supone un avance del 6%, 2% y 9%, en vez del 15,5%, 9% y 32,5% requeridos para cumplir la meta. Solo en un par de países hubo retrocesos, mientras que la subregión del Caribe se destaca por su alto nivel de cobertura.

En vista del progreso de la cobertura de los servicios de agua potable en el período 1990-2002, es altamente factible que una gran parte de los países de la región logren cumplir con la meta. A la mayoría de ellos le bastaría con expandir la cobertura un porcentaje anual similar o menor al correspondiente a la década de 1990 entre el 2000 y el 2015. En cambio, en materia de saneamiento, la situación es menos promisoriosa y más heterogénea. Hay que notar que una buena parte de las necesidades de inversión en ambos servicios se requiere para ampliar el acceso de los segmentos más pobres de la población. Los países que deberán hacer los mayores esfuerzos para cumplir la meta referente al saneamiento son Nicaragua, Haití, Santa Lucía, Bolivia y Guatemala (BID, 2003b).

Gráfico VI.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN URBANA CON ACCESO A SANEAMIENTO^a
(En porcentajes)

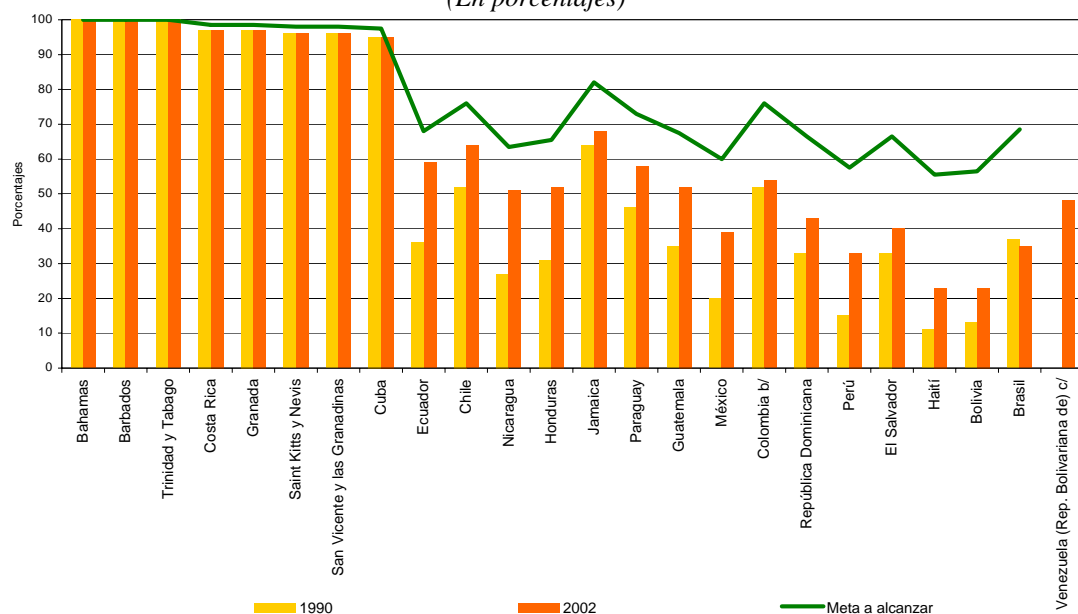


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp. Los países están ordenados en función de la cercanía a la meta.

^a Al comparar con otras fuentes (OMS, UNICEF) se han encontrado variaciones de algunos puntos porcentuales, que dependen de las fuentes y la metodología adoptada.

^b El dato correspondiente al 2002 es un 75%, de acuerdo con el informe nacional sobre el cumplimiento de los objetivos del Milenio, y del 71%, según la base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Para el período 1990-1997 la Oficina Central de Estadística e Informática de la República Bolivariana de Venezuela no discrimina la información entre zonas urbanas y rurales. Por ende, en el informe nacional no figura información para este período. Para el período 1998-2002, la cobertura pasa de un 70% a un 75%.

Gráfico VI.15
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN RURAL CON ACCESO A SANEAMIENTO^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea], http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp. Los países están ordenados en función de la cercanía a la meta.

- ^a Al comparar con otras fuentes (OMS, UNICEF) se han encontrado variaciones de algunos puntos porcentuales, que dependen de las fuentes y la metodología adoptada.
- ^b Los datos correspondientes a la población rural con acceso a saneamiento básico del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia indican que en 1993 la cobertura era del 51% y en el 2003 del 58%. La fuente de las Naciones Unidas indica que en 1990 la cobertura era del 52% y en el 2002 del 54%, como se indica en el gráfico. La medición del DANE corresponde a hogares, mientras que la de las Naciones Unidas corresponde a personas en el mismo período.
- ^c El dato correspondiente al 2002 es un 38%, de acuerdo con el informe nacional sobre el cumplimiento de los objetivos del Milenio, y del 48%, según la base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Para el período 1990-1997 la Oficina Central de Estadística e Informática de la República Bolivariana de Venezuela no discrimina la información entre zonas urbanas y rurales. Por ende, en el informe nacional no figura información para este período. Para el período 1998-2002, la cobertura pasa de un 28% a un 38%.

La meta 11 se refiere a la mejora considerable, para el año 2020, de la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Dada las características tan disímiles de los tugurios en las diferentes regiones del mundo fue necesario buscar un consenso sobre una definición aplicable a los distintos contextos. Se acordó que un tugurio “es un asentamiento contiguo donde los habitantes se caracterizan por tener vivienda y servicios básicos inadecuados. A menudo, los asentamientos precarios no son reconocidos y no son tratados como una parte incorporada o igual a las demás partes de la ciudad por las autoridades públicas” (Naciones Unidas-Hábitat, 2003).⁵

En la meta se propone mejorar la calidad de vida de 100 millones de habitantes de tugurios. Partiendo del principio de que los 100 millones de la meta se refieren a la cantidad de personas que se beneficiarán de la mejora desde 1990 hasta 2020 en todo el mundo, la supuesta “meta regional”

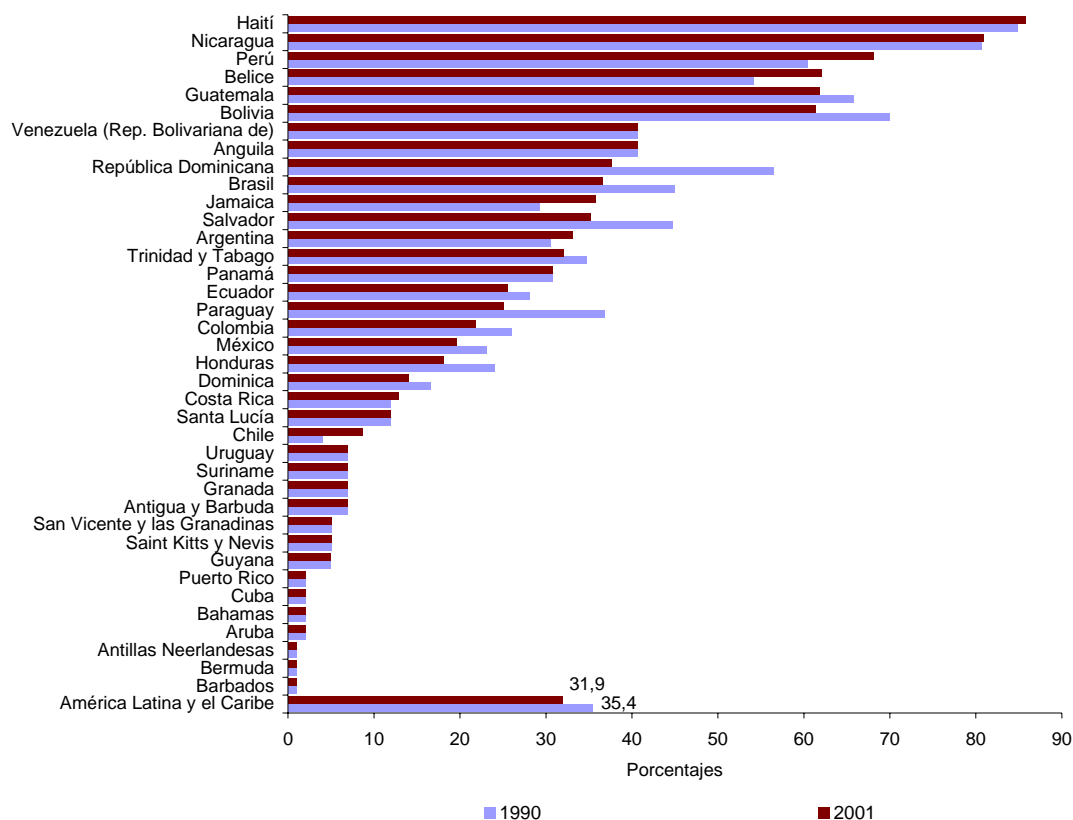
⁵ Para una mejor caracterización de los tugurios sería importante la identificación de indicadores que considere también la localización riesgosa de las viviendas. El Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente eligió en 2004 indicadores y estadísticas ambientales complementarias a la meta 11, como áreas afectadas por procesos de degradación del suelo, concentración de emisiones contaminantes en el aire, desechos sólidos, vulnerabilidad y riesgo, calidad de agua y tratamiento de aguas residuales (PNUMA, 2004).

se debe interpretar como una mejora sustancial de las condiciones de vida del porcentaje relativo que corresponde a la región, es decir “solamente” 13,8 millones de personas, lo que representaría menos del 11% de la población que vivía en tugurios en 1990.

Con el fin de dar seguimiento a esta meta se acordó utilizar la variación en la proporción de hogares con acceso a tenencia segura. Sucesivamente se convino incluir otras cuatro dimensiones: la durabilidad de la vivienda, el hacinamiento, el acceso a mejores servicios de agua potable y la disponibilidad de saneamiento.⁶

Tanto la meta, definida en términos absolutos, como sus indicadores de seguimiento, definidos en variación porcentual, ponen de manifiesto dos aproximaciones para el monitoreo de la meta. El porcentaje de los habitantes en tugurios con respecto a la población urbana ha pasado de un 35,4% a un 31,9% (véase el gráfico VI.16). Hay que considerar que en el mismo período hubo un aumento de la población urbana de alrededor de 79 millones. En este contexto se constata que la población que vive en tugurios aumentó aproximadamente de 111 millones a 127 millones de habitantes. Dicho de otro modo, las mejoras en los porcentajes son paralelas al aumento de los números absolutos, lo que indica que el ritmo de superación de los tugurios urbanos no es suficiente para que se reduzca el total de personas afectadas por el fenómeno.

Gráfico VI.16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN EN TUGURIOS, 1990 Y 2001
(En porcentajes)



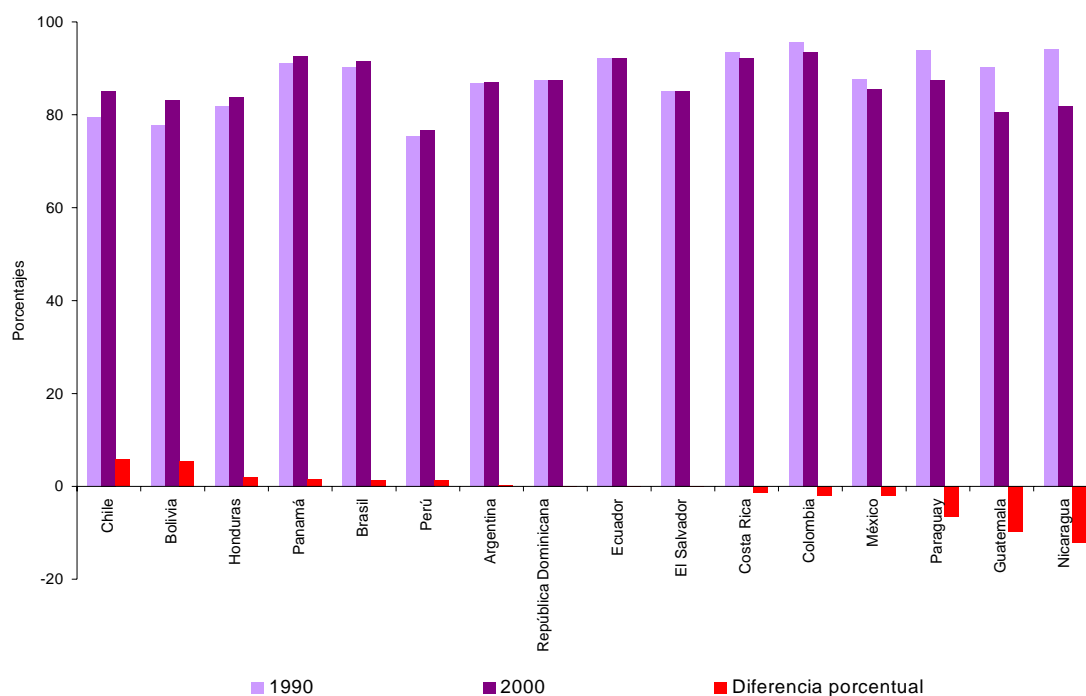
Fuente: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Naciones Unidas-Hábitat), Human Settlements Statistical Database, versión 4 (HSDB4-99).

⁶ La evolución de los indicadores de agua y saneamiento en áreas urbanas se analizaron anteriormente. Considerando las dificultades estadísticas para calcular el hacinamiento, se optó por analizar el acceso a tenencia y a la materialidad de la vivienda. Hay que considerar que estos indicadores se refieren a hogares o viviendas, y no a población total, y que los indicadores corresponden al total de hogares sin distinguir los tugurios. Esto hace que el seguimiento de la meta solo se pueda hacer por inferencia.

La reducción de la precariedad es de particular relevancia en los países donde más del 50% de la población urbana vive en tugurios, como Belice, Bolivia, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú. También requieren un esfuerzo adicional países como Argentina, Brasil y la República Bolivariana de Venezuela, que tienen más de 25% de su población urbana viviendo en tugurios.

El indicador 32 mide la proporción de hogares con acceso a tenencia segura. En el ámbito urbano, los datos disponibles muestran porcentajes de propietarios e inquilinos de alrededor del 80%, y en algunos países porcentajes cercanos al 100%.⁷ Estos datos deben manejarse con cierta precaución, ya que la información se refiere a declaraciones de los moradores de la vivienda durante encuestas y censos, lo que puede no corresponder a la posesión de una escritura legal, sino más bien a una percepción de los encuestados.

Gráfico VI.17
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA OCUPACIÓN SEGURA DE LA VIVIENDA, 1990-2000
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

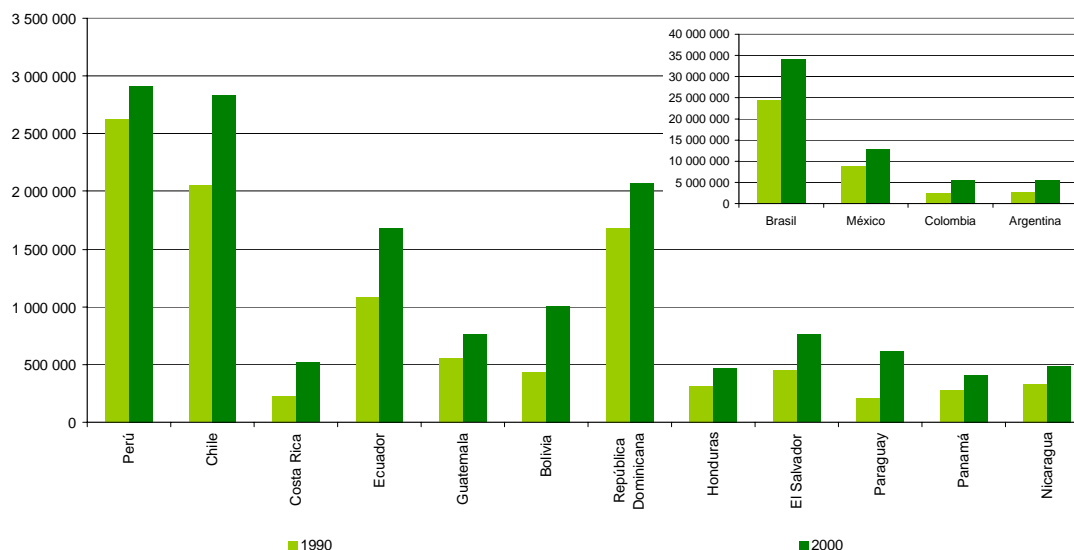
En términos relativos, la mejora regional fue de 3 puntos. Sin embargo, se observa que en algunos países ha habido una disminución del porcentaje de hogares con tenencia segura, producto del aumento de la población urbana.

En el gráfico VI.18 se muestra que, en términos absolutos, se han producido mejoras en todos los países. Se estima que el aumento de la tenencia segura pasó de 49 a 73 millones de hogares (dentro de un total de población urbana que pasó de 314 millones a 393 millones de personas entre 1990 y 2000). La tenencia no segura pasó de 6 a 9 millones de hogares.

⁷ La evolución en la tenencia ha tomado como equivalente a tenencia segura: los títulos de propiedad, la vivienda en proceso de pago y los contratos de arrendamiento (Naciones Unidas-Hábitat, Human Settlements Statistical Database, versión 4 (HSDB4-99)).

En cuanto a las políticas, en la mayoría de los países se carece de medidas que permitan el acceso oportuno de los pobres urbanos al mercado legal de tierras. Los gobiernos han actuado mediante legalizaciones “a posteriori” para regularizar la condición de tenencia, lo que explica también el importante número de nuevos habitantes que se integran informalmente. Existe una escasez de recursos y una falta de adecuación de los programas para enfrentar los obstáculos urbanísticos, políticos y jurídicos para acceder al suelo y para regularizar situaciones históricas de tenencia irregular.

Gráfico VI.18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MEJORA EN LA TENENCIA DE LA TIERRA
(Número de hogares)



Fuente: Encuestas de hogares de Argentina (1990-1999), Bolivia (1989-1999), Chile (1990-2000), Colombia (1991-1999), El Salvador (1995-1999), Guatemala (1989-1998), Honduras (1990-1999), México (1992-1996-2000), Nicaragua (1993-1998), Paraguay (1990-1999), Perú (1999), República Dominicana (1997). Censos nacionales de Brasil, Costa Rica (1984-2000), Ecuador (1990-2001) y Panamá (1990-2000).

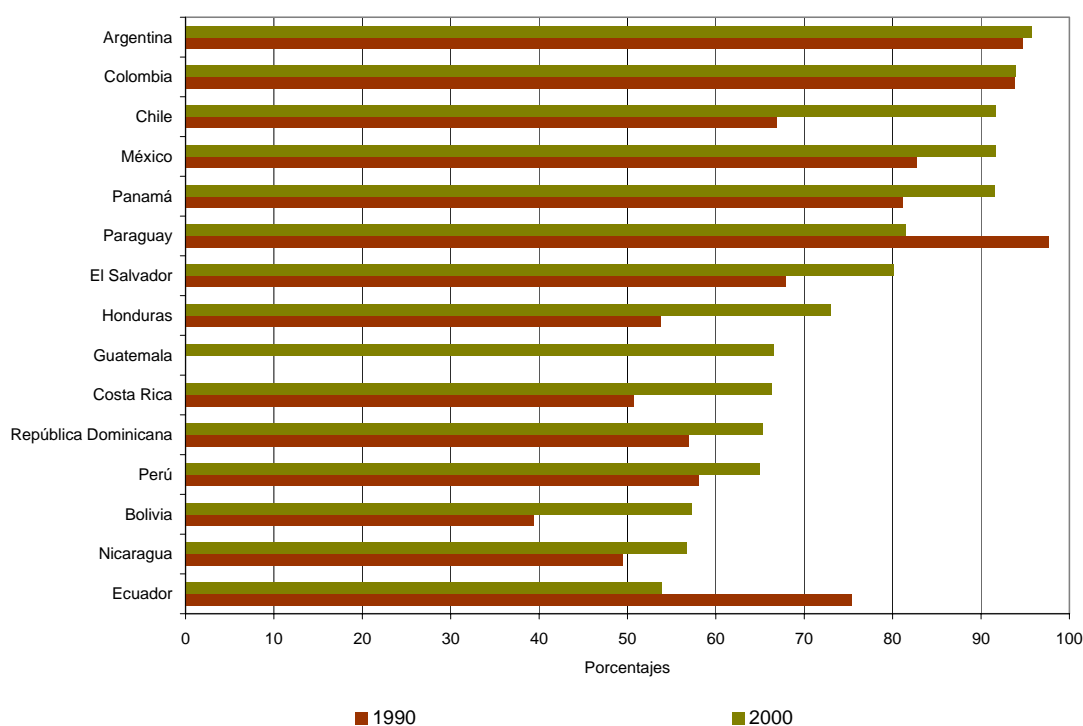
La información disponible para 15 países respecto a la durabilidad de los materiales de construcción de la vivienda, muestra que esta ha mejorado entre 1990 y 2000 del 70% al 76%, lo que en términos absolutos significa un mejoramiento para más de 17 millones de hogares en los países considerados (véase el gráfico VI.19).⁸

Durante la década pasada mejoraron algunas condiciones de las ciudades. Los indicadores muestran una evolución positiva de los servicios de agua potable y saneamiento. Esto se debe a que los gobiernos de América Latina y el Caribe han dado prioridad a estos sectores. El aumento de la calidad de los materiales es resultado tanto de programas oficiales de mejoramiento como del esfuerzo de los propios habitantes para mejorar su hábitat.

A pesar de esta tendencia favorable, la tendencia positiva no es universal. Hay diferencias considerables entre los países y dentro de cada país. En algunos casos se da una disminución de los porcentajes a pesar del aumento de los valores absolutos, lo cual indica que mientras se resuelven ciertas condiciones de precariedad para una parte de la población, otras personas se van incorporando a la ciudad en situación precaria.

⁸ Las fuentes son las encuestas de hogares mencionadas en el gráfico VI.19, excepto Brasil, que no está incluido. En este estudio se adoptó un criterio más riguroso para definir la buena calidad de los materiales. A diferencia de la norma de Naciones Unidas-Hábitat, la madera y el adobe no se consideraron materiales aceptables para la región.

Gráfico VI.19
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS MATERIALES DE LA VIVIENDA, 1990 Y 2000
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares y de censos de los respectivos países.

Recuadro VI.3 **OBSTÁCULOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN EL CARIBE**

Un gran obstáculo para el seguimiento del cumplimiento de las metas son las estadísticas inadecuadas. La calidad general de los datos ambientales regionales es baja y en muchos casos falta información básica. Se ha llamado la atención sobre la ausencia de mediciones satelitales y cartografía del terreno con sistemas de información geográfica y la necesidad de fortalecer las capacidades para la recolección —oportuna, precisa y apropiada— de información desagregada.

El uso de datos relativos a tendencias globales sería erróneo como guía para medir el logro de las metas en regiones o países individuales, ya que un indicador dado que registra una mejora a nivel global puede acusar un empeoramiento en casos específicos.

El apoyo técnico, financiero y organizacional inadecuado también representa un obstáculo importante.

En el Caribe, la medición de los progresos en materia de sostenibilidad ambiental (y de pobreza y VIH/SIDA) aún es particularmente desafiante: es el caso de las áreas protegidas; en algunos países existen muy pocas o casi ninguna, mientras que en otros se han designado espacios realmente sustanciales.

El cumplimiento de la meta relativa a los servicios de agua y saneamiento presenta dificultades significativas. Uno de los temas principales es hasta qué punto el suministro de agua debería estar en manos del sector privado o público. Esto a su vez se relaciona, entre otros factores ligados a la pobreza, con acceso a los recursos hídricos y situación sanitaria, con la calidad y la eficiencia de la administración, con la inversión necesaria para mejorar y construir la infraestructura y con el tema del agua de uso público.

De acuerdo con la información presentada, la meta de tenencia podría haberse alcanzado ya si se parte de la suposición de que la mayor parte del tránsito de una vivienda no segura a una vivienda segura se produce en hogares precarios, incluidos los tugurios. Sin embargo, es difícil confirmar este supuesto en tanto no se cuente con información específica.

Desde esta perspectiva, la meta absoluta puede resultar insuficiente para una región como América Latina y el Caribe, donde se registra el mayor grado de desigualdad del mundo en desarrollo. En cambio, la reducción relativa de los tugurios con respecto al resto de los hogares es un reto mayor y requiere un esfuerzo adicional al realizado hasta ahora.

D. Políticas públicas para la sostenibilidad ambiental: integración y mejoras en la gestión

Pese a la heterogeneidad existente entre los países de la región en lo que respecta al cumplimiento de las metas relacionadas con la sostenibilidad ambiental, se observan ciertos rasgos comunes. En primer lugar, la responsabilidad ya no recae exclusivamente en los gobiernos, pues han surgido nuevos actores: las empresas nacionales e internacionales, la sociedad civil y los parlamentos. El desafío común consiste no solo en saber cómo movilizar los escasos recursos, sino más bien en cómo priorizar y articular las acciones con la responsabilidad compartida y con transparencia institucional. En segundo lugar, el esfuerzo supone la búsqueda de nuevas formas de dirigir la inversión y el financiamiento, así como la creación de mercados que contribuyan a atender mejor las prioridades nacionales, subregionales y regionales en materia de desarrollo sostenible. En tercer término, es preciso avanzar más en el diseño y la aplicación de mecanismos de transferencia tecnológica para apoyar las iniciativas relacionadas con el desarrollo sostenible y la protección ambiental. En cuarto lugar, los países deben introducir cambios en sus regímenes ambientales y en sus prácticas productivas con el objeto de ajustar las demandas de los mercados y velar por la integridad de su capital natural. En quinto lugar, es necesario incrementar el nivel actual de gastos y desarrollar mecanismos internos para el financiamiento de la gestión del medio ambiente, tales como la aplicación de instrumentos fiscales de gestión ambiental y tasas por el uso de recursos naturales y servicios ambientales. En sexto lugar, se debe avanzar en la formulación y aplicación de políticas e iniciativas intersectoriales, con el fin de cumplir integralmente los objetivos de desarrollo del Milenio.

Entre 1991 y el 2002, se observó en la región un flujo creciente de recursos provenientes de organismos de asistencia para el desarrollo destinados a la protección del medio ambiente, tema que constituía una preocupación transversal y sectorial. Estos recursos representaron una pequeña proporción de la cifra mundial de asistencia al desarrollo y, en ocasiones, se concentraron en sectores como el transporte y la energía, en lugar de destinarse a objetivos claramente ambientales como mitigar los efectos del cambio climático. A su vez, el Fondo para el Medio Ambiente Mundial también aumentó el financiamiento destinado a la región de América Latina y el Caribe hasta un 20% del total de su cartera. Resulta difícil saber si se trata de recursos adicionales, pues se han reducido los fondos otorgados para asuntos no relacionados con el medio ambiente.

Existen obstáculos críticos para la transición hacia un desarrollo ambientalmente sostenible en los países de América Latina y el Caribe (véase el recuadro VI.4). La descoordinación de las legislaciones y los mandatos institucionales, el bajo nivel de cumplimiento de las normas ambientales, la escasa coordinación entre las políticas económicas, sociales y ambientales y las restricciones financieras impiden avanzar en el cumplimiento de la meta 9. Los procesos que comprometen la sostenibilidad son también tecnológicos y ambientales, y abarcan múltiples escalas (global, nacional, regional y local) e intervalos de tiempo, ya que afectan a generaciones presentes y futuras.

El fortalecimiento de mecanismos que garanticen una adecuada integración, coherencia y coordinación de las políticas públicas y de los niveles de gobierno y agentes económicos

involucrados en el logro de metas de desarrollo sostenible es un desafío pendiente. Con frecuencia los objetivos sectoriales son incoherentes entre sí y reflejan compromisos políticos antagónicos o la falta de comunicación, diálogo y coordinación de actividades entre los encargados de aplicar las políticas públicas, lo que puede traducirse en efectos secundarios imprevistos e incentivos inconsistentes. Resulta esencial identificar las fallas de coordinación y sus costos en términos de eficacia y eficiencia para alcanzar metas intersectoriales a largo plazo. La complementación entre distintas perspectivas en materia de políticas e instrumentos de gestión ambiental (regulación, instrumentos económicos, enfoques voluntarios) y la participación activa de todos los agentes de la sociedad (agrupaciones empresariales y sindicales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil y los poderes del Estado) son también premisas para consolidar un desarrollo ambientalmente sostenible.

Recuadro VI.4

COOPERACIÓN REGIONAL Y SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN CENTROAMÉRICA

En las últimas dos décadas, los países latinoamericanos han suscrito acuerdos de cooperación ambiental regional, se han adherido a acuerdos multilaterales de protección ambiental y han firmado tratados de libre comercio que incluyen cláusulas ambientales para mejorar el cuidado del medio ambiente en la región. Estos compromisos deben reflejarse en una mayor disponibilidad de recursos, en cambios en la legislación ambiental nacional y en su cumplimiento, con miras a la conservación de la diversidad biológica y la protección de áreas naturales, ecosistemas forestales y zonas marinas y costeras, a fin de mitigar los efectos del cambio climático y detener el movimiento transfronterizo de residuos peligrosos, entre otras cosas.

La Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD) es, desde su fundación en 1989, una entidad ejecutiva que vincula los gobiernos de sus Estados miembros, colabora en el fortalecimiento de sus capacidades y enlaza los países de Centroamérica con otros países y organismos internacionales en temas de protección ambiental y uso sostenible de los recursos naturales. La CCAD (integrada por Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) ha promovido el desarrollo de proyectos como el Programa para la Consolidación del Corredor Biológico Mesoamericano (CBM) y la Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Sostenible (IMDS), dentro del Plan Puebla Panamá (PPP), el Proyecto Bosques y Cambio Climático en América Central, la iniciativa para el fortalecimiento del Sistema Centroamericano de Áreas Protegidas, el Programa de Modernización de los Sistemas de Gestión Ambiental (PROSIGA), el Sistema Arrecifal Mesoamericano (Belice, Guatemala, Honduras y México) y el Protocolo Regional para el Acceso a Recursos Genéticos y Bioquímicos y el Conocimiento Tradicional Asociado.^a

En el año 2004, Centroamérica y la República Dominicana suscribieron un acuerdo de libre comercio con Estados Unidos en el que se incorpora la dimensión ambiental, basado en el Acuerdo de Cooperación Ambiental de América del Norte (ACAAN) del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Este acuerdo tiene mayor similitud con el tratado de libre comercio entre Chile y Estados Unidos que con el ACAAN, ya que carece de fondos para cooperación ambiental, tiene un marco institucional inacabado y los ciudadanos tienen más limitaciones a la hora de elevar sus peticiones. Pese a todo, la experiencia de México en el TLCAN indica que es posible alcanzar logros significativos en materia de cooperación ambiental para el desarrollo de capacidades nacionales, asistencia técnica, acceso y construcción de bases de datos con información sobre contaminantes, la participación de funcionarios y representantes de organizaciones no gubernamentales en talleres, cursos y seminarios y la promoción de iniciativas especiales para la prevención de la contaminación.^b

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Cooperación ambiental en el NAFTA y perspectivas para el CAFTA”, México, D.F., Sede Subregional de la CEPAL en México, 2004, inédito.

^a El Programa para la Consolidación del Corredor Biológico Mesoamericano se firmó el 30 de noviembre del 2000 y entró en vigor el 30 de enero del 2002. Su duración es de siete años e involucra a gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales, iniciativas privadas e instituciones académicas. En el programa participan Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y cinco estados del sureste de México (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán) con el objeto de velar por la conservación y el uso sostenible de los recursos biológicos. Los proyectos contenidos en la Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Sostenible aún no cuentan con financiamiento. El Plan Puebla-Panamá es un instrumento de cooperación que busca integrar la región mesoamericana mediante la coordinación de las actividades de los siete países de Centroamérica y los nueve estados que integran la región sur-sureste de México, para promover el desarrollo integral.

^b En 1995 el Consejo de la CCA contribuyó a la creación del Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes (RETC) en México. En junio del 2004 se publicó el reglamento que obliga a las industrias a presentar, a partir del 2005, un informe de emisiones. Se espera que estos informes puedan hacerse públicos.

El éxito de las políticas de desarrollo sostenible depende en gran medida del grado de evolución y de la calidad de la infraestructura institucional y organizacional, así como de los mecanismos que permitan al aparato público y a la sociedad actuar como un todo armónico a mediano y largo plazo. Desde fines de los años noventa, el contexto económico desfavorable de la región se ha traducido en la desaceleración del positivo impulso inicial y en la disminución del rango y el presupuesto de las instituciones ambientales. Se han producido transformaciones institucionales que han significado la pérdida de jerarquía y de espacios para la coordinación.

A pesar de los obstáculos existentes, también se constatan avances. Hay un mayor reconocimiento del problema de la deforestación y de los servicios ambientales que brindan los bosques. En consecuencia, se han puesto en práctica programas para el combate de incendios, el fomento de la reforestación y la mejora de los marcos normativos y de las políticas dirigidas a un uso sostenible de los bosques (incluidos planes nacionales de desarrollo forestal). Asimismo, se están desarrollando nueve proyectos prioritarios y seis programas de acción subregionales de combate a la desertificación. Los esfuerzos por proteger la biodiversidad han sido notorios en los ámbitos internacional, regional y subregional. A nivel nacional hay debilidades ligadas a la vigilancia, planificación y el manejo; no obstante, y pese a la restricciones presupuestarias, se ha intentado mejorar la gestión. En menor medida, se han puesto en práctica iniciativas relacionadas con el ahorro y uso eficiente de la energía y el fomento de las fuentes renovables. En muchos países se han desarrollado nuevas actividades ambientalmente preferibles —como la producción orgánica de alimentos— y centros nacionales de producción limpia. Por su parte, el sector privado (especialmente las grandes empresas) ha hecho importantes inversiones en tecnologías ecoeficientes y sistemas de gestión ambiental.

1. Manejo integrado del territorio y ecosistemas

Uno de los principales retos para la región es la integración de las preocupaciones ambientales en las políticas públicas y su aplicación a la planeación del uso del territorio nacional. La gestión integral de los recursos naturales debe realizarse sobre la base de unidades espaciales —cuencas hídricas y ecosistemas, entre otras— que rara vez corresponden a las estructuras administrativas existentes. Normas e instituciones adecuadas para la coordinación de políticas que permitan aplicar estrategias de gestión integral de recursos en espacios biofísicos delimitados por características ecológicas o geográficas constituyen una oportunidad de innovación y desarrollo en el tema ambiental.

El alto nivel de vulnerabilidad que presenta la región debido a huracanes, deslaves, inundaciones, vulcanismo y sismicidad, entre otros fenómenos de índole natural y social, realza la necesidad de enfoques como los descritos, también en el caso del medio ambiente construido. Reducir la vulnerabilidad requiere de instrumentos para la prevención como el ordenamiento del territorio, los sistemas de alerta temprana, el mantenimiento de la cobertura vegetal y la construcción de infraestructura apropiada. Asimismo, exige instrumentos para la mitigación, entre los que se cuentan los seguros para la vivienda, para la producción agrícola, la infraestructura y otros activos, y mecanismos de respuesta como defensa civil, albergues, la inversión reactiva, la educación para los desastres y la preparación de los sectores productivos y de servicios frente a estos fenómenos.

2. El sector de agua potable y saneamiento

Las propias instituciones que prestan los servicios (en su mayoría públicas) deben reformarse para superar graves ineficiencias, mejorar su precaria situación financiera y aprovechar al máximo las economías de escala (Peña y Solanes, 2003). Es preciso aumentar su independencia administrativa y fortalecer su capacidad regulatoria y financiera mediante la fijación de tarifas. La descentralización adoptada en la década de 1980 debe reorientarse, así como la privatización de los servicios, a la luz de las experiencias de varios países que han demostrado que es posible alcanzar altos grados de eficiencia en la prestación de los servicios a cargo de empresas públicas (CEPAL, 1998c). Por otra parte, algunas