







# Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en Iberoamérica

Preparado por:

CEPAL • UNICEF • SECIB

En colaboración con:

FNUAP • OIT • OPS/OMS • PNUD • UNESCO

IICA • OEA • OEI • OIJ

Distr.  
GENERAL

LC/G.2144  
Septiembre 2001

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
SECIB	Secretaría de Cooperación Iberoamericana
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
OIJ	Organización Iberoamericana de la Juventud

Especiales agradecimientos a las siguientes instituciones:

Comité español para UNICEF  
Fundación San Benito de Alcántara

La preparación de este documento fue coordinada por José Antonio Ocampo, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La redacción del mismo estuvo a cargo de Arturo León y Ernesto Espíndola, de la División de Desarrollo Social de la CEPAL y Leonardo Garnier, consultor de UNICEF.

En la revisión final del documento participaron María Elisa Bernal, Asistente Especial de la Secretaría de la Comisión, Rolando Franco, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, y Claudio Sepúlveda, Director Regional Adjunto para América Latina y el Caribe de UNICEF.

Colaboraron también Ximena de la Barra, María Jesús Conde, Garren Lumpkin y Gladys Acosta de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNICEF, Eliseo Cuadrao de OIT-IPEC, Helia Molina de OPS-OMS, Miguel Villa y Jorge Rodríguez de la División de Población de la CEPAL (CELADE), Silvia Calcagno e Isabel Hernández del Proyecto Regional de Bi-Alfabetización, División de Población de la CEPAL (CELADE), Paula Louzano, Juan Carlos Palafox y Mami Umayahara de UNESCO-OREALC y Yuri Chillán de la OIJ.

Copyright © CEPAL, Naciones Unidas, 2001.  
UNICEF, 2001.  
SECIB, 2001.

Todos los derechos reservados.  
Impreso en Santiago de Chile


## ÍNDICE

---

PRÓLOGO .....	7
INTRODUCCIÓN	
1. El Sistema Iberoamericano .....	9
2. Derechos y equidad .....	11
3. Contenido del documento .....	12
SECCIÓN I. PROGRESOS EN FAVOR DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA DURANTE LOS AÑOS NOVENTA .....	15
1. Efectos movilizados de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia .....	16
2. Aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad .....	18
3. Mayor acceso al agua potable y al saneamiento .....	21
4. Logros en salud materna, en atención prenatal y del parto .....	23
5. Avances en materia de nutrición .....	24
6. Logros en materia de inmunización y vacunaciones .....	25
7. Avances en la educación .....	27
8. Progresos en la erradicación del trabajo infantil .....	29
9. Mayores esfuerzos en materia de gasto público social .....	30
SECCIÓN II. LAS DESIGUALDADES EN LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN IBEROAMÉRICA .....	33
1. Desigualdades en la esperanza de vida .....	34
2. El derecho de los niños a la vida y a la salud .....	35
3. El riesgo nutricional y el derecho de los niños a la nutrición y a la lactancia materna .....	46
4. Inequidades en el acceso a servicios de agua potable y saneamiento .....	51
5. Insuficiencias y desigualdades en el logro educativo de niños y adolescentes .....	54
6. Analfabetismo adulto .....	58

SECCIÓN III. NUEVOS DESAFÍOS PARA LA AGENDA SOCIAL IBEROAMERICANA .....	63
1. El derecho fundamental a un nombre y una nacionalidad .....	63
2. Adopciones .....	66
3. Desafíos prioritarios en la educación: Educación en la primera infancia .....	67
4. Calidad de la Educación .....	71
5. El rezago educacional entre los adolescentes .....	75
6. Algunos problemas en la adolescencia .....	77
7. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia .....	78
8. El problema del SIDA .....	83
9. Embarazo precoz y embarazo no deseado .....	83
10. El trabajo infantil en Iberoamérica: magnitud y causas .....	84
11. Avances en materia de trabajo infantil en la última década .....	89
12. Lineamientos para la eliminación gradual de la explotación laboral infantil .....	91
13. La participación de niños y adolescentes .....	93
14. La violencia y el derecho a la convivencia familiar .....	94
15. El derecho a vivir en paz y la violencia que surge del conflicto armado .....	96
16. Migración .....	98
17. El derecho a una verdadera justicia penal juvenil .....	98
SECCIÓN IV. EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO Y SU IMPACTO EN LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA .....	103
1. La insuficiencia del crecimiento económico .....	103
2. Magnitud y evolución reciente de la pobreza entre los niños y adolescentes .....	106
3. La transmisión intergeneracional de la pobreza y de las oportunidades de bienestar .....	109
SECCIÓN V. LA INVERSIÓN SOCIAL Y EL COSTO DE LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS .....	115
1. La insuficiencia del gasto social en Iberoamérica .....	115
2. Hacia la recuperación de las oportunidades perdidas .....	119
3. La importancia económica del desarrollo temprano .....	121
4. La importancia de las inversiones educativas .....	123
5. La importancia económica de la salud .....	125
6. Cuando la ética y la eficiencia coinciden .....	127
SECCIÓN VI. CONCLUSIONES Y PRINCIPALES ÁREAS DE ACCIÓN .....	129
1. Conclusiones generales .....	129
2. Principales áreas de acción .....	131
BIBLIOGRAFÍA .....	137
ANEXO ESTADÍSTICO .....	141

## Prólogo



---

La Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, reunida en Panamá en noviembre de 2000, consagró buena parte de sus deliberaciones al tema de la infancia y la adolescencia. Reconoció así, la importancia de sus derechos, claramente consagrados en la Convención de los Derechos del Niño, suscrita por todos los países iberoamericanos. Igualmente, identificó los problemas prioritarios que enfrentan los niños, niñas y adolescentes y consignó, en la Declaración de Panamá 2000 las estrategias orientadas a solucionarlos.

El establecimiento de tales prioridades hizo evidente la necesidad de efectuar una evaluación minuciosa y detallada de las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes iberoamericanos en las postrimerías del siglo XX. Acorde con lo anterior, los Jefes de Estado y de Gobierno consideraron indispensable la realización de un estudio que adelantara dicha evaluación, complementara las estrategias por ellos definidas y, lo que es tal vez más importante, estableciera metas concretas que permitan avanzar decididamente hacia el anhelado cumplimiento de los Derechos del Niño.

Acogiendo el llamado efectuado por la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Secretaría de Cooperación Iberoamericana (SECIB), ha preparado el estudio “Construir equidad desde la infancia y la adolescencia

en Iberoamérica” con la generosa y significativa participación de diversas organizaciones internacionales que se mencionan en este documento.

Del estudio surge un panorama ambivalente. Por una parte, la última década del siglo XX presenció notables avances en la superación de algunos de los problemas históricos que han afectado a la infancia y la adolescencia iberoamericana. Estos logros se han alcanzado especialmente en el ámbito de los derechos sociales, es decir, la salud, la nutrición y la educación, en gran medida como resultado de los estímulos surgidos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y sus 27 metas específicas. Desafortunadamente, sin embargo, estos logros han estado acompañados por la persistencia de marcadas desigualdades entre países y entre grupos sociales al interior de ellos. Además, las tendencias del entorno generado por los modelos de desarrollo imperantes parecieran estar condicionando el acontecer económico social en el siglo XXI, limitando la consecución de mayores progresos en el corto, y quizás también mediano y largo plazo, impidiendo el retorno esperado de la inversión social realizada en los últimos años y acentuando las tendencias a la inequidad entre y dentro de los países. Para evitarlo, resulta imperativo otorgar mayor prioridad al cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y destinar más recursos a la inversión social en edades tempranas, con el fin de mejorar sustancialmente sus condiciones de vida y asegurar la igualdad de oportunidades.

Es claro entonces que los avances alcanzados sólo se consolidarán mediante nuevos y persistentes esfuerzos. De no ser así, no sólo tendremos menores ritmos de mejoramiento de las condiciones básicas de vida, asociadas a los derechos económicos, sino la insatisfacción creciente de los derechos civiles, políticos y culturales de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica.

El estudio “Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica” constituye entonces una res-

puesta a la demanda emanada de la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, encabezada por la Presidenta de Panamá, señora Mireya Moscoso, y su objetivo es servir de sustento a las estrategias planteadas en la Declaración de Panamá. Es ahora indispensable que estas estrategias sean puestas en marcha en los diferentes países, para lograr así el cumplimiento efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes iberoamericanos. Ellos son nuestro futuro.

JOSÉ ANTONIO OCAMPO  
Secretario Ejecutivo  
CEPAL

PER ENGEBAK  
Director Regional para América  
Latina y el Caribe  
UNICEF

JORGE ALBERTO LOZOYA  
Secretario  
SECIB



# Introducción

---

## 1. El sistema iberoamericano

En los últimos años el desarrollo del sistema mundial de países ha visto emerger diferentes “bloques” o grupos de naciones como expresión concreta de un proceso de creciente organización innovadora en las relaciones entre comunidades y países. Este proceso ha tendido a reemplazar la visión “nacionalista” de las sociedades, prevalente durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX, por otra de mayor integración en los planos político, económico y cultural.

Más reciente es el desarrollo de polos de agrupación de países basados principalmente en valores, patrones culturales e idiomáticos comunes, entre los cuales el sistema iberoamericano es probablemente una de las más connotadas versiones. Organizado formalmente en 1992 – con motivo de los 500 años de la llegada de Cristóbal

Colón a las Américas y, por tanto, de la irrupción de la imagen indígena en Europa, esto es, de una forma cultural totalmente independiente–, el sistema iberoamericano se ha dado, como expresión organizativa máxima, las Cumbres anuales de Jefes de Estado y de Gobierno. En su décima versión, en noviembre del año 2000, por iniciativa de la presidenta de Panamá, país sede, señora Mireya Moscoso, adoptó el tema de la infancia y la adolescencia como su eje central, en torno al cual una docena de reuniones ministeriales –de los distintos sectores– se abocaron a discutir sus relaciones específicas con ese tema. Las conclusiones finales, condensadas en la Declaración de Panamá (véase el recuadro I.2) expresan la visión de los mandatarios iberoamericanos al iniciarse el siglo XXI y son la base para una formulación estratégico-programática de largo aliento.

Recuadro I  
IBEROAMÉRICA POR PAÍSES

Argentina	Ecuador	Panamá
Bolivia	El Salvador	Paraguay
Brasil	España	Perú
Chile	Guatemala	Portugal
Colombia	Honduras	República Dominicana
Costa Rica	México	Uruguay
Cuba	Nicaragua	Venezuela

En el contexto de esta preocupación explícita e integral por la niñez, y de su importancia para el desarrollo de toda sociedad, los Jefes de Estado y de Gobierno de los países iberoamericanos solicitaron la cooperación de las distintas agencias de las Naciones Unidas, bajo la coordinación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y en colaboración con

la Secretaría de Cooperación Iberoamericana (SECIB), para elaborar el presente documento, en que se presenta una evaluación de la situación actual de la infancia en estos países, cuyo objetivo es contribuir a la formulación estratégico-programática aludida, así como al diseño y cumplimiento de metas concretas que mejoren tanto la situación de la infancia, como la de las sociedades en su conjunto.

Recuadro II  
**DECLARACIÓN DE LOS JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO DE LOS PAÍSES  
IBEROAMERICANOS PARA UNA EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFANCIA**

Los Jefes de Estado y de Gobierno de los 21 países iberoamericanos, reunidos en la Ciudad de Panamá, en ocasión de la Décima Cumbre Iberoamericana, acuerdan solicitar a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) que, en coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Secretaría de Cooperación Iberoamericana (SECIB), realice una evaluación de la situación actual de la infancia en Iberoamérica, a fin de identificar metas concretas,

que mejoren las tendencias actuales, en materia de educación, salud, servicios sanitarios y erradicación del trabajo infantil, entre otras.

Dicha evaluación apoyará la determinación de los compromisos que asumirán los países de nuestra región en el XXV Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el próximo año, el cual tendrá el propósito de evaluar los avances y dar seguimiento a la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el De-

sarrollo del Niño y el Plan de Acción aprobados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990, así como definir en las Naciones Unidas una agenda en este ámbito, para los próximos años.

Ciudad de Panamá, a 18 de noviembre de 2000

---

## 2. Derechos y equidad

Para el futuro de las sociedades humanas, lo más importante son sus niños y niñas, porque su bienestar y progreso son la única garantía de desarrollo individual y colectivo. Gran parte de las oportunidades para toda la vida de la persona están determinadas por el modo como ella comienza. En Iberoamérica, la mayor preocupación de los ciudadanos de todas las condiciones socioeconómicas es asegurar el bienestar actual de sus hijos y el logro de condiciones que les garanticen un porvenir mejor que el que tuvieron sus padres. Todos esperan que la sociedad que los cobija —especialmente los gobiernos, pero también la sociedad civil— preste creciente atención a la educación, salud y protección de los niños, y a la vez facilite a sus padres acceso a mayores ingresos y condiciones para atenderlos.

Cuando la humanidad logró un acuerdo sobre los derechos básicos de todas las personas, se dio a la tarea de especificar el alcance de esos derechos respecto de los niños. En efecto, una vez aprobada la Declaración Universal de los Derechos Humanos y pactado su alcance en materia de derechos civiles y políticos, como también económicos, sociales y culturales, las naciones acometieron dos compromisos prioritarios: por una parte, condenar las modalidades extremas de discriminación y violación de los derechos humanos y por otra, establecer el marco normativo básico en materia de derechos de los niños y adolescentes de ambos sexos, como fundamento para la garantía y sostenibilidad de los derechos humanos. Nació así la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en 1989 por las Naciones Unidas, que es el instrumento de derecho internacional de mayor universalidad, ratificado por todas las naciones iberoamericanas.

A partir de la Convención tiende a consolidarse una perspectiva de puesta en ejecución progresiva de los derechos de todos los niños y adolescentes, orientada a la protección integral y universal que compromete a toda la sociedad. En Iberoamérica, este cambio de enfoque ha impulsado la adopción de nuevos marcos normativos en favor de la niñez y de la adolescencia, consistentes con el enfoque de derechos. Los cambios legales e institucionales han derivado en el rechazo de las situaciones de violación o incumplimiento de derechos por parte de la sociedad, cuyos sistemas jurídicos empiezan a sancionar tales situaciones, dando así muestras de una exigibilidad con-

creta de los derechos. Ello ha conducido a la redefinición, todavía parcial, de las políticas públicas para lograr el cumplimiento efectivo de los derechos.

El enfoque de derechos concibe en forma sistémica cada una de las dimensiones del accionar humano. De acuerdo a este paradigma cada una de ellas comporta un conjunto indivisible de subdimensiones: socioasistenciales, económicas, políticas, culturales y cívicas. En el campo de las políticas sociales, la adopción de dicho enfoque implica sustituir las orientaciones que tradicionalmente han guiado las políticas públicas —especialmente la prestación de servicios sociales básicos—, y cuya formulación ha sido incompleta, dejando a menudo fuera de su preocupación importantes áreas o aspectos, como la formación de valores a través de los medios de comunicación masiva.

Como se aprecia a lo largo de este documento, los países iberoamericanos han venido avanzando en estos campos mediante procesos tendientes a garantizar el cumplimiento pleno de los derechos de sus niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, estos avances son aún insuficientes y, sobre todo, muy desiguales. Por lo general, las desigualdades y rezagos en el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia surgen como resultado de la autorreproducción de las grandes disparidades e inequidades que caracterizan la vida social, económica y política de nuestros países.

Como lo ha señalado la CEPAL, esta inequidad no es una particularidad exclusiva de la actual etapa, sino que ha caracterizado a la mayoría de los diversos modelos de desarrollo predominantes en los países iberoamericanos a lo largo de su historia. Es el reflejo de estructuras económicas, sociales, étnicas y de género altamente segmentadas, que se reproducen de una generación a la siguiente a través de múltiples canales. Por lo tanto, el eje del esfuerzo a realizar debe ser, precisamente, el romper los canales de reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad, incluidas las barreras de la discriminación por género y por etnia, que agravan sus efectos.

Al definir el logro de sociedades más equitativas y democráticas como el objetivo esencial del desarrollo, se

coloca en primer plano la vigencia de los derechos civiles y políticos, de los derechos económicos y sociales, y de los derechos culturales que responden a los valores de igualdad, solidaridad y no discriminación. Se resaltan, además, los valores de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de este conjunto de derechos, cuya vigencia debe ser compatible con el grado de desarrollo alcanzado por cada sociedad. Se demanda asimismo el establecimiento de un 'pacto fiscal' que garantice el financiamiento requerido para el cumplimiento de los derechos, sin generar por ello presiones desequilibrantes sobre los agregados macroeconómicos, que vendrían eventualmente a poner en peligro la sostenibilidad de esos mismos derechos. La equidad, en este sentido, debe entenderse en relación con el establecimiento de metas que la sociedad sea efectivamente capaz de alcanzar, pero siempre como parte de esa ruta crítica que conduce al pleno y universal cumplimiento de los derechos.

No se logrará alcanzar mayores niveles de bienestar para el conjunto de la población y grados crecientes de equidad distributiva, sin avanzar significativamente en la consolidación de economías dinámicas y competitivas, pero ese dinamismo y esa competitividad no deben sustentarse en el uso extensivo y pobremente remunerado de la fuerza de trabajo, ni en la depredación de los recursos naturales y el medio ambiente. Por el contrario, la competitividad genuina debe apoyarse en un uso cada vez más sofisticado y mejor remunerado de los recursos

productivos con que cuentan los países iberoamericanos, de manera que se sienten las bases de un crecimiento que dependa y a su vez sustente un efectivo proceso de desarrollo socialmente equitativo, políticamente democrático y ambientalmente sostenible. La equidad y el desarrollo económico, con su dimensión de desarrollo sostenible, son, en este sentido, elementos de una misma estrategia integral. El desarrollo social no puede descansar exclusivamente en la política social; pero tampoco el crecimiento y la política económica pueden dejar de considerar los objetivos del desarrollo social, y las condiciones en que opera la política social. El ejercicio de la ciudadanía es, por su parte, no sólo un derecho en sí mismo, que contribuye como tal al bienestar, sino también el más efectivo canal para garantizar que los objetivos sociales del desarrollo estén representados en las decisiones públicas.

La importancia de este carácter integral del desarrollo, y de las políticas públicas en particular, se aprecia todavía con más claridad cuando la preocupación son las niñas, niños y adolescentes que forman el presente y prefiguran el futuro de estas sociedades. La satisfacción de los derechos, especialmente de las nuevas generaciones, no reconoce segmentaciones artificiales entre lo económico y lo social, entre sectores institucionales o programáticos, entre cortos, medianos y largos plazos. Tales segmentaciones atentan contra el avance decidido hacia el cumplimiento de los derechos de la infancia y de la adolescencia.

---

### 3. Contenido del documento

De acuerdo con el mandato de la Declaración de Panamá, este documento privilegia el cumplimiento de los derechos y el logro de la equidad como elementos estratégicos para lograr el bienestar de la infancia y la adolescencia y el desarrollo integral de las sociedades iberoamericanas. Su hilo conductor, expresado en las secciones que lo componen, es el siguiente:

En la primera sección se aprecia cómo, a pesar de las difíciles condiciones imperantes, durante la década pasada se realizaron progresos importantes en el bienestar de

la niñez iberoamericana y en el mejor cumplimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de la región. Estos logros muestran que, en efecto, es posible avanzar de manera sistemática y significativa en esta dirección.

Sin embargo, como se detalla en la segunda sección, persisten rezagos importantes y, en muchos casos, los logros alcanzados ocultan grandes disparidades tanto entre las situaciones que caracterizan a los distintos países como en las que se presentan al interior de los mismos.

En la tercera sección se presentan los avances y rezagos en torno a problemas emergentes y a otros que han resurgido con fuerza –antaoño menos visibles debido a la urgencia en atender otras prioridades– y que afectan a los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica, tales como la salud en la adolescencia, la calidad de la educación, la vulnerabilidad jurídica o los problemas de violencia y abuso sexual.

Pero los problemas y avances en las condiciones de vida de la niñez no pueden entenderse sin hacer explícita su relación con la evolución social y económica de las sociedades iberoamericanas, tema que se desarrolla en la cuarta sección, poniendo especial énfasis en aquellos elementos que explican la reproducción intergeneracional de las disparidades existentes y de la pobreza.

En la quinta sección se presenta un análisis de la inversión social dirigida a atender las necesidades y los derechos de la infancia y la adolescencia, poniendo un marcado acento en la importancia que estas inversiones revisten desde un punto de vista económico, para que se comprenda mejor el costo –y las consecuencias a menudo vitales– en que puede incurrir una sociedad cuando no satisface de manera adecuada esas necesidades y esos derechos.

Finalmente, se hace una síntesis y se recogen las principales conclusiones y reflexiones que se desprenden de las cinco secciones anteriores.



## Sección I

# Progresos en favor de la infancia y de la adolescencia durante los años noventa

---

El propósito de esta sección es mostrar los avances realizados en los años noventa en un conjunto de dimensiones que reflejan las condiciones de vida de la infancia y adolescencia y en algunos fenómenos que las determinan. Esta revisión no pretende ser exhaustiva. Tales progresos han hecho visibles otros problemas que afectan a los niños y adolescentes, o que han persistido bajo formas diferentes, como las desigualdades entre y dentro de los países. Se argumenta que es posible seguir avanzando hacia el cumplimiento de los derechos de los niños y adolescentes, incluso en aquellos aspectos en que los problemas que los afectan son mayores, y se utilizan las metas establecidas a comienzos de los años noventa para destacar la evolución registrada en los distintos países iberoamericanos.

La década pasada estuvo marcada por importantes logros y avances en aspectos decisivos del bienestar presente y futuro de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica. Tales progresos son el fruto de políticas y de acciones de largo plazo, del mayor nivel general de vida de la población, y de los esfuerzos de los países iberoamericanos por aumentar la inversión social en las primeras etapas de vida. En la consecución de estos progresos ha jugado un papel preponderante la conciencia que existe en los gobiernos, en la comunidad ciudadana, así como en los agentes de la comunidad internacional, sobre la impostergable necesidad de respetar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y de velar por el cumplimiento

de las obligaciones emanadas de los instrumentos jurídicos que establecen y buscan cautelar esos derechos.

La Convención sobre los Derechos del Niño representa un cambio radical en las responsabilidades de los gobiernos, las comunidades y las familias frente a los niños y adolescentes de ambos sexos. La Convención establece que todos los niños y niñas, sin excepción y por el simple hecho de serlo, tienen derechos irrenunciables e inaplazables y que toda la sociedad debe garantizarles esas condiciones mínimas para que comiencen bien la vida. Antes de la Convención, el enfoque del tratamiento a los niños, niñas y adolescentes ponía énfasis en las si-

tuaciones irregulares y los trataba de manera discriminatoria o paternalista. A partir de la Convención, se consolida una perspectiva basada en el respeto de los derechos de todos los niños y adolescentes, acompañada de actividades de protección integral y universal que comprometen a toda la sociedad.

Las naciones de Iberoamérica han adoptado —o están en vías de hacerlo— un nuevo marco normativo en favor de la niñez y de la adolescencia, consistente con la perspectiva de derechos. A la reforma legislativa ha se-

guido el reto, aún mayor, de llevar a cabo una reforma institucional para construir sistemas de bienestar infantil, justicia, atención alimentaria, educación y salud guiados por los principios rectores de la Convención y por el interés superior del niño. El gran reto es lograr que los derechos de los niños se hagan parte del imaginario colectivo, que las situaciones de violación o incumplimiento de derechos sean rechazadas por la sociedad y que las políticas públicas nazcan del consenso ciudadano y representen la voluntad colectiva.

## 1. Efectos movilizados de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia<sup>1</sup>

La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (CMFI) se celebró en 1990, menos de un año después de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En la Cumbre se adoptó una Declaración y un Plan de Acción que incluía 27 metas para la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia y la adolescencia.

En las Américas, la CMFI y la Convención actuaron como catalizadoras de transformaciones sociales orientadas hacia un mayor reconocimiento de los derechos del niño y una mejoría concreta de sus condiciones de vida, destacando que el compromiso político y la fijación de metas específicas, junto con la participación de las organizaciones de base, los movimientos de niños y jóvenes, los grupos de mujeres, los líderes empresariales y religiosos y los medios de comunicación, fueron cruciales para los logros registrados a lo largo de la década.

La fijación de metas facilitó la creación de consensos y propició la creación de planes nacionales en favor de la infancia por parte de los gobiernos para avanzar hacia el respeto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe han formulado planes nacionales, que han sido progresivamente incorporados como parte integral de las políticas públicas. En su gran mayoría, estos planes abandonan el antiguo enfoque tutelar, privilegian la participación social y fomentan la corresponsabilidad,

potenciando así el cambio cultural y la sostenibilidad. Sin embargo, enfoques autoritarios en algunas sociedades, junto con la débil experiencia de participación social en la región, han dificultado en algunos casos la aplicación de este nuevo enfoque.

En la mayoría de los países, la articulación real de los planes nacionales en la política pública y en los programas nacionales de desarrollo ha garantizado la coherencia y complementariedad de las acciones en favor de los derechos de los niños, niñas y adolescentes así como su financiación a través del presupuesto público. Sin embargo, en algunos casos, los entes rectores de la infancia no han alcanzado el suficiente liderazgo y capacidad para convocar e impulsar el debate y movilizar recursos para su sector, lo que ha limitado las acciones para el cumplimiento de las metas.

Si bien en la mayoría de los países ha habido avances en la coordinación entre instituciones gubernamentales para la aplicación de acciones que buscan promover los derechos de la infancia, aún resta alcanzar mayor coordinación entre los sectores público y privado.

La Convención y la Cumbre desataron un proceso de reforma legislativa que persigue reemplazar los antiguos códigos minoristas de carácter excluyente por leyes basadas en la Convención. En la actualidad, el proceso de reforma legislativa se ha completado en la mayoría de

1 Este punto se apoya significativamente en PROMUDEH-UNICEF (2000).



**Recuadro I.1  
DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PARA UN BUEN COMIENZO DE LA VIDA**

Todo niño necesita y reclama que lo quieran. Necesita también tener alimentación, estar sano, educarse, interactuar y jugar. En diversas circunstancias, requiere protección especial. Éstas son las condiciones indispensables para que pueda tener el mejor comienzo de la vida. Estas necesidades fundamentan sus derechos básicos y constituyen la base de su desarrollo:

- Afecto → desarrollo psicoafectivo
- Alimentación → desarrollo psicofísico
- Salud → desarrollo psicofísico
- Educación → desarrollo intelectual, psicoafectivo, psicofísico, psicosocial, psicomotor
- Interacción → desarrollo psicosocial
- Juego → desarrollo psicomotor

Los derechos de los niños y niñas pueden agruparse así:

• *Biológicos*

**El derecho a vivir**

- No morir por enfermedades prevenibles
- No morir por enfermedades curables

- No morir por violencia o negligencia

**El derecho a la alimentación**

- Alimentación adecuada
- Micronutrientes

• *Psicológicos*

**El derecho a ser querido**

- Amor y comprensión
- Pertener a una familia, no ser separado de ella
- No ser maltratado
- No ser abandonado

**El derecho a jugar**

- Disfrute pleno de juegos y recreación

• *Sociales y culturales*

**El derecho a la salud**

- Cuidado de la salud de la madre
- Cuidado prenatal y postnatal
- Inmunizaciones y prevención
- Servicios médicos oportunos y adecuados
- Agua potable y saneamiento básico
- No realizar actividades que perjudiquen su salud

**El derecho a la educación**

- Acceso y permanencia en educación básica de calidad

- A la lengua materna (y su cultura)
- Desarrollo de aptitudes, juicio individual y responsabilidad
- Formación en la comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz, fraternidad y servicio

**El derecho a la interacción y la integración social**

- Desarrollarse en condiciones de libertad y dignidad
- Ser escuchado y recibir respuesta
- No ser discriminado
- Información y comunicación

• *Económicos*

**El derecho al ingreso familiar**

- Que su familia tenga medios adecuados de subsistencia

• *Civiles*

**El derecho a tener nombre y nacionalidad**

**El derecho a protección especial**

- Interés superior del niño
- Prioridad para protección y socorro
- Tratamiento especial en casos de impedimento

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

los países de la región. Si bien esto constituye un gran avance, no es suficiente para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de la infancia. Es necesario que estas nuevas leyes se apliquen y estén acompañadas de una reforma institucional y, por sobre todo, de un cambio cultural al interior de la sociedad para que se reconozca a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG), las diferentes instancias de la sociedad civil y la cooperación internacional han desempeñado un papel fundamental en los procesos de posicionamiento de los derechos de la infancia y la adolescencia en la agenda política y en el avance hacia las metas de la Cumbre. Estos procesos se han visto reforzados por la descentralización y la par-

ticipación popular, aunque incipiente, que se ha desarrollado en la mayoría de los países de la región.

También a nivel regional se han emprendido iniciativas para evaluar el progreso hacia el cumplimiento de las metas. Al término del año 2000 se habían realizado cinco reuniones ministeriales con este fin: en México, en 1992; en Colombia, en 1994; en Chile, en 1996; luego en Perú, en 1998 y la última en Jamaica, en el 2000. Asimismo, se han llevado a cabo dos reuniones iberoamericanas de ministros a cargo de la infancia y la adolescencia, en 1999 y 2000. De especial importancia es el proceso de la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Go-

bierno (Panamá, 2000) y sus 12 reuniones ministeriales, de todos los sectores, en las cuales la infancia y la adolescencia fueron el tema central, culminando con la Declaración de Panamá, (véase el recuadro I.2).

Estas iniciativas han sido cruciales para dar seguimiento a los avances de los países hacia las metas y han impulsado, a nivel nacional, la aplicación de estrategias para recolectar información sobre la niñez y la adolescencia respecto de los avances de los programas que la benefician, poniendo en algunos casos de manifiesto las limitaciones de información confiable para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas.

## 2. Aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad

La década pasada estuvo marcada por importantes logros en aspectos decisivos de la calidad de vida y del cumplimiento de los derechos de la infancia en la región. Éstos se tradujeron en mejoras en un indicador muy central del cumplimiento de los derechos de la población en general y de los niños y niñas en particular: más años de vida. El aumento de la esperanza de vida al nacer refleja este hecho, pues ella resume las condiciones generales de vida alcanzadas por un país o región en un determinado momento. Si a comienzos de la década pasada se esperaba que un iberoamericano recién nacido viviera 69 años, hoy se espera que alcance 71 años de vida. El logro de dos años más de expectativa de vida en una década es un progreso sustancial, más todavía si se considera que la esperanza de vida aumentó bastante más en aquellos países que a comienzos de la década presentaban mayores rezagos en las condiciones de vida y en la sobrevivencia de la población infantil: en Bolivia la esperanza de vida aumentó siete años; seis años en El Salvador y Perú; cinco en Honduras y cuatro años en Ecuador y República Dominicana.

En lo referente a la mortalidad infantil, la mitad de los países registraron avances muy significativos en el número de muertes evitadas de menores de un año, al

punto que 9 de los 21 países iberoamericanos dieron cumplimiento a la meta de reducción en un tercio de la tasa registrada al principio de los años noventa. La tasa promedio en los 21 países se redujo de 38 a 26 muertes de menores de un año por 1 000 nacidos entre el año 1990 y el 2000. Casi la mitad de los países habían alcanzado una tasa de mortalidad infantil de 20 por 1 000 o inferior. Esta reducción, cercana a 32%, es menor en sólo un punto porcentual a la meta global establecida en la Cumbre.

Logros similares se alcanzaron respecto de la mortalidad de los menores de 5 años, en parte asociados a la reducción de la mortalidad de los menores de un año: entre 1990 y 1999, aquélla se redujo un 28% (de 45 a 32 por cada 1 000 nacidos vivos) como promedio para el conjunto de 21 países iberoamericanos, y si se ha mantenido el ritmo de reducción hasta el año 2000, 11 países se habrían acercado o alcanzado la meta de reducir en un tercio esa tasa. Más aún, entre los países de mortalidad alta o muy alta al inicio de la década (Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Honduras y Perú) se registraron mejoras absolutas y relativas apreciables. Aunque el progreso fue menor en comparación con la mortalidad infantil, los avances en términos de muertes evitadas también fueron notables.<sup>2</sup>

2 Las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años están influidas por la cobertura del registro de nacimientos. Se estima que hacia el año 2000, del total de países iberoamericanos cuatro registraban entre 70% y 89% del total de los nacimientos, dos países sólo registraban entre 50% y 69% y no se disponía de información en otros cuatro países. El hecho de que las tasas más elevadas de no registro de nacimientos se asocien a niveles más altos de mortalidad infantil hace necesario apreciar con mayor cautela los niveles de mortalidad estimados actualmente para los países con menor cobertura de registro.

Recuadro 1.2  
**SÍNTESIS DE LOS DERECHOS CONSIDERADOS EN LA DECLARACIÓN DE PANAMÁ**

Tipo de derechos				
Sociales (17)	Culturales (3)	Civiles (14)	Políticos (3)	Económicos (5)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanzar hacia una educación integral, respetuosa de la diversidad, que obligue acceso total a educación primaria gratuita para 2015</li> <li>- Educación inicial para todos al 2015</li> <li>- Impulsar innovación (por ej., "beca escuela")</li> <li>- Usar tecnologías de información en proceso de enseñanza-aprendizaje</li> <li>- Promover libre flujo de información</li> <li>- Fortalecer programas de seguridad alimentaria</li> <li>- Extender sistemas de seguridad social para aumentar acceso a servicios de salud integral</li> <li>- Disminuir mortalidad materna en 50% al 2010</li> <li>- Dar prioridad al VIH/SIDA abordándolo de manera integral</li> <li>- Promover educación de la sexualidad</li> <li>- Dar prioridad a la vivienda</li> <li>- Desarrollar programas para sectores vulnerables: niños de la calle, huérfanos, abandonados</li> <li>- Atender a discapacitados</li> <li>- Desarrollar programas anti-drogas y de rehabilitación</li> <li>- Impulsar deporte y uso del tiempo libre</li> <li>- Proteger en conflictos armados</li> <li>- Prevenir accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover raíces culturales, costumbres y tradiciones</li> <li>- Erradicar violencia intrafamiliar</li> <li>- Hacer frente a la violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar registro al nacer, impulsando medidas legislativas y administrativas</li> <li>- Propiciar participación a través de circulación de información sobre derechos</li> <li>- Fortalecer la familia</li> <li>- Castigar severamente el tráfico de niños</li> <li>- Castigar severamente la explotación sexual</li> <li>- Castigar severamente el secuestro y otros</li> <li>- Penalizar todo delito contra niños, niñas y adolescentes migrantes</li> <li>- Desarrollar justicia penal de menores que permita reinserción</li> <li>- Instar a ratificación de Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)</li> <li>- Adopción internacional</li> <li>- Sustracción de menores</li> <li>- Adhesión a Convención de Ottawa sobre tráfico de armas ligeras, niños en conflictos armados, plan antidrogas</li> <li>- Fortalecer instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiciar participación constructiva en sociedad</li> <li>- La Secretaría de Cooperación Iberoamericana (SECIB) debe usar acuerdos de la Declina Cumbre y de la segunda Reunión en América sobre Infancia y Política Social</li> <li>- Coordinarse para la reunión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Infancia y Adolescencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover desarrollo con equidad y justicia social</li> <li>- Asignar mayores recursos al gasto social, en especial salud, educación, cultura, y ciencia y tecnología</li> <li>- Extender los sistemas de seguridad social</li> <li>- Reducir pobreza y pobreza extrema</li> <li>- Se expresa satisfacción por éxito del Programa Internacional para la Abolición del Trabajo infantil (IPEC)</li> </ul>

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Por otra parte, si bien los logros en materia de mortalidad materna registrada durante los años noventa fueron menores, los países iberoamericanos mostraron, en promedio, una reducción de 26% en esta tasa (de 153 a 114 por cada 100 000 nacidos vivos), destacándose los importantes avances de Bolivia, Colombia, Honduras y Paraguay. En esos avances fueron gravitantes las acciones

específicas en materia de mejoramiento de los servicios de salud y las destinadas a identificar los riesgos asociados al embarazo y a la resolución de emergencias obstétricas, pues la gran mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones del aborto, hemorragias, hipertensión e infecciones.

Recuadro I.3

### LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA (TMI) COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS Y LA ESTRATEGIA AIEPI

#### Magnitud y distribución de la mortalidad por enfermedades transmisibles

Estimaciones disponibles para el quinquenio 1995-2000 calculan en alrededor de 470 000 el número total de muertes anuales de niños menores de cinco años en los países de Iberoamérica. De estas defunciones, aproximadamente un tercio se deben a enfermedades transmisibles, lo que pone de manifiesto que constituyen aún un importante problema de salud en la infancia. Sin embargo, el peso de las enfermedades transmisibles como causa de mortalidad entre los menores de cinco años es diferente en los países: en Argentina, Costa Rica y Uruguay estas enfermedades son responsables de menos del 20% de las muertes de menores de cinco años. En cambio, en Bolivia y Nicaragua representan más del 55% de las muertes en este grupo de edad.

Si bien la mortalidad por enfermedades transmisibles ha disminuido en todos los países durante los últimos decenios, la velocidad de descenso de la mortalidad ha sido diferente, y los países en desarrollo que han logrado menores niveles de TMI son los que han mostrado un mayor descenso en la mortalidad por estas causas.

#### Perspectivas de control del problema y nuevas metas a alcanzar

El notorio descenso logrado por algunos países de Iberoamérica en la mortalidad por enfermedades transmisibles se debió a numerosos factores asociados; por una parte, al mejoramiento en las condiciones de vida de la población y, por otra, a la aplicación de intervenciones eficaces para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento exitoso de las enfermedades transmisibles en la infancia.

Estas intervenciones, así como otras que contribuyen a mejorar las condiciones generales de salud entre los menores de cinco años y sus familias, se encuentran actualmente consideradas dentro de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La estrategia AIEPI es la principal intervención propuesta para lograr una fuerte reducción en el número de muertes por enfermedades transmisibles en los niños menores de cinco años de edad, así como para lograr su crecimiento y desarrollo saludables, previniendo enfermedades

y mejorando las prácticas de alimentación, estimulación y cuidado en el hogar y la comunidad.

La estrategia contempla, por una parte, un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, que cubre las enfermedades y problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a los niños menores de cinco años. Por otra, comprende acciones para ser realizadas no sólo a través de la estructura de salud, sino que también incluye un componente comunitario dirigido a mejorar la capacidad de la familia y la comunidad en el cuidado y atención del niño en el hogar. De este modo, actúa tanto a través de acciones paliativas para reducir el riesgo al que el niño está expuesto cada vez que se enferma, como a través de acciones de prevención y promoción orientadas a mejorar la condición de salud del niño, haciéndolo menos susceptible a las enfermedades y disminuyendo el riesgo de contraerlas.

La aplicación de la estrategia AIEPI en una comunidad permite:

- Brindar a la población, a través de todo el personal de salud (institucional y no institucional, público o privado y otros), acceso a las medidas básicas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los

niños, así como información sobre su cuidado y atención, tanto cuando están sanos como cuando están enfermos (en este último caso, incluyendo el reconocimiento de los signos de alarma para la búsqueda precoz de ayuda fuera del hogar).

- Incorporar a otras personas que participan en la atención del niño menor de cinco años, incluyendo tanto personal institucional (gubernamental y no gubernamental) como voluntario, y a las propias familias, en la difusión del conocimiento necesario para mejorar las prácticas de cuidado y atención del niño en el hogar.
- Identificar otros problemas de salud de la madre y la familia

que pueden afectar la salud de la infancia y de la comunidad en general.

Dado que la estrategia AIEPI tiene un componente destinado a mejorar los conocimientos y prácticas de alimentación del niño, incluyendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de edad y la adecuada alimentación posterior, su aplicación puede contribuir, además, a disminuir el número de muertes de niños por desnutrición. Finalmente, la estrategia AIEPI también puede mejorar el control prenatal de las embarazadas, asesorarlas sobre el lugar más apropiado para el parto y sobre los cuidados durante el mismo, contribuyendo de esta manera a mejorar la cobertura y calidad de la aten-

ción perinatal, y repercutiendo sobre la mortalidad por esta causa.

La OPS/OMS han propuesto esta estrategia AIEPI como la principal herramienta para acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles y mejorar las condiciones de salud de la infancia, particularmente la de los grupos más vulnerables.

Sobre la base de la situación de la infancia a fines de la década de los 1990, la OPS/OMS ha estimado que brindándose acceso a la estrategia AIEPI, especialmente a los grupos de población más vulnerables en cada país, puede acelerarse el ritmo de disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles y lograrse una disminución de 100 000 muertes de menores de cinco años para el año 2002.

---

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

### 3. Mayor acceso al agua potable y al saneamiento

Los logros anteriores responden en gran parte a los avances relativos al acceso de la población al agua potable. Hacia 1990, la cobertura en la provisión de agua potable y servicios asociados al saneamiento ambiental era bastante heterogénea. Algunos países habían obtenido significativos logros en el suministro de agua potable, especialmente en áreas urbanas; en otros, los servicios cubrían sólo a una proporción reducida de la población y eran intermitentes y de baja calidad. Los servicios de alcantarillado eran aun menos extendidos, y no se había generalizado el tratamiento de aguas servidas: se estimaba que menos del 10% de los sistemas de alcantarillado tenían plantas de tratamiento, y sólo entre 5% y 10% de las aguas residuales eran procesadas, aunque frecuentemente de manera inadecuada (OPS/OMS, 1992). Además, como resultado de las grandes concentraciones de población, en muchos lugares de la región el caudal de

aguas residuales que se descarga excedió la capacidad natural de descomposición y dispersión de los cursos de agua que lo reciben, con su consiguiente degradación y aumento de las concentraciones de bacterias coliformes, principal origen de las enfermedades intestinales. La mejora en la prevención de tales factores de riesgo ha sido vital para disminuir la prevalencia de éstas y otras enfermedades que, además de la alta mortalidad infantil que producen, son causa de elevadas tasas de ausentismo escolar y laboral.

En lo que se refiere al acceso al agua potable, se lograron importantes avances. La disminución del porcentaje de población sin acceso durante la década alcanzó al 50% como promedio (de 31% a 16%), considerada la población urbana y rural de los países. La meta de reducción de 25% establecida para los países de la región se

Recuadro I.4  
**OPCIONES DE INVERSIÓN PÚBLICA EN AGUA Y SANEAMIENTO**

La elección de cómo invertir los limitados recursos disponibles en un sector representa uno de los mayores retos para los formuladores de políticas. Dos evaluaciones recientes ofrecen datos regionales actualizados que ilustran las opciones disponibles y los tipos de factores que se deben considerar. La evaluación de Agua y Saneamiento Ambiental (ASA) conducida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró el entorno fiscal y político de los encargados de tomar decisiones:

- **Recursos disponibles:** Para agua urbana: 7.63 dólares per cápita por año (4.8 dólares provenientes de recursos nacionales, 2.83 dólares de recursos externos). Para agua rural: 4.23 dólares per cápita por año (2.64 dólares provenientes de recursos nacionales, 1.59 dólares de recursos externos). Para saneamiento urbano: 3.07 dólares (1.88 dólares provenientes de recursos nacionales, 1.19 dólares de recursos externos). Para saneamiento rural: 0.24 dólares (0.24 dólares provenientes de recursos nacionales, 0.00 dólares de recursos externos). Estas asignaciones reflejan los recursos disponibles y la decisión

política de cómo distribuirlos entre ambas zonas.

- **Alternativa tecnológica/costos de conexión:** Los costos de conexión a los sistemas de agua urbanos variaron de 37 a 142 dólares, dependiendo de la tecnología usada, y los costos de saneamiento urbano oscilaron entre 42 y 196 dólares. En áreas rurales, lo hicieron entre 28 y 121 dólares para agua y 42 y 121 dólares para saneamiento. Por la misma inversión se pueden realizar tres a cinco veces las mismas conexiones, pero la contabilidad, conveniencia técnica y aceptabilidad pueden variar.
- **Costos para los usuarios:** Los cobros por los servicios de agua a los usuarios no fueron suficientes para cubrir los costos de operación y mantenimiento en casi la mitad de los países iberoamericanos. Si bien ello crea la necesidad de subsidios públicos, éstos pueden ser el único recurso para las personas de escasos ingresos.
- **Opciones de inversión diferida:** Sólo 14% de los sistemas de saneamiento tratan el agua que in-

gresa a los alcantarillados. Esta agua «residual» no tratada se descarga directamente a los ríos y océanos, con posibles riesgos para el ambiente, la salud pública, el turismo y la pesca.

- **Privatización de facto en zonas periurbanas:** En muchas áreas urbanomarginales que no cuentan con agua pública, los residentes pueden pagar hasta 10 veces el precio público a los vendedores privados.
- **Opciones de inversión frente a opciones de mantenimiento:** Debido al mantenimiento deficiente y a la obsolescencia de muchas redes de distribución, se pierde 36% del agua que ingresa a los sistemas por tuberías en las principales ciudades.

Una lección del decenio de 1990 es que un movimiento ligero en un indicador, como el agua potable, no necesariamente constituye un fracaso. Las alternativas son complejas, las demandas intensas y las decisiones no son obvias. Por ello, los aumentos de cobertura en agua y saneamiento alcanzados en la década representan logros notables.

**Fuente:** Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDHE) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Informe regional de las Américas sobre los avances hacia las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia y los Acuerdos Regionales, 1990-2000, 2000.

cumplió tanto al considerar el promedio simple como el ponderado de las cifras de los países, esto es, tomando en cuenta la importancia relativa de la población beneficiada. En este último caso, y pese al leve deterioro de Brasil —cuya población representa alrededor de 35% del total

de Latinoamérica— la reducción fue de 27%. Este logro resulta aún más notable si se considera la mejora de la cobertura en zonas rurales de algunos países, aunque a ritmo algo menor que en las zonas urbanas.

En cuanto a la cobertura de acceso a saneamiento básico, los niveles alcanzados en la década son menores, tanto porque los países han priorizado el acceso de la población al agua potable como porque las inversiones que requieren esos servicios son más elevadas (plantas de tratamiento de desechos, sistemas de evacuación, sistemas de canalización y filtrado, entre otros). Si bien la disponibilidad de agua potable reduce en forma importante el riesgo de morbilidad de la población infantil, la ausencia de servicios de eliminación de excretas lo mantiene, debido a: i) la contaminación directa o indirecta de

los cursos naturales de agua, y ii) la contaminación del medio ambiente inmediato a la vivienda, que facilita el contacto de los niños con las fuentes de enfermedades. Con todo, los avances en esta materia fueron importantes durante la década, al punto que, con la excepción de un país, todos lograron la meta fijada de reducción de 17%, con mejoras más significativas en las zonas rurales que en las urbanas, aunque ello, en parte, puede reflejar que esta meta de reducción homogénea no estuvo bien calibrada según las posibilidades reales de avance que tenían los países.

---

#### 4. Logros en salud materna, en atención prenatal y del parto

Aunque el mejoramiento de las coberturas de agua potable y el saneamiento de calidad adecuada disminuyen las fuentes de enfermedad, deben ir acompañados del acceso a los sistemas de salud y a programas de control de enfermedades evitables, originadas por el contagio, la transmisión intrauterina o las malas condiciones de salud de la madre. Por ejemplo, la anemia por deficiencia de hierro (niveles de hemoglobina en la sangre por debajo de 12 gramos/100 ml) afecta a las mujeres embarazadas un 50% más que a las mujeres no embarazadas. En relación con ello, un logro importante es que la mayoría de los países iberoamericanos cuentan con programas de suplementación de hierro (habitualmente a través de la fortificación de la harina de trigo y de la harina de maíz) para madres embarazadas y niños pequeños.

Aunque no se dispone de información suficiente para evaluar los avances en materia de atención prenatal por personal capacitado, actualmente el 77% de las madres embarazadas se someten a este tipo de control. Es bien sabido que durante el embarazo, las infecciones del período perinatal, la ruptura prematura de membranas, la prematuridad, la hipertensión materna, el trauma obstétrico y la hipoxia perinatal contribuyen en gran medida a la

mortalidad neonatal temprana. Aunque en niveles más bajos, el acceso a control prenatal está relacionado con la atención de parto propiamente tal. Al registrarse una mejoría en el segundo, se puede conjeturar que en materia de control prenatal habrían ocurrido también importantes avances.

El parto atendido por personal especializado está fuertemente asociado con un manejo adecuado de dificultades de parto, así como con beneficios positivos para la supervivencia de la madre y el niño, y su salud futura. En promedio, el nivel de acceso a atención especializada de parto aumentó un 12%, y actualmente los partos controlados alcanzan al 83% de los nacimientos registrados (véase el recuadro III.1). En particular, son destacables los avances alcanzados en Paraguay, que duplicó con creces la atención especializada en el decenio, y en El Salvador, cuyo sistema de salud cubría sólo al 50% de las embarazadas al inicio de la década y que hoy atiende a alrededor del 90% de ellas. No obstante, el estancamiento en el descenso de la mortalidad materna, especialmente en 9 países donde continúa por encima de 100 por cada 100.000 nacidos vivos, constituye un importante desafío para la región.

## 5. Avances en materia de nutrición

Un problema que refleja el estado de desarrollo de un país en cuanto al crecimiento y nutrición de su población, a su sistema sanitario, sus políticas de salud sexual y reproductiva y a las condiciones generales de vida es el bajo peso al nacer (recién nacidos con menos de 2 500 gramos), íntimamente ligado a un mayor riesgo de enfermedad y muerte (OPS/OMS, 2000a). Se estima que actualmente un 9% de los recién nacidos de los países iberoamericanos presentan bajo peso al nacer, un porcentaje menor respecto del 10% de comienzos de la década. De todas maneras, este avance gradual permitió que la gran mayoría de los países alcanzara la meta de 10% fijada para el año 2000.

Otra clave para la reducción de la mortalidad, morbilidad y desnutrición infantiles fueron los avances en materia de lactancia materna. Se ha comprobado que los infantes amamantados en forma parcial presentan 4.2 veces más riesgo de morir que los amamantados en forma exclusiva, y que los no amamantados tienen 14.2 veces más riesgo de muerte, que en los dos primeros meses de vida sube a 23.3 veces más. La lactancia materna mejora además el desarrollo cognitivo y reduce los riesgos asociados a las infecciones respiratorias agudas, a la enfermedad diarreica y a las enfermedades crónicas de la infancia. Al inicio de la década, la prevalencia promedio de la lactancia materna exclusiva alcanzaba tan solo al 25% de los niños menores de tres meses. Hoy, esa prevalencia alcanza por lo menos al 38% de los niños menores de tres meses. A pesar de su relevancia, el período de mayor protección de la leche materna coincide con el momento en que la mayoría de las mujeres dejan de amamantar (el primer mes de vida) debido a la masiva introducción de sucedáneos de la leche de la madre.<sup>3</sup> En cuanto a lactancia materna complementaria, actualmente el 58% de los niños entre 4 y 23 meses de edad consumen leche

materna en forma complementaria a la ingesta de alimentos y líquidos, representando un aumento porcentual de 39% con respecto a los niveles iniciales (42% en el período 1986-1991).

Por otra parte, en la región se logró un importante avance en la reducción de la desnutrición crónica, medida por la cortedad de talla para la edad, que refleja un retardo en el crecimiento y es la forma más frecuente de malnutrición entre los niños pequeños, causada por las prácticas inapropiadas de lactancia materna, por la provisión de alimentos complementarios de bajo valor nutricional, y por las enfermedades crónicas.<sup>4</sup> En efecto, en la década se habría logrado una reducción de 32% en la desnutrición crónica (cuya prevalencia pasó de 29% a 19%), y en varios países, como los del Cono Sur, esa disminución fue cercana a 50%. Tanto países que habían alcanzado niveles relativamente bajos de desnutrición crónica a comienzos de los años noventa (Chile y Uruguay), como otros que exhibían niveles más altos (Bolivia, Panamá y República Dominicana), lograron progresos significativos, permitiendo que la región iberoamericana presente los niveles más bajos de desnutrición de todas las regiones en desarrollo.

En cambio, aparece ahora la malnutrición por micronutrientes (deficiencias de hierro, yodo, vitamina A, zinc, y otros, relacionadas con la predisposición a adquirir enfermedades infecciosas al alterar el sistema inmunológico), así como el sobrepeso, especialmente entre los niños y niñas mayores, al punto que la obesidad —factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer— ya representa un problema de salud pública cuya incidencia aumentará en los próximos años (PROMUDEH-UNICEF, 2000).

3 Cabe desatacar que las industrias de sucedáneos de la leche materna interfieren con las prácticas de lactancia natural y juegan un decisivo papel a través de estrategias invasivas de mercado sobre la población en general y sobre la población médica en particular (OPS/OMS, 2000a). A ello se ha agregado la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo, lo que dificulta la práctica del amamantamiento cuando no se otorgan las condiciones necesarias.

4 La prevalencia de acortamiento de talla duplica la de la insuficiencia ponderal (deficiencia de peso para la edad). Respecto de ambas mediciones se considera que la desnutrición es grave y moderada si afecta a los menores que se encuentran por debajo de dos desvíos estándar por debajo del promedio (de talla o peso para la edad, respectivamente) con relación a los patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



## 6. Logros en materia de inmunización y vacunaciones

Los avances en inmunización y cobertura de vacunación entre los niños y niñas menores de un año constituyen uno de los logros más espectaculares en el ámbito de la salud pública ya desde la década de 1980. Previo a esta década, los niveles de inmunización involucraban, en promedio, a alrededor de 20%, por lo que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó como meta la inmunización universal de la infancia para el año 1990, lo que en la práctica significaba lograr la vacunación completa de 80% de los niños y niñas de un año. Éste es un nivel de cobertura suficiente a partir del cual la interrupción de las vías de transmisión de las enfermedades inmunoprevenibles ofrece un cierto grado de protección, incluso a los niños no vacunados (OPS/OMS, 2000d).

Los principales esfuerzos se han centrado en la inmunización frente al sarampión (inyectando una sola dosis al infante alrededor de los nueve meses de edad), la tos ferina (pertusis), la difteria y el tétanos (DPT3, vacuna múltiple en 3 dosis), la tuberculosis (BCG, una sola dosis), la poliomielitis (VOP3, vacuna oral en tres dosis) y el tétanos neonatal (TT2, dos dosis de toxoide tetánico a las embarazadas). En este ámbito, en muchos países los logros fueron espectaculares y la cobertura de vacunación se acercó a la meta establecida en la CMFI, que propuso alcanzar el 90% de cobertura en el año 2000.

Los países iberoamericanos ya habían alcanzado alrededor de 82% de cobertura de vacunación completa de los niños de un año en 1990, y los avances registrados durante la década, de acuerdo a la información disponible, habrían permitido cumplir la meta para el año 2000 como promedio: en el año 1999, la cobertura de vacunación alcanzaba aproximadamente al 90% de los niños y niñas de un año. El avance más importante fue sin duda la cobertura de vacunación de la DPT3, que de los cuatro tipos de vacunas para niños de un año (TBC, DPT3, polio y sarampión) era la de menor cobertura en 1990 (78% en promedio). Con respecto a la prevención del tétanos neonatal, el nivel de cobertura promedio en los países iberoamericanos pasó de 39% de las embarazadas a cerca de 60%.

Según la OPS, la obtención y monitoreo continuo de la información epidemiológica sobre enfermedades inmunoprevenibles han sido y continúan siendo el punto clave de los programas de inmunización de las Américas. Al respecto, la colaboración de las agencias internacionales con los países se ha centrado en el establecimiento de una infraestructura que facilite el flujo constante de información epidemiológica para observar el progreso realizado y las inequidades en el control y la erradicación de enfermedades prevenibles por la vacunación, y en la determinación de la capacidad técnica, financiera y gerencial al nivel local para llevar a cabo actividades críticas de vigilancia y vacunación.

Recuadro I.5

### PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN Y ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Los programas nacionales de inmunización han tenido un gran resultado en la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles comunes de la infancia, y siguen siendo un componente decisivo de la estrategia de atención primaria de salud de los países. En 1971, la región fue la primera del mundo en alcanzar la meta de la erradicación de la viruela. En 1991 fue

notificado el último caso de poliomielitis y, tras un extenso examen de la información de vigilancia y laboratorio de toda la región, una comisión internacional la declaró libre de la transmisión de poliovirus salvajes en 1994. Para el año 2000, se reportaron solamente 1 746 casos confirmados de sarampión, la cifra más baja desde que se inició la iniciativa de erradicación de éste.

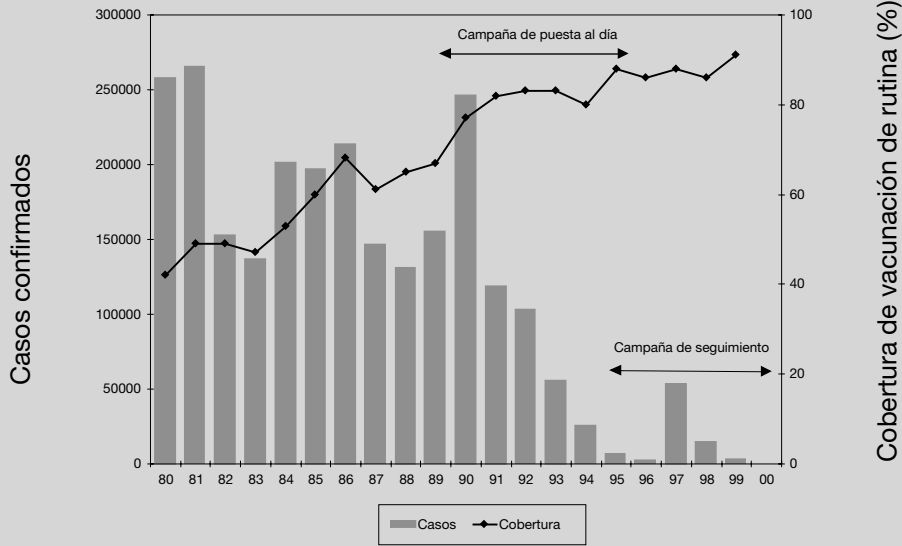
La estrategia desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para erradicar la transmisión de poliovirus salvajes se centró en la aceleración del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), con estrategias de vacunación focalizadas según las necesidades de cada país. Los elementos principales de la estrategia fueron la intensificación de las actividades de vacunación por medio de jornadas na-

cionales de vacunación, campañas casa a casa (operaciones de barrido) y la obtención y el mantenimiento de una cobertura de vacunación eleva-

da en los menores de 5 años. Se ha prestado atención especial al monitoreo continuo de las coberturas de vacunación a nivel de municipali-

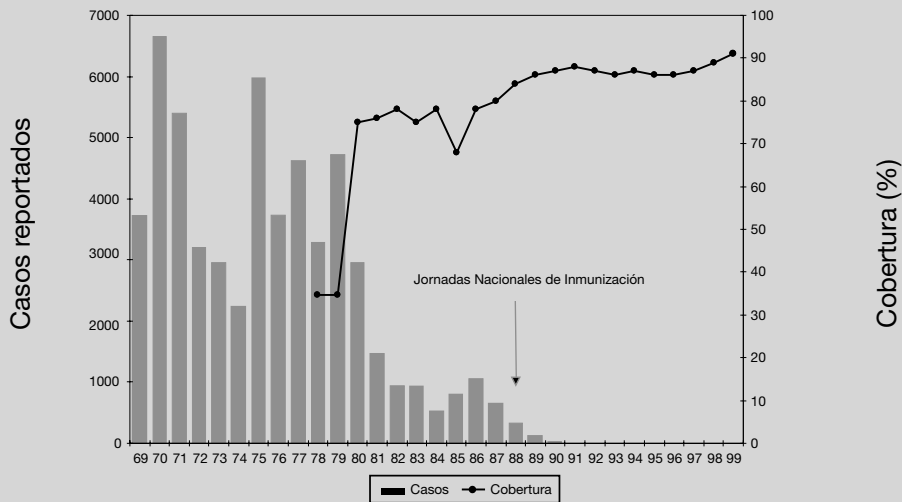
dades, a fin de alcanzar la meta de 95%, y se creó un sistema de vigilancia que ha permitido la detección precoz de casos de parálisis flácida aguda.

**COBERTURA DE VACUNACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS DE SARAMPIÓN EN LA REGIÓN 1980-2000<sup>a</sup>**



a Datos al 30 de diciembre de 2000: 3 091 casos confirmados.

**COBERTURA DE VACUNACIÓN CON VOP3 E INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS EN LA REGIÓN 1969-1999**



A nivel mundial los países continúan trabajando arduamente para alcanzar la meta de interrupción de la circulación del poliovirus salvaje. Estos avances, que han sido el producto de la acción colectiva de los países, la comunidad internacional y los beneficiarios por igual, han impulsa-

do a los primeros a promover nuevas iniciativas para el control y la erradicación de estas y otras enfermedades inmunoprevenibles y a introducir nuevas vacunas de importancia para la salud pública en los planes de vacunación de rutina. Para esto, la mayoría de los países de la región han

financiado crecientemente sus inversiones en inmunización con fondos nacionales, y en varios existen leyes que aseguran una línea presupuestaria para gastos recurrentes de vacunas e insumos críticos de los programas de inmunización.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS).

## 7. Avances en la educación

Junto con los progresos realizados en las condiciones de vida y la sobrevivencia de los niños en las primeras etapas de la vida, también se registraron mejoras en el aprestamiento escolar, en el acceso a la educación y, en general, en la adquisición por parte de los niños y adolescentes de calificaciones básicas para su incorporación como ciudadanos plenamente integrados a la sociedad. Los avances no fueron de la misma magnitud en cada uno de estos campos y los logros respondieron al distinto énfasis de las políticas llevadas a cabo en los países iberoamericanos. En primer lugar, aumentó la cobertura de la atención preescolar, aunque los niveles alcanzados son insuficientes (véase la sección III).

La evolución de las tasas de asistencia preescolar a niños de 5 años de 12 países muestra una tendencia sostenida al aumento del porcentaje de menores que ingresan al primer grado de la educación primaria habiendo tenido al menos un año previo de aprestamiento preescolar que, como se sabe, es uno de los factores que más influye positivamente en los logros de los niños a lo largo del ciclo primario. Ello se traduce en una disminución de la repetición y de la deserción (mejora de los indicadores de eficiencia interna) durante este ciclo y en ahorro de cuantiosos recursos públicos. Ya a mediados de los años noventa, en 9 de 12 países examinados, a lo

menos 2 de cada 3 niños de 5 años de edad tenían acceso a la educación preescolar en las zonas urbanas. En las rurales el progreso fue importante, aunque con niveles de cobertura mucho menores.

También se registraron avances en cuanto al acceso a la educación primaria: la mayoría de los países lograron mantener o aumentar las tasas de matrícula neta,<sup>5</sup> aproximándose a niveles del orden de 90%. Esto representa un logro importante si se considera que, debido a la reducción de la mortalidad infantil y de menores de cinco años, los sistemas educacionales han debido absorber un contingente significativamente mayor de alumnos que al inicio de la década, por lo que la mantención de los niveles de cobertura de la educación primaria implica un notable aumento absoluto de la matrícula y un volumen creciente de recursos públicos, dado que no menos de 75% de la educación básica gratuita es provista por el Estado.

Las mejoras en la cobertura de la educación primaria en los años noventa, sumadas a los avances realizados en las décadas pasadas, permitieron que la mayoría de los países alcanzaran la meta establecida para el año 2000, que propuso que al menos 80% de los niños y niñas terminen el 5° grado de la primaria. Más aún, un examen de

5 Es preciso destacar que el indicador de acceso universal a la educación básica (tasa neta de matrícula primaria) no resulta suficiente para evaluar los logros en este ámbito, debido a la falta de oportunidad de la información y de datos en algunos países.

la situación actual basado en el término de un ciclo básico de 6 años de educación revela que en la mitad de los países de la región 9 de cada 10 niños terminan ese ciclo con no más de dos años de rezago, considerada la edad oficial de ingreso a la primaria en cada país.<sup>6</sup> Los progresos en cobertura y término de la primaria fueron mayores en la primera mitad de la década de los años noventa (de 60% a 76%), período que coincidió en la mayoría de los países con una fase de mayor crecimiento económico, lo que les permitió elevar el gasto público (por beneficiario) en todos los niveles de educación y, al mismo tiempo, disminuir las tasas de deserción escolar entre los niños y niñas de hogares de estratos medios y bajos.

A medida que se elevó el acceso a la educación primaria y aumentaron las probabilidades de que los niños completaran ese ciclo, se expandió la matrícula en la educación secundaria, especialmente en los países iberoamericanos de mayor nivel de ingreso por habitante (Argentina, Chile, Costa Rica, España, Portugal y Uruguay). En los países de ingreso relativamente menor, el aumento de la matrícula en la educación secundaria fue significativo, pero a partir de niveles muy bajos. Entre 1990 y 1997, la tasa bruta de matrícula en el segundo nivel de enseñanza se elevó de 54% a 61% como promedio en 16 de los 21 países iberoamericanos.<sup>7</sup> Sin embargo, en la mayoría de los países los jóvenes no completan la educación secundaria, logro que constituye actualmente el umbral educativo mínimo para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa. En Iberoamérica, más de la mitad de los jóvenes abandonan la educación antes de completar el ciclo secundario (CEPAL, 1998, cap. IV).

El progreso durante la década pasada se tradujo en un aumento del promedio de años de educación formal entre los jóvenes de 15 a 24 años. Ello fue acompañado por una disminución del analfabetismo adulto, cuya tasa refleja el logro acumulado de los programas de educa-

ción primaria y de alfabetización de adultos. En 15 de los 21 países iberoamericanos el analfabetismo masculino se redujo en forma importante o moderada (de 13% a 11% en promedio), lo que representa una baja de 16% o más con respecto a las tasas registradas a comienzos de los años noventa, y 16 países registraron una reducción del analfabetismo entre las mujeres de 15 y más años de edad de una magnitud incluso mayor (de 17% a 14%), lo que posiblemente refleja los crecientes esfuerzos por incorporar la dimensión de género en las políticas públicas.

Finalmente, cabe destacar los esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad y equidad de la educación en Iberoamérica. Con ese fin se emprendieron importantes reformas educativas en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Con distinto énfasis en los países, estas reformas han buscado una mayor continuidad educativa de niños, niñas y jóvenes con vistas a lograr en plazos breves la cobertura universal en la educación secundaria; aumentar decididamente la calidad de la educación; reducir las desigualdades de acceso y lograr mayor equidad de oportunidades educativas; adecuar los sistemas educativos a las exigencias productivas y a la competitividad global; y reforzar el papel de la educación para el ejercicio de la ciudadanía moderna (CEPAL, 2000b).

Un indicador de los esfuerzos realizados en este ámbito es el notable aumento del gasto público en educación: entre 1990-1991 y 1996-1997 éste se elevó de 3% a 3.8% del producto interno bruto (PIB) y, en valores absolutos, creció casi 40%. Gran parte de este incremento se orientó a reducir la brecha entre las remuneraciones de los maestros y las de otros trabajadores calificados del sector público, con el propósito de mejorar la calidad de la educación pública en beneficio de los estratos medios y bajos.<sup>8</sup>

6 Esta evaluación, realizada sobre la base de cifras comparables originadas en tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los países, resulta más adecuada que aquella que toma como base el indicador de haber completado el 5° grado del ciclo primario, referido sólo a la población que ingresó al primer grado, y no al total de población infantil. Aquélla da cuenta de la eficiencia interna del sistema educativo, pero no de la universalidad del término de la primaria y que toma como base el número de años de educación cursados por todos los niños y niñas de cierta edad.

7 Estos promedios excluyen las cifras de España, Honduras, Portugal, República Dominicana y Venezuela (CEPAL, 2000a).

8 Entre 1990 y 1997, la remuneración de los docentes en ocho países iberoamericanos creció a un ritmo anual de entre 3% y 9%, según el país, lo que representa entre 70% y 80% del incremento del gasto en educación. Los incrementos fueron notables en Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, y países en los que el salario por hora de los maestros de establecimientos públicos aumentó a ritmos anuales de 7.8%, 4.0%, 7.8% y 9.5%, respectivamente (CEPAL, 1999).

---

## 8. Progresos en la erradicación del trabajo infantil

Los avances en relación con el objetivo de erradicar el trabajo infantil fueron apreciables. Hacia principio de la década de 1990, prácticamente se desconocía la magnitud del fenómeno o no se le prestaba la atención necesaria. Con excepción de Brasil (que inició las primeras acciones en 1992), la mayoría de los países empezaron a definir lineamientos de política nacional recién a partir de 1996, con el apoyo técnico del Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Los esfuerzos realizados se tradujeron en avances muy significativos en diversos ámbitos en un plazo relativamente breve. Se concretó una amplia movilización regional, con la participación de los países en las Conferencias internacionales sobre el trabajo infantil celebradas en Amsterdam y Oslo y la incorporación del tema en las reuniones americanas sobre infancia y política social realizadas en Chile (1996), Perú (1998) y Jamaica (2000). Se realizaron reuniones regionales de empleadores y trabajadores, de ministros de trabajo y una Reunión Iberoamericana Tripartita de Nivel Ministerial sobre Erradicación del Trabajo Infantil (Cartagena, 1997) que fijó por primera vez una posición homogénea de todos los países frente al tema del trabajo infantil. Ese proceso culminó en la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en Panamá (noviembre, 2000), donde se situó la erradicación de la explotación laboral infantil como eje estratégico en las agendas de infancia para la próxima década.

En materia de desarrollo institucional, hacia fines del 2000, 17 países de la región habían firmado acuerdos con el programa IPEC de la OIT, creándose comisiones nacionales para la erradicación del trabajo infantil en las que participan cerca de 300 instituciones públicas, representantes de empleadores, trabajadores y organizaciones no gubernamentales. Asimismo, se lograron avances im-

portantes en el desarrollo de planes nacionales frente al trabajo infantil en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Honduras. Especial referencia merece la aprobación de un plan subregional en el ámbito del Mercado Común del Sur (Mercosur) frente al trabajo infantil, que fijó un marco común de integración en aspectos estadísticos, normativos, de inspección laboral y de políticas públicas.

En lo concerniente al marco normativo, cabe destacar que la legislación en materia de trabajo infantil en Iberoamérica era dispersa y contradictoria con las normas internacionales, tanto al nivel de la Convención sobre los Derechos del Niño, como de los convenios fundamentales de la OIT. En pocos años, se logró que prácticamente la totalidad de los países convinieran fijar la edad mínima de admisión al empleo en 14 o 15 años de edad y en 18 años para sus peores formas o trabajos peligrosos. Todo ello se ha concretado en que 20 países de la región ya han ratificado el Convenio 138 de la OIT y 15 países ratificaron el Convenio 182 para la eliminación de las peores formas de trabajo infantil. Se puede afirmar por tanto que en el próximo bienio se habrá logrado que toda la región iberoamericana tenga un marco normativo homogéneo y adaptado a los estándares internacionales.

A pesar de la inexistencia de metas cuantitativas para los años noventa, los indicadores cualitativos en materia de trabajo infantil en los últimos años presentan un panorama alentador para la próxima década, pues se avanzó con rapidez en la creación de un entramado institucional y normativo, en la movilización social y en la definición de metodologías prácticas de intervención integral para la eliminación del trabajo infantil en sus formas más extremas. Además, se avanzó en el mejoramiento de la información para el diagnóstico y el diseño de políticas.<sup>9</sup>

---

9 Once países de la región han elaborado informes nacionales sobre la situación del trabajo infantil, y se están desarrollando diagnósticos específicos para la identificación de niños y niñas trabajadores en sectores de alto riesgo: cohertería (Guatemala), trabajo doméstico (Brasil, Colombia, Paraguay, Perú), ladrilleras (Ecuador, Perú), minería artesanal del oro (países andinos), agricultura (Centroamérica), explotación sexual comercial infantil (Centroamérica, Brasil, Paraguay). A partir del Programa de Información Estadística y de seguimiento en materia de Trabajo Infantil de la OIT (SIMPOC) se están confeccionando desde 1998 módulos específicos sobre trabajo infantil en las encuestas de hogares de todos los países centroamericanos, Brasil, Colombia y Ecuador.

## 9. Mayores esfuerzos en materia de gasto público social

Los progresos en los distintos ámbitos no sólo responden al reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y la necesidad de respetarlos, a las mejores condiciones médicas y tecnológicas para atenderlos, al mayor esfuerzo de los gobiernos y la colaboración internacional para realizar programas sostenidos en favor de la infancia, y al importante papel que ha desempeñado el establecimiento de metas y su seguimiento y evaluación. A ello hay que agregar la mayor cuantía de recursos públicos destinados a la inversión social, y en algunos casos la mayor oportunidad y eficiencia de esa inversión. No obstante, en este ámbito, los avances tuvieron un ritmo menor que el necesario, como se desprende de una revisión de las tendencias del gasto público social en los últimos años.<sup>10</sup>

El leve incremento del ingreso y la mayor prioridad asignada a la satisfacción de las necesidades sociales permitieron que el gasto público social (GPS) aumentara en casi todos los países iberoamericanos. Se estima que el GPS en un conjunto de 17 países se elevó de 10.1% a 12.4% del PIB entre comienzos de los años noventa y 1996-1997, con aumentos más significativos en los países cuyos niveles eran más reducidos a comienzos de la década pasada.<sup>11</sup> Los antecedentes para el período 1998-2000 revelan que, junto con la desaceleración del crecimiento, se atenuaron las tendencias positivas que venían registrándose en muchos países, e incluso en algunos casos se habrían producido leves deterioros. Sin embargo, en el conjunto de la región ello no se habría traducido en una reversión de la tendencia positiva de los primeros siete años de la década.

El esfuerzo realizado por los países para elevar la inversión social se expresa en la mayor prioridad macroeconómica del GPS, vale decir, en la fracción que representa dentro del PIB. Destaca al respecto Colombia, con un incremento de 7.2 puntos porcentuales del producto, Bolivia con 6%, Paraguay con 4.9%, Uruguay con 3.8%, Perú con 3.5% y Panamá con 3.3%. Ello se suma al hecho de que varios países (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Panamá y Uruguay) presentaron en el bienio 1996-1997 niveles de gasto social en relación con el PIB que fluctuaban entre 15% y 23%, valores muy cercanos, y en algunos casos superiores, a los de varios países desarrollados.

El progreso durante la década se resume en el hecho de que el GPS per cápita en la región superó, en la gran mayoría de los países, los valores previos a la crisis de la deuda. En 1996-1997, su promedio se elevó a 457 dólares, cifra bastante superior a los 331 dólares<sup>12</sup> registrados en el bienio 1990-1991, lo que refleja una tasa anual de crecimiento de 5.5%. Sin embargo, ese ritmo se desaceleró notablemente entre 1996 y 1997, hasta llegar a una tasa promedio anual de 3.3%, casi la mitad del 6.4% alcanzado en el período 1990-1995.

Importa destacar que los incrementos de gasto social por habitante a lo largo de la década de 1990 no estuvieron asociados solamente al mayor crecimiento económico. Con variaciones entre los países, los aumentos se explicaron en mayor medida por este factor (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), pero también por la expansión del gasto público (Costa Rica, Paraguay y República

10 Por sí misma, la magnitud del gasto público social no da cuenta de los recursos efectivamente invertidos por la sociedad en los niños. Una fracción del gasto en salud y en educación los beneficia directamente, como también aquella destinada a los programas sociales cuya población objetivo son los niños y adolescentes. En cambio, otra fracción de ese gasto, más difícil de estimar, los beneficia en forma indirecta a través del mejoramiento de las condiciones de vida de los hogares a los que pertenecen: gasto en vivienda, en seguridad social, y otros.

11 Los antecedentes cuantitativos sobre la evolución del gasto social se obtuvieron de la base de datos de gasto social que mantiene la División de Desarrollo Social de la CEPAL y no incluyen información respecto de España y Portugal.

12 Las cifras están expresadas en dólares de poder adquisitivo de 1997. En términos per cápita, los casos de Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú son destacables por el crecimiento relativo del gasto social por habitante, que se duplicó con creces entre 1990-1991 y 1996-1997. En Chile, El Salvador y República Dominicana se incrementó entre 60% y 70%, y en Uruguay en cerca de 50%. En los restantes seis países en que se elevó (Argentina, Brasil, Costa Rica, Guatemala, México y Panamá), los aumentos fluctuaron entre 15% y 40%. En Honduras y Nicaragua se mantuvo prácticamente el mismo nivel durante el período y en Venezuela el gasto social por habitante se redujo en 6% (CEPAL, 1999).

Dominicana), la mayor prioridad asignada al gasto social dentro del gasto público total (Bolivia, Guatemala, México y Perú), o a efectos combinados de estos tres factores (Colombia, El Salvador y Panamá) (CEPAL, 1999).

Otro hecho destacable por su efecto positivo en las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia es una clara reorientación de la inversión social hacia áreas con efectos más progresivos: 44% del incremento se destinó a educación y salud (25% y 19%, respectivamente) y 41% a seguridad social, cuya repercusión sobre la equidad es más ambigua. El énfasis en la elevación del gasto en capital humano fue relativamente más importante en los países con niveles de gasto medio y bajo, en los que —en promedio— 61% del aumento se concentró en los sectores de la salud y la educación. Las asignaciones más progresivas, cuyos beneficios se concentran en mayor medida en los hogares de menores ingresos, fueron las destinadas a educación primaria y secundaria, y a salud y nutrición, lo que sin duda influyó en los progresos reseñados en esta sección. Si bien ese mayor gasto no fue suficiente para reducir la alta concentración del ingreso, en los países de mayor nivel de GPS por habitante tendió a contrarrestar la tendencia a su aumento originada en el mercado de trabajo.

Una consecuencia importante es que la mayor cuantía de recursos destinados, en varios países, a la inversión social en la década de los años noventa, no sólo respondió a cierta holgura resultante del crecimiento económico. Varios países —y entre ellos los de menor GPS por habitante— hicieron también esfuerzos por incrementar

esos recursos, ya sea elevando la prioridad fiscal del gasto social (la fracción del gasto público destinada a gasto social) o mediante un incremento del porcentaje del PIB destinado a gasto público, sin disminuir la importancia relativa de los recursos asignados a lo social.<sup>13</sup> Este aspecto se retoma en la sección V.

De la revisión de los progresos realizados en Iberoamérica en favor de la infancia se desprende que si en el lapso de una década fue posible avanzar decididamente hacia el cumplimiento de los derechos de los niños y adolescentes, destinando a ese propósito más esfuerzos y recursos humanos y financieros, entonces el objetivo de lograr su cumplimiento pleno se puede alcanzar en un plazo razonable, menor que el que resultaría de una extrapolación lineal de las tendencias registradas en el pasado. Ello supone enfrentar los principales problemas y rezagos que se traducen en muertes innecesarias de niños, niñas y adolescentes, condiciones de vida inaceptables y muy bajas posibilidades de incorporarse a la vida activa como ciudadanos plenos, con lo cual se transmiten de una generación a la siguiente las desigualdades y la pobreza. Para enfrentar esos escollos es preciso reducir las disparidades entre los países de la región, así como las persistentes desigualdades socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género que en mayor o menor medida están presentes en todos ellos. Esto debiera traducirse en el establecimiento de metas a favor de la infancia y de la adolescencia que consideren expresamente el objetivo de reducir estas desigualdades. En la siguiente sección se proveen antecedentes sobre la magnitud y evolución de estas últimas.

---

13 El ritmo de aumento del gasto social en los países en que éste era relativamente más bajo fue, en promedio, de 10.7% anual, tasa que duplica la correspondiente a los países con mayor GPS por habitante (CEPAL, 1999).






## Sección II

# Las desigualdades en las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes en Iberoamérica

---

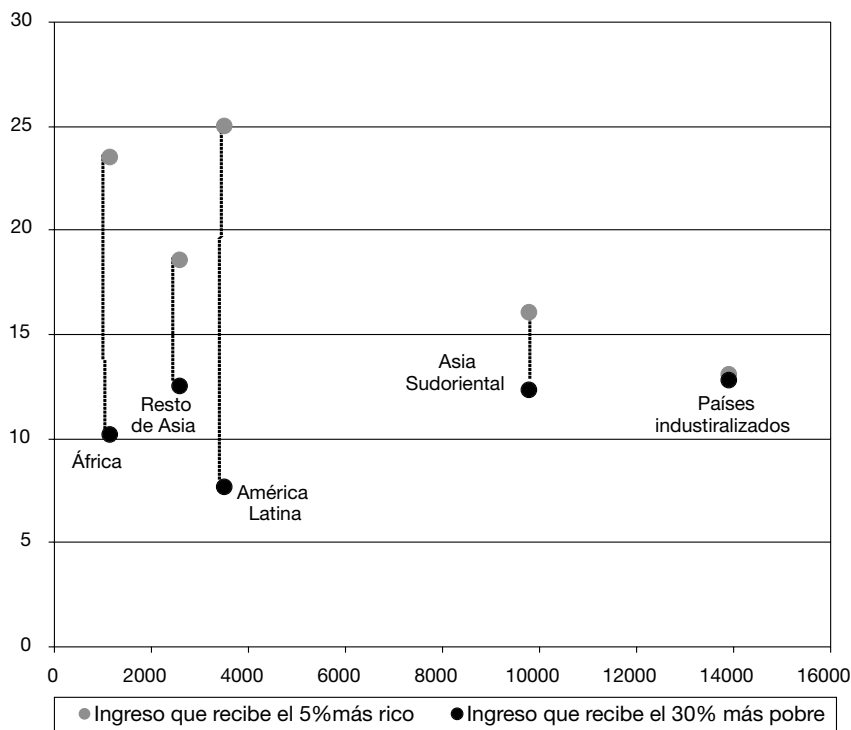


Los progresos alcanzados en los años noventa en las condiciones de vida de la población infantil y adolescente en Iberoamérica ponen en evidencia, al mismo tiempo, la persistencia de marcadas desigualdades entre los países y, particularmente, entre diferentes grupos sociales al interior de ellos. En efecto, prevalecen en la región desigualdades socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género. El avance hacia el logro de las metas de la CMFI no se ha traducido necesariamente en el cumplimiento cabal de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Estas inequidades, que se manifiestan desde las edades más tempranas, se reproducen en la vida adulta y se transmiten a las generaciones siguientes, lo que contribuye a explicar la persistencia de la elevada desigualdad socioeconómica de la región que, como un todo, sigue siendo la más desigual de las regiones del mundo (véase el gráfico II.1).

Esta desigualdad, en un continente caracterizado por el bajo nivel de ingreso por habitante de los países que lo integran, se traduce en insuficiencia de recursos de los hogares para satisfacer las necesidades más básicas de sus miembros y se expresa en altos niveles de pobreza y de miseria. De hecho, no obstante que durante la década de 1990 se logró un cierto avance en materia de pobreza, hacia el año 1999 ésta afectaba a alrededor del 44% de la población (excluidos España y Portugal), unas 211 millones de personas de un total cercano a 483 millones de

habitantes. La evolución de la pobreza durante la década pasada indica que si bien en algunos países se redujo su incidencia, ella no permitió disminuir el número de niños, niñas y adolescentes que viven en esa condición. Entre 1990 y 1999, el total de menores de 20 años en pobreza en el conjunto de la región habría aumentado de 110 a 114 millones: en Iberoamérica, la población infantil y adolescente sigue siendo la más afectada por la pobreza y la indigencia.

Gráfico II.1  
**DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE AMÉRICA LATINA  
 EN COMPARACIÓN CON EL RESTO DEL MUNDO**



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *América Latina frente a la desigualdad. Progreso económico y social en América Latina, 1998-1999*, Washington, D.C., 1998, p. 13.

## 1. Desigualdades en la esperanza de vida<sup>1</sup>

No obstante los avances logrados en los años noventa, la distribución del estado de salud de la población y de su acceso a los servicios de salud entre diferentes grupos socioeconómicos deja a los estratos más vulnerables en una situación de creciente desventaja; no han disminuido las disparidades entre e intrapaíses.

Probablemente el indicador que resume de mejor manera las condiciones de vida de una sociedad es la esperanza de vida al nacer que, durante la última década, como ya se ha mencionado, aumentó en todos los países iberoamericanos. Aún así, esta esperanza media de vida,

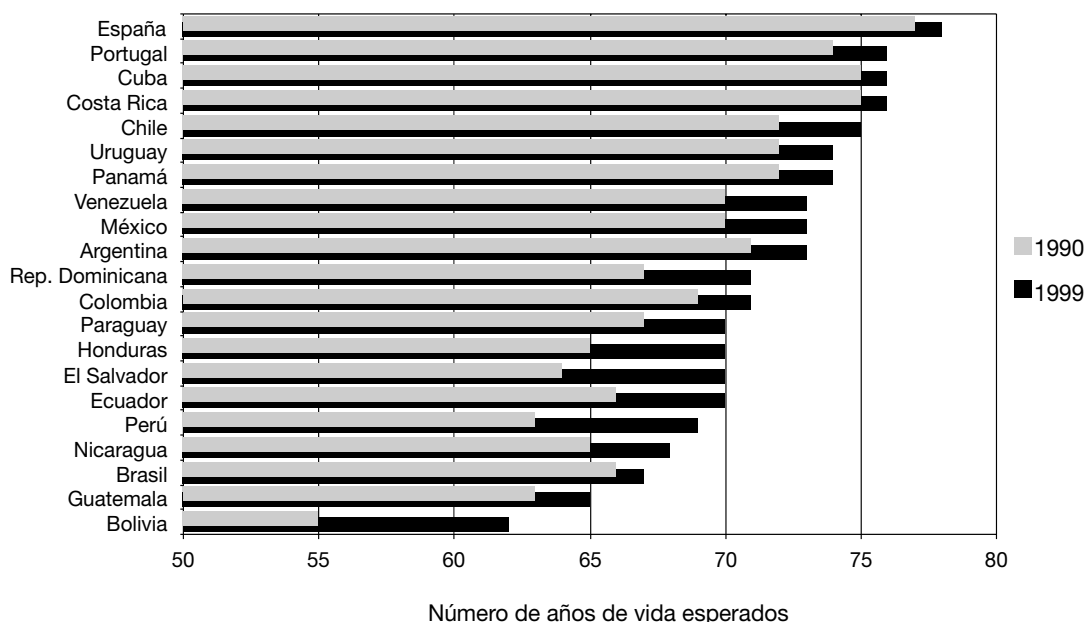
que casi alcanzó los 71 años a fines de la década, sigue siendo siete años más baja que la que prevalece en los países más desarrollados. Pero este promedio es, además, engañoso, pues existen grandes diferencias entre los países de la región: mientras que en cinco de ellos la esperanza de vida al nacer se ubica entre 75 y 78 años, hay otros cinco países en los que, quienes nacen, sólo esperan vivir entre 62 y 68 años. La verdadera tragedia no reside solamente en que los habitantes de unos países vivan entre 10 y 15 años menos que quienes nacen en otros, sino en qué condiciones hay que vivirla para morir 10 o 15 años antes.

1 Esta sección se apoya significativamente en OPS/OMS (1999), y en UNICEF (2000a).

La esperanza de vida al nacer subió y las tasas de mortalidad para casi todos los grupos de edades mostraron reducciones significativas. La tasa de mortalidad infantil bajó de 125 en 1950-1955 a 36 en 1995-2000. Sin embargo, las mejoras en la esperanza de vida han ido a

un ritmo menor que en otras regiones del mundo. A comienzos de los años sesenta la esperanza de vida en los países latinoamericanos era 57 años y en los países del este asiático, 51 años. Hoy la esperanza de vida en ambos grupos es prácticamente la misma.

Gráfico II.2  
EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER,  
1990 - 1999



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la Infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001, Nueva York, 2001.

## 2. El derecho de los niños a la vida y a la salud

El derecho a la vida es el principio fundamental de la existencia social y de la convivencia. Implica para todos los seres humanos la posibilidad de vivir una vida larga, saludable y satisfactoria. Se expresa colectivamente en una mayor esperanza de vida y, en particular, en una menor tasa de mortalidad infantil y de adolescentes.

El derecho a la salud va de la mano del derecho a la vida. Para los niños, niñas y adolescentes, el derecho a la

salud significa, en primera instancia, tener una madre saludable durante la gestación y el alumbramiento, y, además, vivir en un ambiente que les permita conservarse física y mentalmente saludables, no enfermarse de afecciones prevenibles, tener acceso a agua potable y saneamiento básico, y en caso de enfermedad, ser atendidos de manera oportuna y eficaz. En otras palabras, la existencia de una oferta adecuada de servicios básicos es indispensable, lo que requiere de financiamiento adecuado.

Aunque a fines de los años noventa la proporción del gasto social respecto del PIB en muchos países excede los niveles previos a la crisis de comienzos de los años ochenta, estos niveles muestran importantes diferencias entre países, con algunos todavía muy por debajo de los niveles precrisis. Además, una parte importante de este gasto social se destina a financiar el aumento en los costos de la seguridad social, mientras que los gastos dirigidos a la inversión en capital humano han crecido, en muchos casos, menos de lo que las cifras agregadas parecen indicar.

A las disparidades existentes entre los distintos países, se agregan las que existen al interior de cada uno de ellos. La relación entre las disparidades socioeconómicas y las condiciones de salud en estos países denota grandes diferencias entre los niveles de salud de los grupos altos y bajos, ya sea que éstos se definan en términos de ingreso, de nivel educativo, de distribución espacial, de etnicidad, de género o de edad. La información disponible muestra que las disparidades en muchos casos se han ampliado. En Chile, por ejemplo, se estima que en las comunas con mejores condiciones de vida los años de vida potencial perdidos antes de los 65 años son de tan sólo 72 por cada mil habitantes; en tanto que esta pérdida alcanza los 157 por mil habitantes en las comunas más pobres (Concha y otros, 1997). En México, esta distancia entre los años de vida potencial perdidos antes de los 70 años varía entre 10 y 181 por cada mil habitantes en municipios con distinto grado de desarrollo (Lozano y otros, 2000).

Los países iberoamericanos han mostrado mejoras en las últimas décadas en casi todos los indicadores: esperanza de vida, mortalidad infantil y de menores de cinco años, prevalencia de enfermedades transmisibles, y cobertura de vacunación, entre otras. No obstante, tales avances han sido desiguales al interior de la región y no corresponden necesariamente al nivel de desarrollo alcanzado por los países: la disminución de la mortalidad infantil en países económica y políticamente tan diversos como Chile, Costa Rica y Cuba, pone en evidencia que muchos otros no han aprovechado su potencial para mejorar las condiciones de salud de su población.

El gráfico II.3, en que se muestra la relación entre la tasa de mortalidad infantil y el producto nacional per cápita de los países iberoamericanos, ilustra lo señalado. En efecto, entre el conjunto de países de ingreso comprendido entre 4 000 y 6 000 dólares, en dólares de poder adquisitivo de paridad (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela) hay diferencias de mortalidad infantil apreciables, del orden de 3 a 1.

Tanto la capacidad de las familias para proteger y promover el sano desarrollo de sus niños, como el carácter de las políticas públicas y la capacidad de gestión de la sociedad determinan la longevidad y la calidad de la vida humana. Los países de Iberoamérica que mejor garantizan el derecho a la vida de sus habitantes no han sido necesariamente los de mayor riqueza acumulada o mayor producto per cápita, sino los que asumieron colectivamente la decisión de proteger la vida. Tampoco son los de una determinada zona, sino que pertenecen a todas las subregiones: península ibérica (España), Sudamérica (Chile), Centroamérica (Costa Rica) y el Caribe (Cuba).

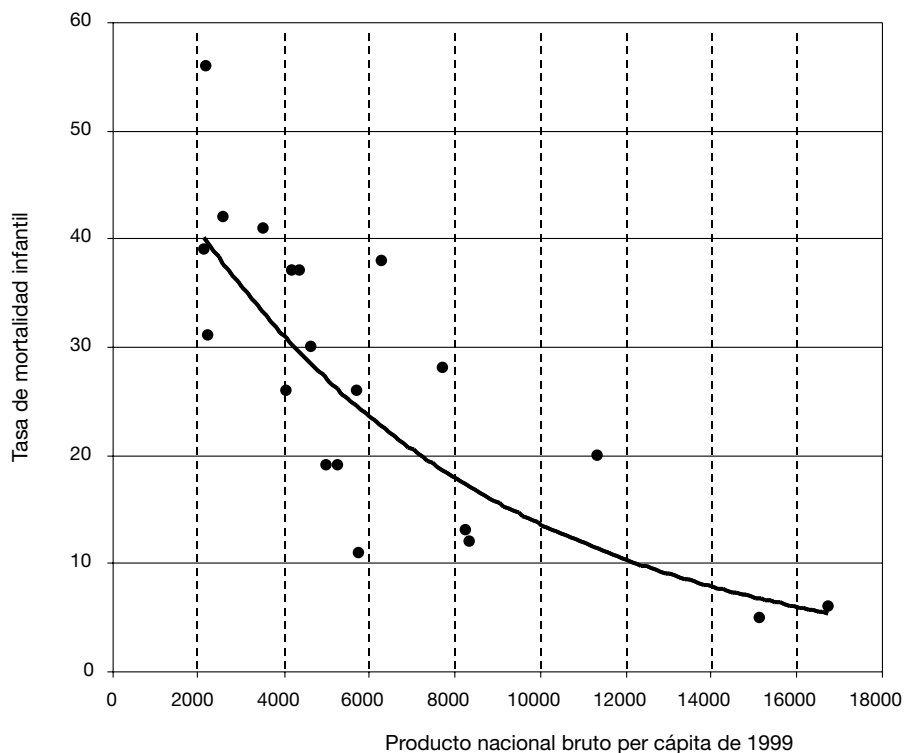
### **Diferencias de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años entre países**

La muerte de un niño que pudo haberse evitado es el mayor fracaso de una nación. Una muerte prematura muestra la incapacidad de la sociedad para proteger a sus miembros y genera, de manera permanente, grandes traumatismos familiares y comunitarios, económicos y sociales. A pesar de ello, cada año mueren en Iberoamérica cerca de 600 mil niños y adolescentes, cuyo fallecimiento podría evitarse en la mayoría de los casos. Las muertes prevenibles de niños y adolescentes pueden agruparse en tres categorías:

- Muerte por enfermedades prevenibles mediante la vacunación oportuna o que se contraen debido a desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, falta de agua potable e inexistencia de sistemas adecuados de disposición de excretas.
- Muerte por enfermedades que podrían tratarse gracias al acceso oportuno a servicios de salud de buena calidad.
- Muerte por violencia, bien sea por acción directa (homicidios) o por negligencia (accidentes).

En Iberoamérica mueren anualmente cerca de 500 mil niños y niñas menores de 5 años, de los cuales 130 mil tenían entre 1 y 4 años. La tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años en los países desarrollados es de 7 por mil, mientras que en Iberoamérica alcanza en promedio a 38 por mil. Las principales causas de muerte de los niños menores de cinco años son deshidratación por diarrea, enfermedades respiratorias, desnutrición y accidentes. También son causas importantes de muerte en este grupo de edad algunas enfermedades prevenibles por vacunación, como tos ferina, difteria, tétanos y sarampión.

Gráfico II.3  
**PRODUCTO NACIONAL BRUTO PER CÁPITA DE 1999 Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL CONJUNTO DE PAÍSES DE IBEROAMÉRICA**

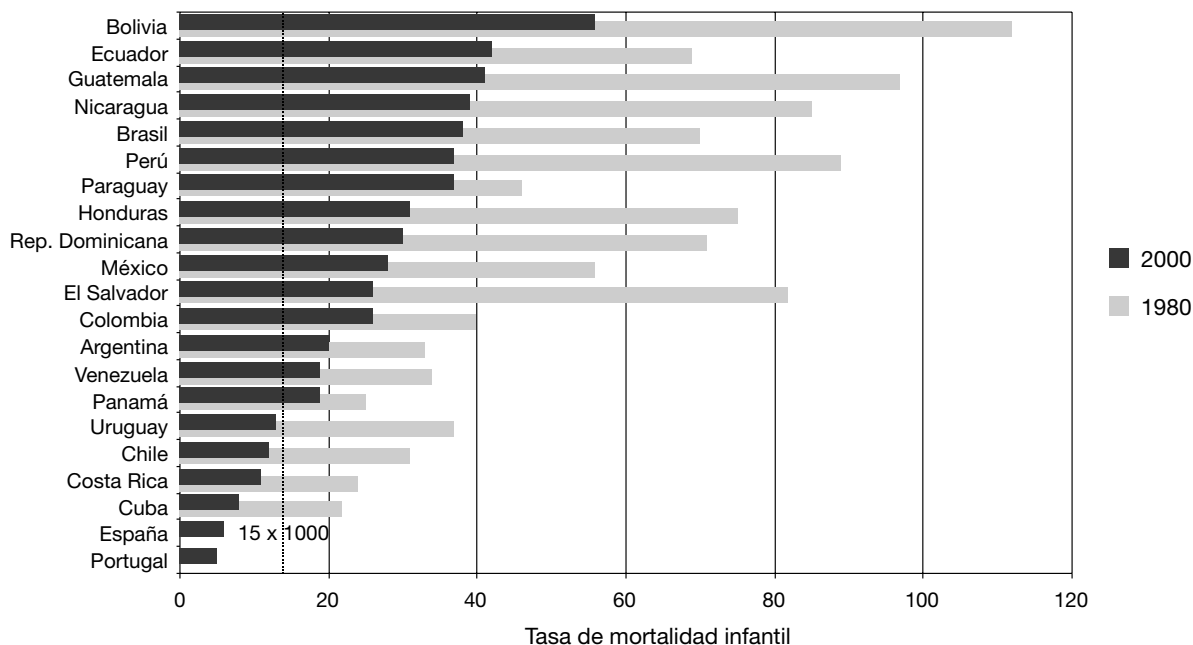


**Fuente:** CEPAL, División de Desarrollo Social.  
**Nota:** Regresión exponencial.

El mayor número de muertes evitables se presenta así entre los niños menores de cinco años y, entre éstos, en los menores de un año. Por eso, el primer requisito para que la vida sea larga, saludable y satisfactoria es que comience bien. Este buen comienzo de la vida de los niños de ambos sexos está relacionado con la nutrición, la salud y la educación de la madre, el cuidado médico del embarazo y el parto, una nutrición adecuada basada en la leche materna, servicios sociales básicos de calidad (salud, educación, agua potable y saneamiento) y un entorno familiar y social que facilite el desarrollo físico, intelectual, emocional y afectivo.

En los últimos 20 años, la mortalidad infantil en Iberoamérica se ha reducido a la mitad. Este hecho es un aliento y un reto. Aliento porque muestra el impacto efectivo de las acciones emprendidas. Reto porque enseña que es posible avanzar mucho más y pone de manifiesto que el esfuerzo de muchos países ha sido insuficiente. En efecto, la tasa de mortalidad infantil en Iberoamérica es en promedio de 33 por mil nacidos vivos, pero los expertos creen, sobre la base de la experiencia, que podría ser inferior a 15 por mil.

Gráfico II.4  
**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL,  
 1980 - 2000**



Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>). Datos de 1980: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Se evidencia así un patrón de mejora que se traduce en una brecha creciente entre los países de mayor y menor mortalidad infantil, de modo que las tasas cayeron más en aquellos países con tasas iniciales más elevadas, como Bolivia y El Salvador, mientras que las reducciones relativas fueron mayores en los países con menor mortalidad infantil. Sólo tres países iberoamericanos, además de España y Portugal, lograron reducir sus tasas de mortalidad infantil en una proporción de cuatro o más veces en el período que va de 1960-1964 a 1990-1994:

- Chile, de 109 a 14, casi 8 veces menos
- Cuba, de 59 a 10, casi 6 veces menos
- Costa Rica, de 81 a 14, casi 6 veces menos (OPS/OMS, 1999).

La mayoría de los países con tasas intermedias de mortalidad infantil en el período 1960-1964, lograron reducirla entre 2.5 y 3.5 veces en este lapso de 35 años, mientras que 3 de los 10 países que presentaban al inicio tasas superiores a 100, todavía mostraban esa trágica si-

tuación a mediados de los años noventa y los otros siete sólo la habían reducido en menos de 2.5 veces.

En consecuencia, de cada 30 niños nacidos vivos en Iberoamérica hacia 1998, uno murió antes de su primer cumpleaños. Esto quiere decir que hubo 370 mil muertes en el año (42 muertes por hora), que en su mayoría podrían haberse evitado con tecnologías de muy bajo costo. De cada cuatro muertes de menores de un año, tres son ocasionadas por enfermedad respiratoria aguda o por deshidratación diarreica que podrían haberse evitado mediante el suministro oportuno de sales de rehidratación oral, cuyo costo es ocho centavos de dólar. La gran mayoría de las muertes por causas respiratorias se hubieran evitado con mejor nutrición de los niños y, una vez iniciada la enfermedad, con atención médica oportuna. También son causas importantes de muerte infantil la inadecuada atención del parto y el bajo peso al nacer, frecuentemente relacionado con los embarazos de adolescentes o la desnutrición de la madre.

### Diferenciales de mortalidad intra países

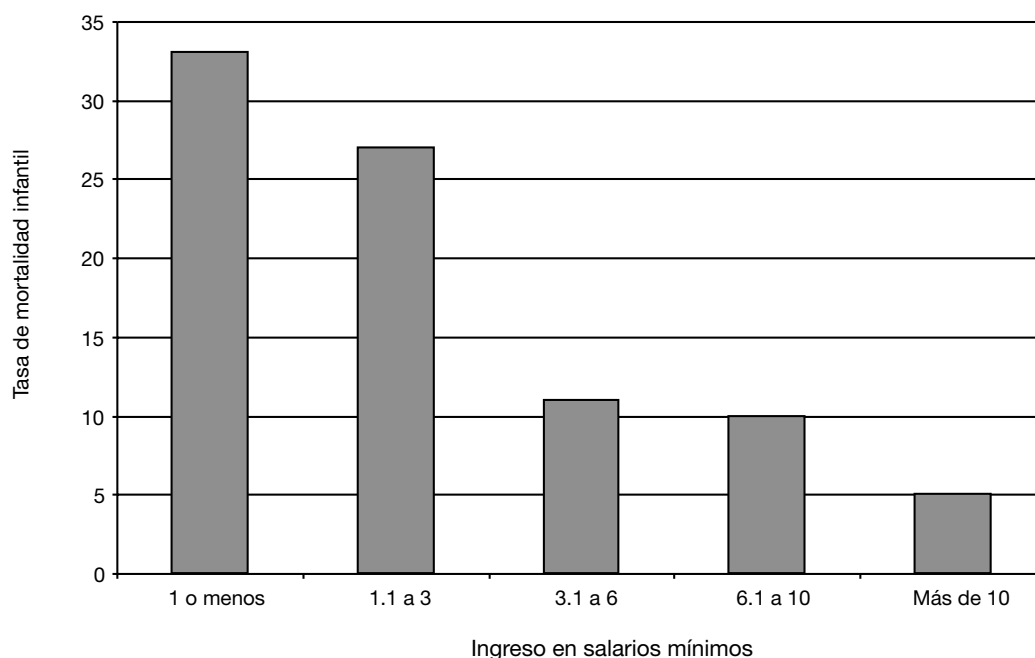
Los promedios nacionales tienden a ocultar las grandes disparidades que existen al interior de cada país. Un estudio sobre la mortalidad en edades de uno a cuatro años realizado en el sur de Brasil (Victora y otros, 1992), encontró que entre las familias con ingresos inferiores a 50 dólares mensuales la tasa de mortalidad en los niños que nacen con bajo peso es seis veces más alta que la de aquellos niños que pesaron más de 3 000 gramos al nacer, mientras que entre las familias con ingresos superiores a 150 dólares no se presenta ninguna diferencia de mortalidad según el peso al nacer. Visto desde otro ángulo, al analizar los niños nacidos con un peso adecuado, se encontró que la tasa de mortalidad fue cinco veces más alta en las familias de ingresos menores que en las de ingresos mayores.

En el caso del Perú, un estudio similar mostró que la mortalidad infantil en el quintil más pobre es cinco veces más alta que en el quintil más rico; la diferencia es aún mayor —siete veces— en el caso de la mortalidad de los

niños entre uno y cuatro años de edad. En el caso de Guatemala, donde la tasa promedio de mortalidad de los menores de cinco años era de 65 por mil en 1998, las diferencias eran significativas, empezando desde el 52 por mil en las zonas metropolitanas y el 56 por mil en la población no indígena, hasta llegar a los 69 por mil en las zonas rurales y a 79 por mil en la población rural indígena (PNUD, 2000).

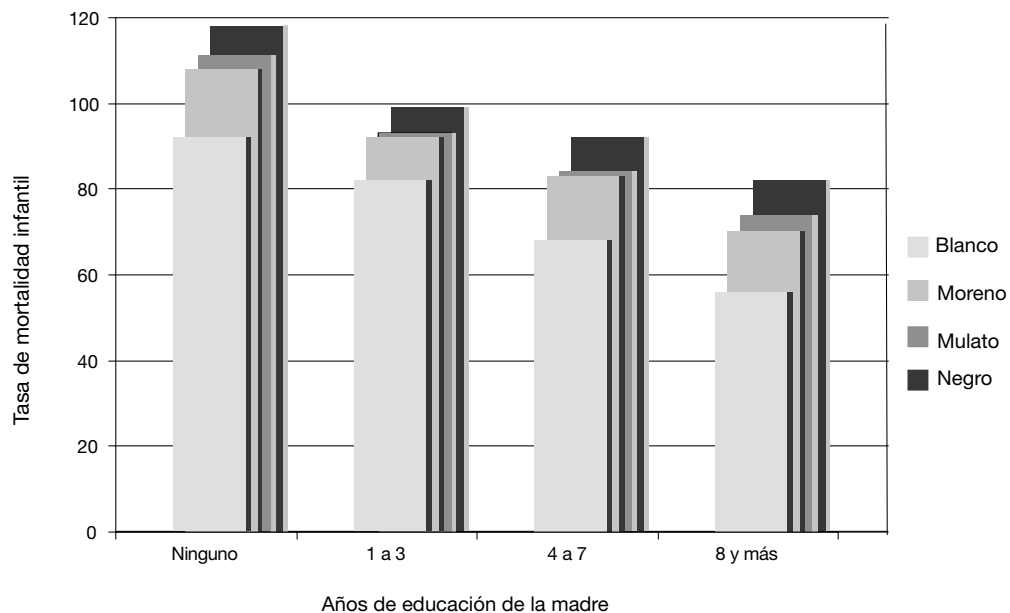
Los estudios existentes, como se indicó, tienden a confirmar que estos problemas se magnifican porque las brechas, en lugar de reducirse, parecen aumentar. En un estudio realizado en Barquisimeto, una ciudad mediana de Venezuela, al comparar el 10% de los barrios con peores y mejores condiciones de vida se encontró que la incidencia del bajo peso al nacer era prácticamente el doble: casi 14% en los peores barrios comparado con 7% en los mejores. La diferencia era incluso más marcada con respecto a los nacimientos de peso excesivamente bajo (menos de 1 500 gramos), que eran tres veces más frecuentes en los barrios con peores condiciones de vida (OPS/OMS, 1999).

Gráfico II.5  
**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NIVEL DE INGRESO FAMILIAR  
 PELOTAS, BRASIL  
 1993**



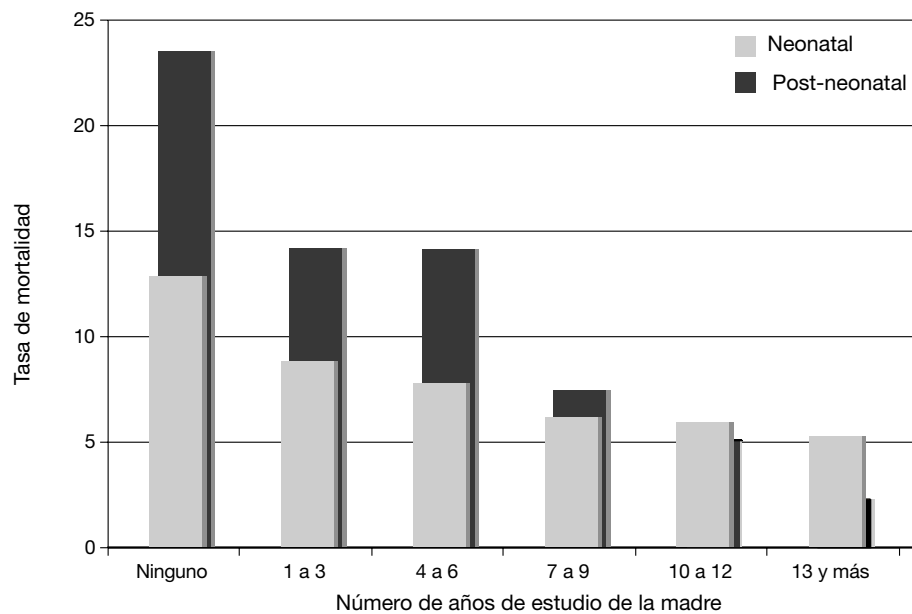
**Fuente:** OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.

Gráfico II. 6  
**MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE Y COLOR**  
**BRASIL, 1990**



Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.

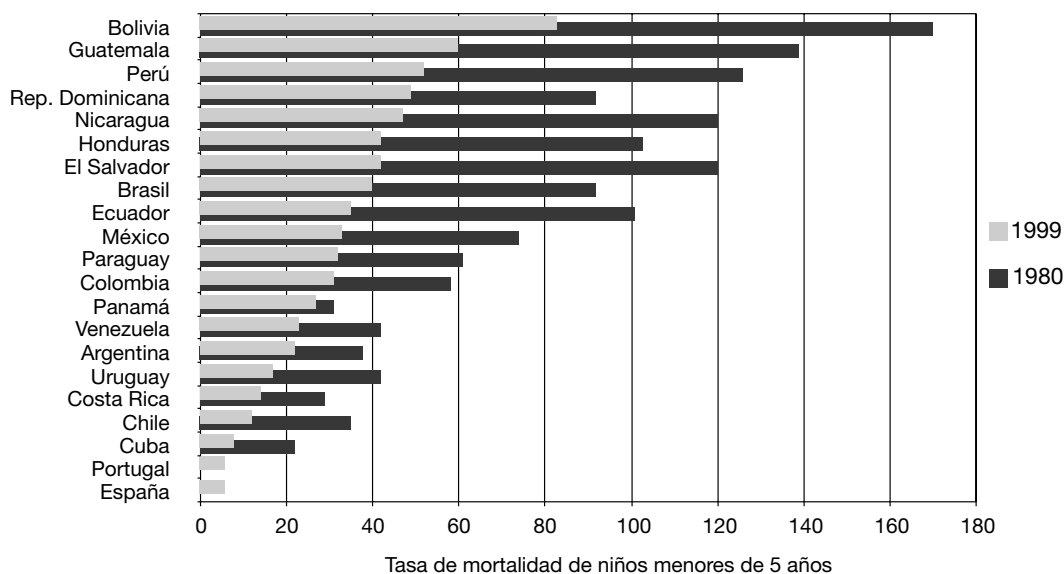
Gráfico II.7  
**MORTALIDAD NEONATAL Y POST-NEONATAL SEGÚN NÚMERO DE AÑOS DE ESTUDIOS DE LA MADRE**  
**CHILE, 1990 - 1995**



Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.



Gráfico II.8  
**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS**  
**1980 - 1999**



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001*, Nueva York, 2001 y datos de 1980.

Las desigualdades, y sus efectos en la salud, se marcan ya desde antes del nacimiento. En Perú, por ejemplo, un estudio mostró que mientras un 95% de las mujeres del quintil de ingreso superior recibieron cuidado prenatal con personal entrenado, sólo el 40% de las mujeres del quintil de menores ingresos tuvieron acceso a ese cuidado. En cuanto a la atención del parto, la diferencia fue aún más dramática, pues el 96% del quintil superior se compara con apenas un 15% para el quintil inferior. Resultados similares se obtuvieron en México para el período 1990-1996: el porcentaje de partos intra hospitalarios fue del 93% en las familias que vivían en las municipalidades que integraban el 10% de mayores ingresos y de sólo un 8% en las que vivían en el decil de las municipalidades más pobres (Lozano y otros, 2000).

En una ciudad del sur de Brasil, dos cohortes de niños —nacidos en 1982 y en 1993— presentaron los mismos niveles de disparidad entre los grupos de menores y mayores ingresos en casi todos los indicadores de salud. Mientras que la tasa de mortalidad infantil se redujo de 80 a 13 por mil en las familias con ingresos iguales o

menores a un salario mínimo mensual, en las familias del grupo de mayores ingresos la tasa se redujo de 33 a 5 por mil, de manera que, a pesar de la mejora general, se mantuvo en 2.6 la distancia entre los extremos (Victora, 1999).

Pero las desigualdades no sólo se reflejan en la mortalidad, sino también en el retardo del crecimiento de aquellos que viven. Un estudio realizado en Brasil en 1989 mostró que la prevalencia del retardo del crecimiento en niños de menos de 5 años era 30 veces más alta entre las familias cuyo ingreso mensual per cápita no superaba los 20 dólares que en aquellas cuyo ingreso superaba los 160 dólares: la tasa era 28.9% para las primeras y 0.9% para las segundas. Otro estudio sobre el retardo del crecimiento, realizado en 1996, señaló que estas tasas eran de 22.6% para las familias que no tenían bienes durables, comparado con 4.4% para las que tenían cuatro o más bienes durables (Olinto y otros, 1993: pp. 14-27). Los estudios indican que esta prevalencia del retardo del crecimiento se relaciona fuertemente con el nivel educativo de las familias: las tasas varían desde el 19.3% cuando la cabeza de familia no tiene ninguna educación formal, hasta el

3.4% cuando esa educación supera los 11 años. Esta correlación se presenta en todos los niveles de educación, lo que sugiere que cualquier aumento de la educación formal tendrá un impacto en la salud. La correlación, como es de esperar, es aun más fuerte al considerar el nivel educativo de la madre (NUPENS/USP, 1998).

Estas disparidades en las condiciones de salud que caracterizan a los distintos grupos socioeconómicos de los países iberoamericanos son, en parte, resultado de las particularidades propias de estos grupos: su ingreso — que a su vez depende del tipo de empleo o actividad productiva de las familias—, sus activos, su posesión de bienes durables, las características de la vivienda y de la zona en que viven. Pero estas disparidades resultan también del acceso desigual que tienen los distintos grupos a los servicios sociales —de salud, saneamiento, educación, transporte y comunicación.

La mortalidad infantil también se relaciona fuertemente con el nivel educativo de las madres, que está a su vez estrechamente correlacionado con el nivel de ingreso respectivo. Estudios realizados en Chile durante el período 1990-1995 muestran que las tasas de mortalidad neonatal varían desde 13.5 por mil para aquellas madres sin ninguna educación formal hasta 6 por mil para las madres con más de 13 años de educación formal. Las diferencias resultan aun más marcadas en términos de la mortalidad postneonatal, y fueron del 24.5 por mil y del 2.6 por mil para los mismos dos grupos de madres, es decir, 10 veces más altas para las madres sin educación que para las de mayor educación (Hollstein, Vega, Carvajal, 1998).

Muchas de estas disparidades socioeconómicas y de salud se traducen, también, en las desigualdades características de la distribución espacial de la población. Diversos estudios muestran cómo los niveles de salud de los países iberoamericanos presentan dramáticas disparidades entre regiones, entre poblaciones urbanas y rurales, y entre comunidades de distinto nivel de desarrollo. A partir de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) se aprecian, por ejemplo, las diferencias en las tasas de *retardo del crecimiento* que presentan los niños menores de cinco años en zonas urbanas y en zonas rurales. En algunos casos, el porcentaje de niños bajo los niveles estándar de desarrollo en zonas rurales es dos y media veces más alto que en las zonas urbanas, y en países como Perú y Guatemala, la prevalencia del *retardo del crecimiento* afecta a más de la mitad de los niños rurales de menos de cinco años (Macro International, 1996). En Brasil, entre 1975 y 1996 la prevalencia del *retardo*

*del crecimiento* se redujo casi cuatro veces en las regiones con mejor desempeño, pero sólo 2.7 veces en las peores, de manera que la razón que separa a ambos tipos de región, que era de 2 en 1975, pasó a más de 5 en 1996 (NUPENS/USP, 1998).

Las tasas de mortalidad infantil también reflejan las diferentes condiciones de vida que caracterizan a las distintas regiones o espacios geográficos de cada país. En la ciudad de Buenos Aires, la tasa de mortalidad infantil había bajado hasta 13 por mil en 1995, mientras que en algunas provincias argentinas todavía excedía de 30 por mil (OPS/OMS, 1998a). Si bien la mortalidad infantil cayó en un 40% en Brasil cuando se comparan los períodos 1977-1985 y 1987-1995, las brechas en mortalidad entre zonas, se han agrandado. Y si bien las tasas de mortalidad infantil descendieron en todas las regiones del país entre 1986 y 1996, la razón entre las tasas de mortalidad del Nordeste rural y el promedio nacional aumentó de 1.7 a 2 (NUPENS/USP, 1998).

Un estudio reciente en la ciudad de Rosario, Argentina, señaló con claridad las inequidades en el tipo de atención del parto de las mujeres con distintas condiciones socioeconómicas. Los niños que nacieron en hospitales públicos tuvieron, en promedio, un peso al nacer 200 gramos inferior al de los niños que nacieron en clínicas privadas, cuyo peso al nacer osciló entre 3 168 y 3 350 gramos. De la misma forma, la tasa de nacidos muertos fue de 11.1 por mil en los hospitales públicos, comparada con 3.8 por mil en las clínicas privadas. A pesar de que sus necesidades eran evidentemente mayores, las mujeres que fueron atendidas en los hospitales públicos recibieron suplementos de hierro y ácido fólico sólo en el 5.6% de los casos, comparado con el 44% de los casos en las clínicas privadas; se les prescribió antibióticos en el 4.8% de los casos, comparado con el 15.7% en el de las clínicas privadas; y recibieron otras vitaminas y suplementos minerales en el 0.3% de los casos, comparado con el 24.8% en las clínicas privadas (Belizan y otros, 2000).

### Diferencias asociadas al origen etnocultural

Las disparidades socioeconómicas, geográficas o regionales adquieren un carácter aún más intenso y complejo cuando afectan a poblaciones que, además, enfrentan problemas de exclusión por razones étnicas y culturales. En Iberoamérica, esto perjudica en particular a las poblaciones indígenas y afrocaribeñas, pero con mayor intensidad a las primeras.

Los pocos estudios existentes, aunque limitados, permiten apreciar la magnitud de este problema (Banco Mundial, 1993; Amaris, Flores y Mojica, 1992; Rivas, 1993). Para empezar, en casi todos los países es igualmente cierto que la población indígena constituye el segmento de la población más pobre de los pobres. La magnitud e intensidad de la pobreza indígena es tal que, en muchos países, la mayor parte de la población indígena está en extrema pobreza.

En Bolivia, por ejemplo, más de dos tercios de la población indígena bilingüe y casi tres cuartas partes de la no bilingüe son pobres. Los niveles de educación de la población indígena de Bolivia están, en promedio, tres años por debajo de los de la población no indígena. En términos de salud, la población indígena reporta más del doble del número de enfermedades y heridas que el resto de la población, y deben ausentarse del trabajo el doble de tiempo. Sin embargo, reciben menos atención médica y menos servicios de salud preventiva que la población no indígena.

En Guatemala, la mayoría de la población indígena no tiene acceso a servicios sociales básicos como agua y saneamiento, ni a la educación, y mucho menos a servicios de energía eléctrica o telecomunicaciones. De hecho, casi la mitad de los hogares indígenas no tienen acceso a agua potable y a servicios sanitarios, comparado con un 5% para la población no indígena de Guatemala.

En México, los niveles de pobreza se correlacionan estrechamente con aquellas municipalidades de población predominantemente indígena. La mortalidad infantil indígena supera más de 2.5 veces la mortalidad promedio nacional.

En Honduras, la esperanza de vida al nacer de los hombres indígenas es 29 años más baja que la de los hombres no indígenas; para las mujeres indígenas, la esperanza de vida es 27 años más baja que la de las no indígenas.

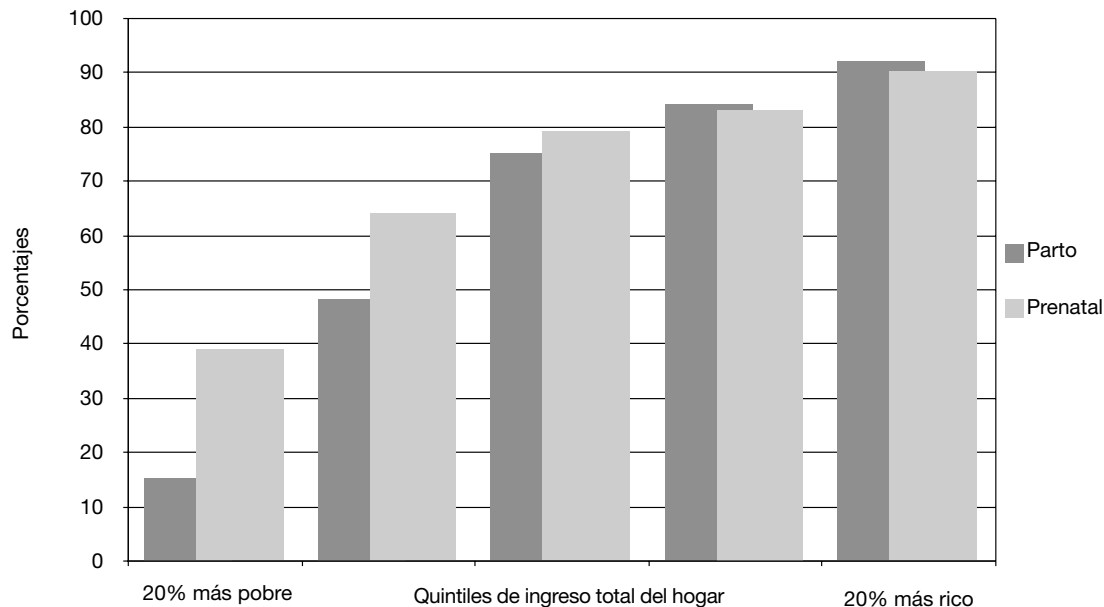
En Panamá, la población indígena representa un 8% de la población total, pero constituye un 19% del total de pobres ya que una inmensa mayoría de los indígenas — un 95%— son pobres. Más aún, sólo un 9% de la pobla-

ción indígena panameña puede calificarse como pobre sin llegar a vivir en condiciones de pobreza extrema, pues la gran mayoría —un 86%— son pobres en extremo. La mortalidad infantil de la población indígena es 3.5 veces mayor que el promedio nacional de Panamá.

En Colombia, hacia 1993, la mortalidad infantil de las poblaciones indígenas era de 63.3 por mil, el doble del promedio nacional. La esperanza de vida al nacer de la población indígena era de 57.8 años para las mujeres y de 55.4 años para los hombres, comparada con promedios nacionales de 10 años más de vida. Y el punto no es solamente que la población indígena de Colombia viva 10 años menos que la población no indígena —como ocurre en muchos de los otros países con población indígena. Lo realmente grave es cómo tienen que vivir los indígenas de Iberoamérica para morir 10 años antes que el resto de sus ‘conciudadanos’ (Piñeros-Petersen y Ruiz-Salguero, 1998; Naciones Unidas, 1998; OPS/OMS, 1998b).

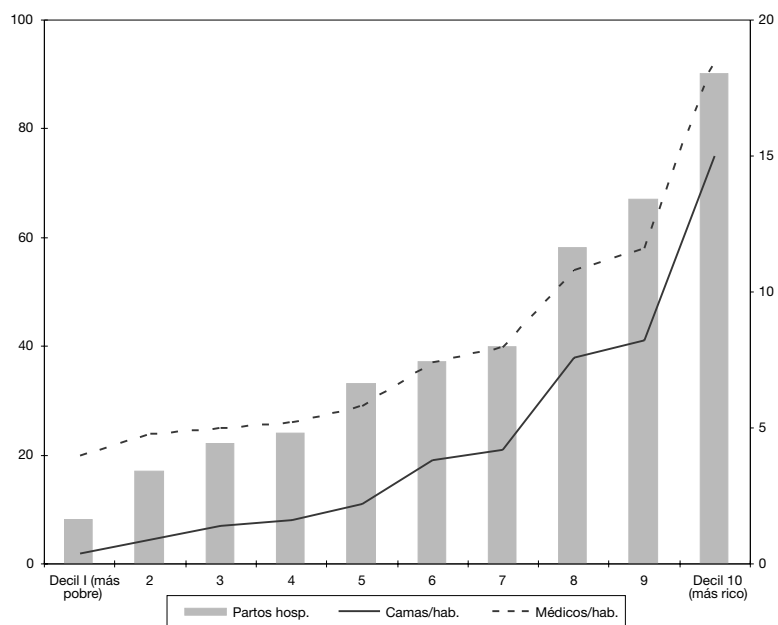
Estudios recientes sobre las condiciones de vida de las comunidades de origen afrocaribeño revelan también la existencia de importantes disparidades socioeconómicas con respecto a los promedios nacionales. Los niveles de pobreza de estas comunidades varían sobremanera, desde niveles tan bajos como el 2% en las poblaciones de Bolivia y Costa Rica hasta niveles del 40% y 50% en Brasil y Colombia (Cowater International y BID, 1996). Las investigaciones sobre el caso brasileño son más que ilustrativas: en el caso de las madres analfabetas, la tasa de mortalidad infantil era de casi 120 por mil para la población negra, de 110 por mil para la población mulata y de 95 por mil para la blanca. En el caso de madres con ocho o más años de educación, las tasas eran mucho más bajas, pero las diferencias étnicas se ampliaban: 82 por mil para las negras, 70 por mil para las mulatas y 57 por mil para las blancas. Las madres negras necesitaban entre cuatro y siete años de educación formal antes de poder alcanzar las tasas de mortalidad infantil de las madres analfabetas blancas, demostrando así la intensidad que la discriminación étnica puede tener en las condiciones de vida y de salud de la población (Da Cunha, Pinto, 1997).

Gráfico II.9  
**ATENCIÓN PRENATAL Y DE PARTO POR PERSONAL ESPECIALIZADO  
 PERÚ, 1996**



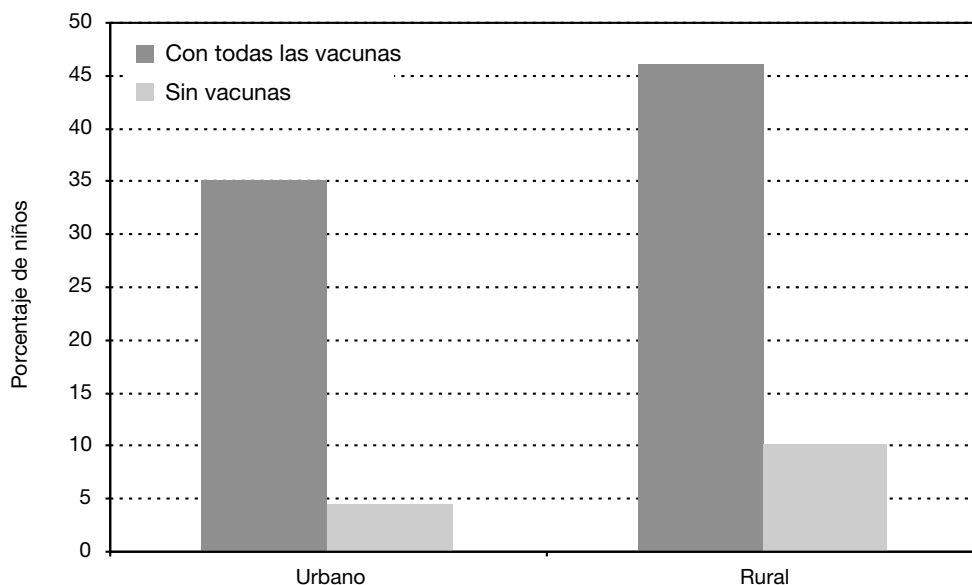
Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos, Washington, D.C., octubre de 1999.

Gráfico II.10  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD SEGÚN INGRESO  
 PER CÁPITA DE LOS MUNICIPIOS  
 MÉXICO, 1990-1996**



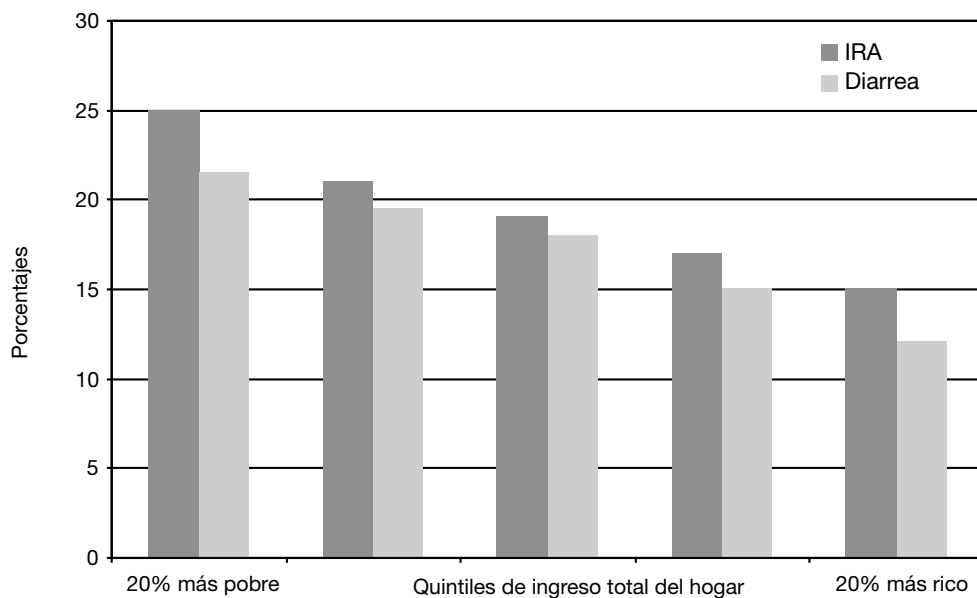
Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos, Washington, D.C., octubre de 1999.

Gráfico II.11  
**NIÑOS CON INMUNIZACIÓN COMPLETA Y SIN INMUNIZACIÓN  
 SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA  
 GUATEMALA, 1995**



**Fuente:** OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.

Gráfico II.12  
**PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) Y DIARREA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD EN QUINTILES DE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO TOTAL DE LOS HOGARES, PERÚ, 1996**



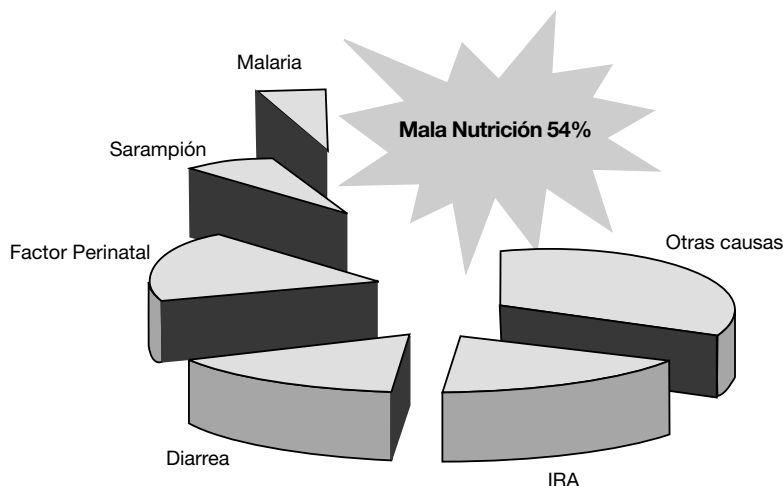
**Fuente:** OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.

### 3. El riesgo nutricional y el derecho de los niños a la nutrición y a la lactancia materna

Estar bien nutridos es para los niños y niñas una prolongación de su derecho a la vida. Los niños que no pueden cubrir sus necesidades nutricionales crecen con lentitud y se retrasan con el paso del tiempo. Esta desnutrición gradual los hace propensos a la enfermedad y la

muerte, y también reduce su potencial de aprendizaje y de disfrute de la vida. Niños con crecimiento retardado llegan a ser adultos enjutos, menos productivos y más propensos a las enfermedades crónicas.

Gráfico II.13  
CAUSAS DE LOS 11.6 MILLONES DE DEFUNCIONES ENTRE MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES EN DESARROLLO, 1995



**Fuente:** Basado en datos de Christopher J.L., Murray y Alan D. López (comps.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Boston, Harvard University Press, 1996 y David L. Pelletier, Edward A. Frongill y Jean-Pierre Habicht, "Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality", *AMJ Public Health*, N° 83, 1993, pp. 1130-1133.

La magnitud del riesgo alimentario en que se desarrollan los niños sigue siendo considerable: sólo en el contexto urbano, en 9 de los 16 países considerados (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela) más de un tercio de los menores de dos años viven en la situación de riesgo descrito. En las zonas rurales este problema es aun más

extendido, y en 6 de los 11 países que se examinaron (Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras y Venezuela) más del 50% de los infantes viven en esas condiciones. Estos elevados porcentajes —estrechamente correlacionados con las tasas de desnutrición y de mortalidad infantil que se registran en los países— ponen de manifiesto la persistencia de factores de extrema vulne-

rabilidad para la infancia en la región. Importa destacar que si bien entre 1990 y 1997 se lograron reducciones significativas de la pobreza urbana, el riesgo nutricional que enfrentan los menores de dos años, asociado a condiciones estructurales de pobreza, descendió en la mayoría de los países a una tasa bastante menor.

Hacia mediados de los años noventa, el 54% de las muertes de menores de 5 años en los países en desarrollo tenían como causa directa o indirecta la malnutrición. En Iberoamérica, más del 60% de las muertes de menores de 5 años se producen por enfermedades derivadas de la desnutrición o agravadas por ella. Los desnutridos son menos fuertes, menos sanos y menos lúcidos y pueden llegar a la muerte o a la invalidez precoz. Los niños y las mujeres embarazadas son los más vulnerables a la desnutrición, de modo que su estado es el indicador más sensible de la situación nutricional en un país. Los niños y niñas desnutridos tienen más del doble de posibilidad de morir que aquellos bien nutridos. Así como las adolescentes embarazadas están en el riesgo más alto porque su propio crecimiento y el del feto compiten por los nutrientes.

En la mayoría de los casos, la desnutrición no se asocia con el hambre ni suele percibirse a simple vista. La responsabilidad de quienes definen las políticas de nutrición infantil y de ingreso familiar es enorme: un niño o niña inadecuadamente nutrido vivirá menos y esa vida será menos saludable, menos productiva y menos gratificante. Los recursos que la sociedad no invierte hoy en nutrición se convertirán en costos mayores en el futuro inmediato.

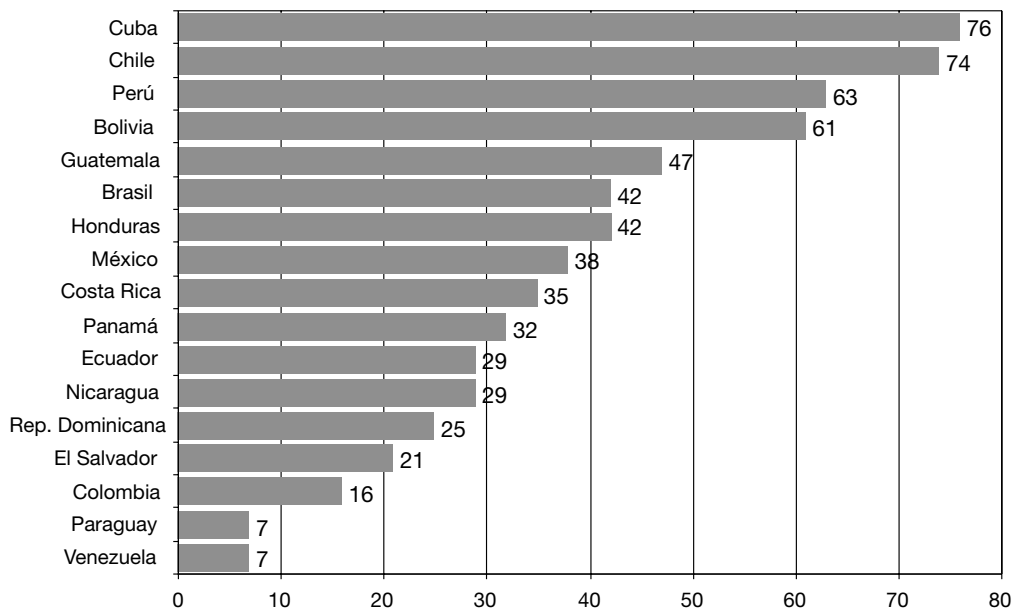
El riesgo nutricional empieza antes del nacimiento, durante la gestación. Cuando la madre tiene deficiencias nutricionales, su organismo no puede entregar al feto todo el alimento que necesita. El feto tiene entonces un desarrollo insuficiente, que puede reflejarse en problemas durante el embarazo, alto riesgo de muerte durante el parto y limitaciones físicas y mentales durante toda la vida. Como se señaló, las mayores dificultades nutricionales durante la gestación se presentan en las madres adolescentes, pero también en mujeres de estratos pobres. El bajo peso al nacer es un indicador de las limitaciones nutricionales durante la gestación. Se estima que en Iberoamérica nacen con menos de 2 500 gramos cerca de 946 mil niños de ambos sexos, cada año.

La práctica de la lactancia materna provee a los niños los nutrientes adecuados y de protección para un gran número de enfermedades comunes en esta etapa. Sin embargo, el inicio temprano de la alimentación complementaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita los beneficios de la lactancia materna, particularmente en los primeros tres meses de vida, al poner al niño en contacto con sustancias contaminadas. Los hábitos y actitudes hacia la lactancia materna y el destete, así como los de higiene alimentaria, están relacionados con los riesgos de enfermedad, desnutrición y muerte. Éstos difieren grandemente entre los países de la región, tal como se aprecia en el gráfico II.14, que reúne información reciente sobre lactancia exclusiva entre los menores de cuatro meses de vida.

Un factor clave en la definición de los patrones alimentarios (volumen y tipo de dieta, tratamiento sanitario de los alimentos, rotación de grupos alimenticios, entre otros) es el ambiente educacional del hogar y, específicamente, la educación de la madre. Una baja educación está asociada al desconocimiento sobre cómo componer las dietas, cómo disponer de un ambiente saneado, cómo tratar los alimentos, cómo y a qué programas de salud disponibles a nivel local se puede acceder, y otros. La importancia del binomio madre-hijo para el cuidado de éste en los primeros años de vida hace que el desconocimiento que ésta tenga sobre la adecuada alimentación aumente fuertemente el riesgo —además de la posibilidad de contagio de enfermedades— de emaciación, desnutrición crónica y otros episodios de malnutrición, como el sobrepeso. Asimismo, si durante el embarazo la madre estaba en una condición de malnutrición (como suele suceder en los estratos pobres), es probable que el hijo nazca ya con insuficiencias al respecto que se manifiestan en anemia, déficit de micronutrientes (yodo, hierro y vitamina A) o bajo peso al nacer. Ello configura —de no ocurrir la muerte prematura— un futuro de inserción social que, desde el inicio del ciclo de vida, está en medida importante biológicamente hipotecado.

De esta manera, la presencia de ambos factores, ingreso insuficiente y baja educación de la madre, se transforma en un factor de riesgo alimentario considerable, que minará el desarrollo psicomotor del infante preescolar y posteriormente incidirá de manera grave en su capacidad de aprovechar su paso por el sistema educacional.

Gráfico II.14  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN 1995-1999



Porcentaje de infantes de menos de cuatro meses de edad que sólo reciben leche materna

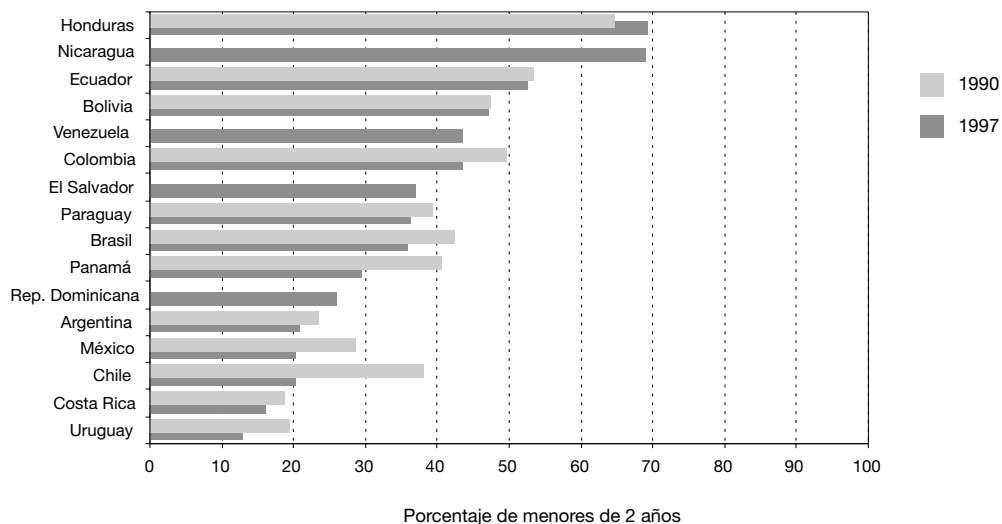
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. Nueva York, 2001.

La proporción de niños y niñas que viven en hogares afectados severamente por la pobreza —cuyo ingreso per cápita es 25% inferior al valor de la línea de pobreza— y que a la vez tienen madres con bajo nivel educacional —entre 0 y 5 años de estudio—, disminuyó notablemente en el transcurso de la década de los noventa. Esta reducción está fuertemente asociada, por un lado, con la mejoría general en las condiciones de vida de los hogares y particularmente con la reducción de la pobreza registrada principalmente en el primer quinquenio de la década pasada. Por otro lado, responde a la elevación del nivel educacional de las madres de las nuevas generaciones producto de las tendencias a la universalización de los sistemas educacionales.

Con escasas excepciones, el riesgo nutricional se agudiza entre los niños y niñas de familias monoparentales (no presencia de ambos cónyuges) y que en una abrumadora mayoría de los casos son hogares con jefatura femenina. Esta situación hace más crítico el problema pues no obstante ligarse con el allegamiento como estrategia de sobrevivencia, sobre todo en las primeras etapas del ciclo vital familiar (CEPAL, 1998: cap. VI), incide en la capacidad del hogar para generar recursos económicos y, por consiguiente, en la dedicación de la madre hacia el hijo.

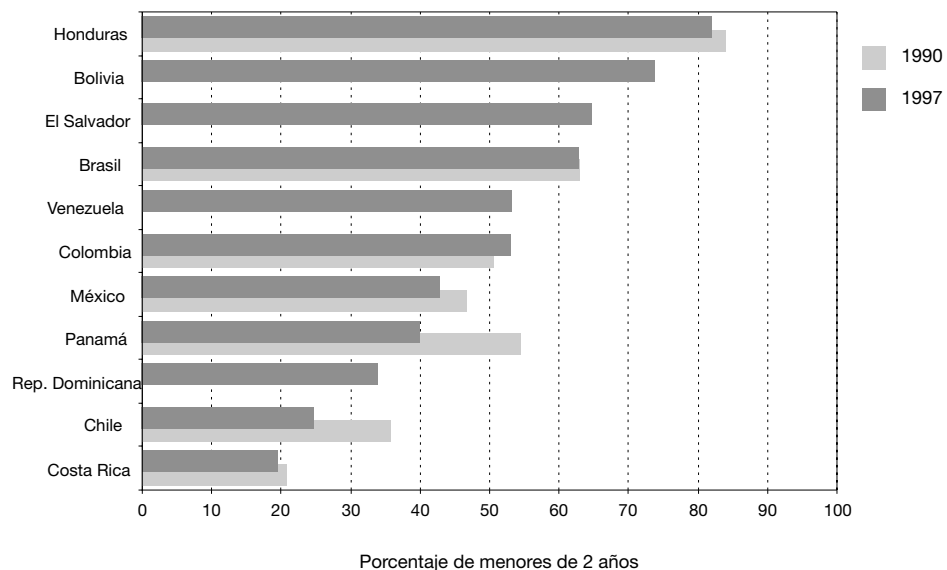


Gráfico II.15  
**PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL a/  
 Zonas urbanas, 1990-1997**



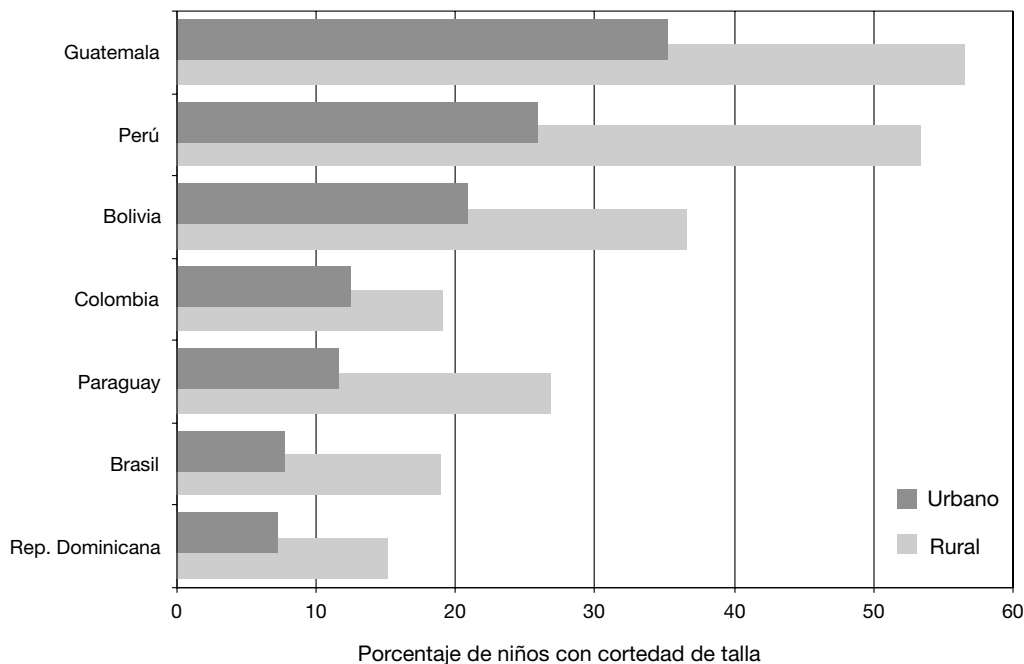
Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.  
 a/ Menores de 2 años que viven en hogares cuyo ingreso per cápita es igual o inferior a 75% de la línea de pobreza respectiva, y cuyas madres alcanzaron menos de 6 años de instrucción.

Gráfico II.16  
**PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL a/  
 Zonas rurales, 1990-1997**



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.  
 a/ Menores de 2 años que viven en hogares cuyo ingreso per cápita es igual o inferior a 75% de la línea de pobreza respectiva, y cuyas madres alcanzaron menos de 6 años de instrucción.

Gráfico II.17  
**RETARDO EN EL CRECIMIENTO ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
 SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS, 1990-1996**



**Fuente:** OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., octubre de 1999.

Al año 2000, se estima que aproximadamente el 36% del total de niños menores de 2 años de América Latina están en situación de alto riesgo alimentario. En las zonas rurales esta situación afectaría a una proporción aun mayor (alrededor de 46%), debido a la generalizada precariedad de las condiciones sanitarias y a las mayores dificultades de la población para acceder a los servicios públicos de salud.

En varios países se ha comprobado que, en términos relativos, las mayores deficiencias nutricionales se presentan en niños mayores de un año y menores de cinco. Ese grupo de edad casi no tiene acceso a la lactancia materna, y se ve perjudicado por prácticas discriminatorias en el reparto de alimentos dentro de los hogares. En su mayoría no asiste a educación preescolar o a organismos de protección que brinden complementos nutricionales y es el más afectado por el déficit de nutrientes derivado de los malos hábitos alimentarios.

Una de las consecuencias típicas de la desnutrición es que, vía variables neuropsicológicas intermedias, afecta

sensiblemente el rendimiento escolar. Además, los estudiantes mal nutridos tienen baja asistencia, menor logro, mayor repitencia y máxima deserción. La desnutrición es, en consecuencia, una de las principales causas de ineficiencia e ineficacia del sistema escolar y, por ende, de deterioro de la inversión en capital humano. Las buenas prácticas nutricionales de estudiantes y sus familias tienen un papel fundamental en el logro educativo.

Varios países de la región adelantan con gran éxito la distribución de complementos nutricionales (desayunos, colaciones escolares, galletas fortificadas) en las escuelas de educación básica. La experiencia ha demostrado que la eficiencia y efectividad de estos esfuerzos está altamente correlacionada con tres factores: la garantía de cobertura de las escuelas localizadas en áreas de mayor pobreza y limitaciones nutricionales, la interacción con actividades de educación nutricional y la movilización de la comunidad para lograr cambios efectivos en las prácticas alimentarias de los hogares (CEPAL/OEA-ANEP/FAS.OPP.BID, 1997).

## 4. Inequidades en el acceso a servicios de agua potable y saneamiento

Con respecto a la población infantil, otro factor decisivo en la prevalencia de enfermedades transmisibles como la poliomielitis, tétanos neonatal, sarampión, resfriados y gripes, así como las intestinales (tifus, diarrea, meteorismo, cólera, etc.), son las condiciones sanitarias del medio ambiente en que se desenvuelve. Esta condición general de higiene medioambiental está estrechamente ligada a la suficiencia o deficiencia de las redes de distribución de agua potable y los sistemas de eliminación de excretas, sin desestimar la importancia creciente que ha ido adquiriendo en las grandes metrópolis la contaminación del aire como factor detonante de insuficiencias respiratorias agudas, IRA (véase sección III).

No obstante que, al año 2000 una gran mayoría de los países iberoamericanos habían logrado dar acceso a agua potable a una proporción muy elevada de su población urbana (más del 90% en casi todos los países), todavía se registran rezagos importantes en las zonas rurales. En las grandes ciudades la población no cubierta corresponde a estratos de bajos ingresos que residen en asentamientos en rápida expansión. Está pendiente la reducción del enorme rezago que afecta a la población rural y periurbana con respecto a ambos servicios.

La situación de las áreas rurales requiere incluso mayor atención ya que, en la mayoría de los países, el 50% o más de la población se alberga en viviendas sin abastecimiento de agua potable y más del 60% tampoco tiene acceso a saneamiento adecuado. A las anteriores se agregan las desigualdades entre estratos socioeconómicos. En 1997, la disponibilidad de agua potable del 25% más pobre de la población oscilaba entre 15% y 25%, mientras que en el 25% de mayores ingresos tal insuficiencia afectaba a menos del 3% en la mayoría de los países.

La situación referida al saneamiento resulta también muy desigual y aun más deficitaria. Con la excepción de México, cerca del 60% de la población del cuartil de menores ingresos reside en viviendas sin un sistema adecuado de saneamiento, mientras que en el cuartil de mayores ingresos este porcentaje bordea el 30% (CEPAL, 1999).

La mejora ocurrida en la cobertura de la conexión a las redes de agua potable tuvo un fuerte sesgo urbano:

durante la década, los esfuerzos se concentraron en la interconexión y abastecimiento en aquellas zonas de mayor densidad poblacional. Si bien las zonas rurales concentran una cada vez menor proporción de población, y las acciones gubernamentales involucran una inversión mucho mayor debido a la gran dispersión territorial, la necesidad de disponer de este servicio en ellas es todavía más crítica que en las urbanas, pues además de la ausencia de este servicio básico existen más dificultades de acceso a los sistemas de salud y siguen predominando patrones de cultivo y tratamiento de los alimentos sanitariamente inadecuados. Las diferencias de cobertura urbano-rural en este servicio son enormes: en países como Bolivia, Chile y Honduras, el porcentaje de niños menores de seis años que disponen de agua potable es tres y/o más veces menor en las zonas rurales. Sin embargo, existen grandes diferencias entre países, que van, en zonas rurales, desde 25% a 30% de cobertura (Bolivia, El Salvador, Honduras) hasta alrededor de 75% (Brasil); en zonas urbanas, las diferencias son menores y varían entre 98% (Colombia) y 65% (Paraguay).

Las desigualdades tanto al interior de las zonas urbanas como de las zonas rurales son también muy pronunciadas: en las primeras, los déficit en esta materia afectan a entre un tercio y más del doble de los niños pertenecientes a los estratos de menores ingresos (25% más pobre) en comparación con los que pertenecen a hogares del 25% más rico. Las desigualdades al interior de las zonas rurales son menores debido a que la falta de cobertura de agua potable en ellas es generalizada.

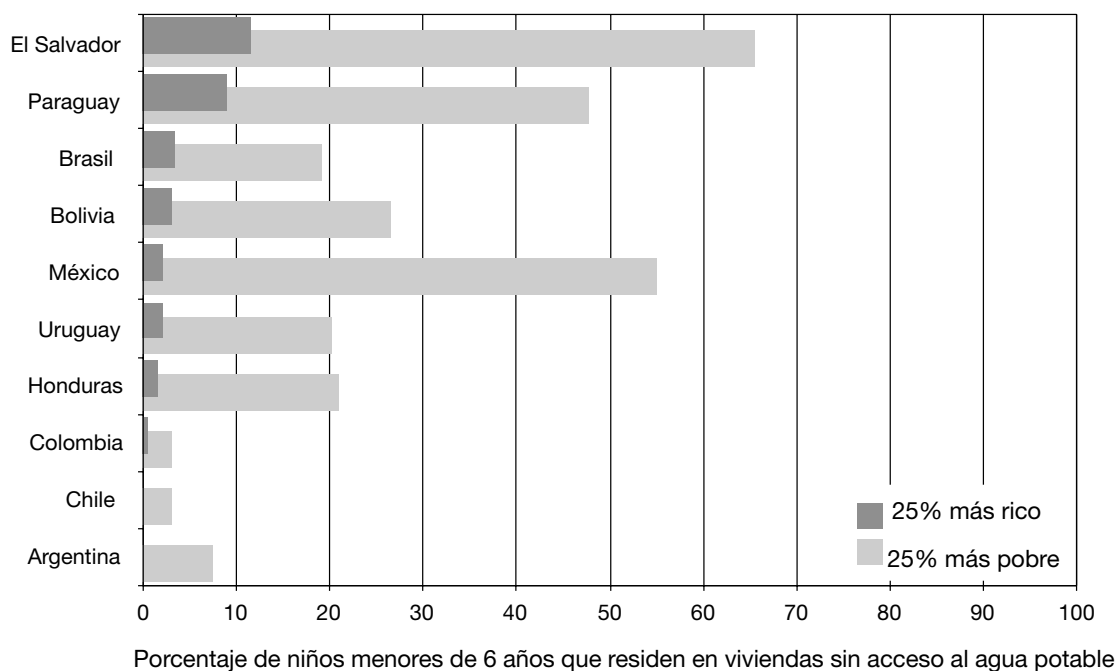
Sin embargo, la situación más crítica, en cuanto al riesgo de contraer enfermedades la viven los niños y niñas cuya madre tiene baja educación, pues a la falta de recursos, se agrega el desconocimiento del adecuado tratamiento de los alimentos. Esta situación es particularmente grave en zonas rurales, porque existe una exposición mucho mayor y más prolongada a cursos de agua que están contaminándose debido a la ausencia de sistemas adecuados de eliminación de excretas y a la falta de tratamiento de las aguas.

En cuanto al riesgo derivado de la concentración y el no tratamiento de los desechos, la situación no es mejor.

La ausencia de adecuados sistemas de eliminación de excretas es un problema que afecta a una mayor cantidad de niños que la ausencia de agua potable. Si se comparan las coberturas respectivas, se desprende que a medida que aumenta la cobertura de ambos servicios crecen también las disparidades, debido a que las acciones gubernamentales priorizan el acceso al agua.

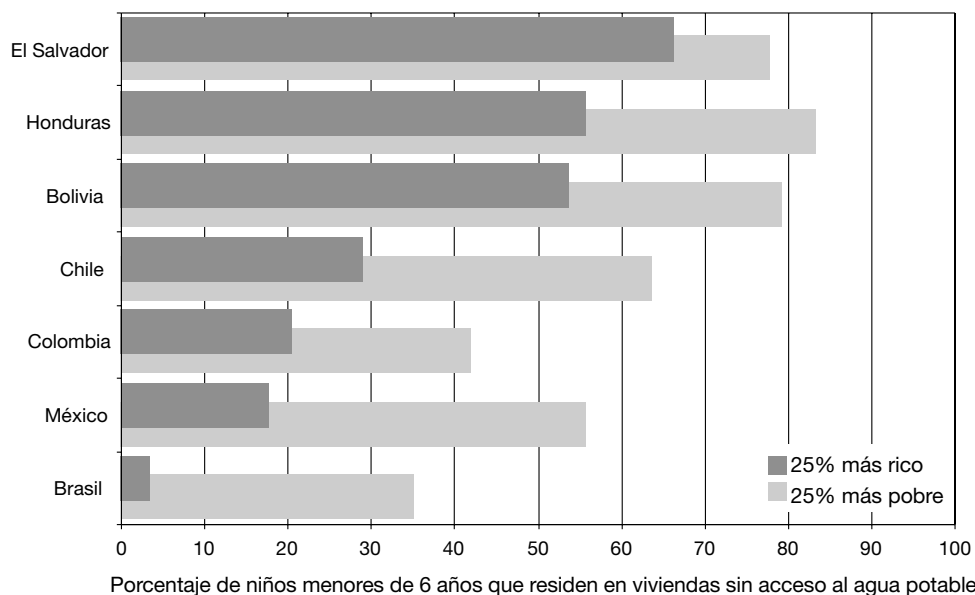
Se estima que al año 2000, cerca del 30% de los menores de 6 años habitaban en viviendas sin acceso a las redes de agua potable, es decir, en condiciones de alto riesgo sanitario asociado a la contaminación e inadecuado tratamiento de las aguas utilizadas en las diversas labores domésticas, y más del 40% de ellos lo hacían en una situación de alto riesgo significativo de contagio de enfermedades por la ausencia de sistemas adecuados de eliminación de excretas.

Gráfico II.18  
**DISPARIDADES DE ACCESO A AGUA POTABLE ENTRE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS  
 DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES**  
 Zonas urbanas, 1989/1991 - 1996/1998



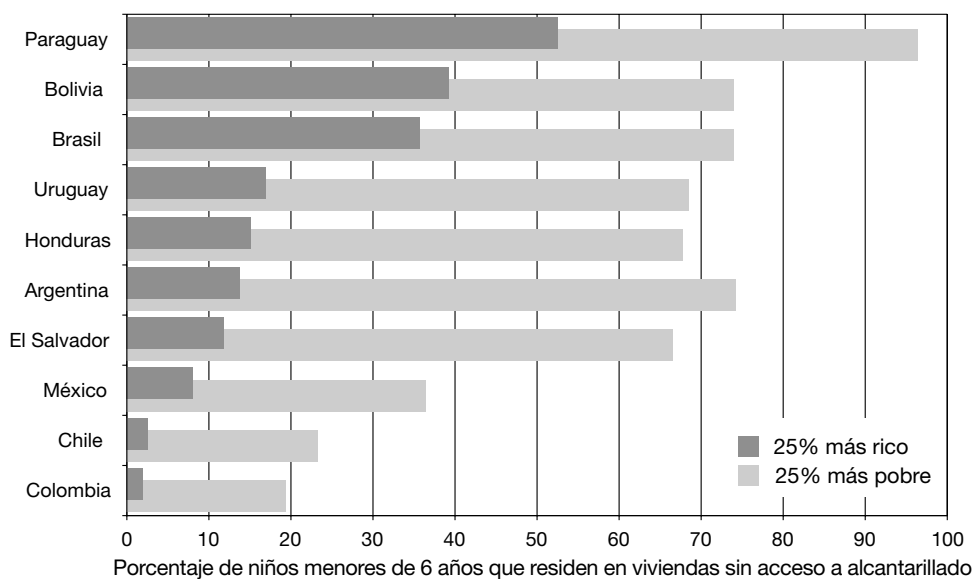
Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

Gráfico II.19  
**DISPARIDADES DE ACCESO AL AGUA POTABLE ENTRE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES**  
**Zonas rurales, 1996/1998**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

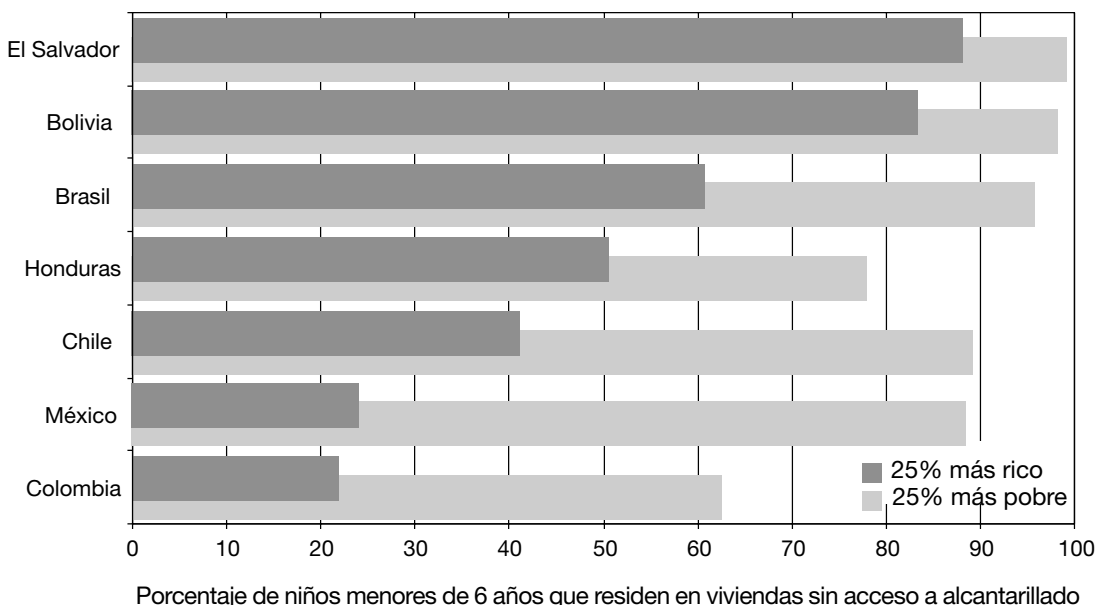
Gráfico II.20  
**DISPARIDADES DE ACCESO A ALCANTARILLADO ENTRE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES**  
**Zonas urbanas, 1996/1998**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

Gráfico II.21

**DISPARIDADES DE ACCESO A ALCANTARILLADO ENTRE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS  
DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES  
Zonas rurales, 1996/1998**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

## 5. Insuficiencias y desigualdades en el logro educativo de niños, niñas y adolescentes

En Iberoamérica, los avances en el acceso y finalización de la educación preprimaria y primaria, y de mayor cobertura de la secundaria, han ido acompañados de la persistencia de importantes insuficiencias en el logro educativo. Éstas son crecientes a medida que se avanza en el ciclo primario y se manifiestan en una alta proporción de niños que no terminan los primeros grados o lo hacen con rezago y en la aún mayor proporción de ellos que no completa ese ciclo. Esos rezagos en las etapas básicas de acumulación educativa, sin duda responden principalmente a las desigualdades de acceso y logro de los niños de distintos estratos socioeconómicos. Estas desigualdades también reflejan las distintas oportunidades que tienen

los niños de diversos grupos étnicos y áreas geográficas, de acceder a la educación.

Como promedio, en las zonas rurales dos de cada cinco niños no logran completar el ciclo primario, en tanto que en las urbanas uno de cada seis menores interrumpen sus estudios antes de terminar la primaria o la completan con al menos dos años de rezago, lo que se traduce la mayoría de las veces en el abandono de la educación antes de completar la enseñanza secundaria. Éste es actualmente el nivel educativo mínimo que en la mayoría de los países otorga posibilidades altas de ubicarse fuera de la pobreza durante la vida activa (CEPAL, 1994, cap. VI).

Respecto del porcentaje de niños que completa seis años de educación, destaca el hecho de que sólo en tres países disminuyeron apreciablemente las disparidades urbano-rurales durante la década (Chile, Honduras y México), de modo que en general persisten las desigualdades derivadas del rezago educacional en las áreas rurales. Entre los países examinados, Colombia y El Salvador, y en menor medida Brasil, son los que presentan las mayores disparidades al respecto.

Las deficiencias en el ciclo básico se manifiestan también en las elevadas tasas de repetición en los dos primeros grados. Los altos costos privados y sociales que entraña la repetición escolar,<sup>2</sup> así como su impacto negativo en las tasas de deserción, tornan preocupante el hecho de que la eficiencia interna de la educación primaria en la región siga siendo baja y que en la mayoría de los países persistan disparidades muy pronunciadas entre las zonas urbanas y las rurales y entre estratos socioeconómicos. En promedio, 12% de los niños de zonas urbanas y 30% de los que residen en zonas rurales ya presentan rezago al término del segundo grado de la primaria como consecuencia de los elevados niveles de repetición y del ingreso tardío al ciclo. Las desigualdades son todavía mayores entre estratos: en el 25% de hogares más pobres la tasa de repetición (18%) casi quintuplica la registrada entre los pertenecientes al 25% de hogares de ingresos más altos.<sup>3</sup>

Por su parte, las desigualdades de origen socioeconómico entre logros educativos al término del

ciclo primario son también más pronunciadas que las disparidades geográficas y, al igual que éstas, se registran tanto en los países que presentan tasas relativamente más bajas de matrícula en ese nivel (Brasil, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana), como en aquellos con tasas relativamente más altas (Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay). Así, en las zonas urbanas, sólo un 7% de los menores que residen en el 25% de hogares de más altos ingresos abandonan la escuela o se encuentran rezagados al término de la primaria; en el 25% de hogares más pobres ese porcentaje se eleva a 26%. Estas diferencias se ahondan a lo largo del ciclo básico, pues ya son evidentes al término del cuarto grado y derivan, en parte, de las diferencias entre las tasas de rezago escolar en los dos primeros grados: 4% y 18%, respectivamente.

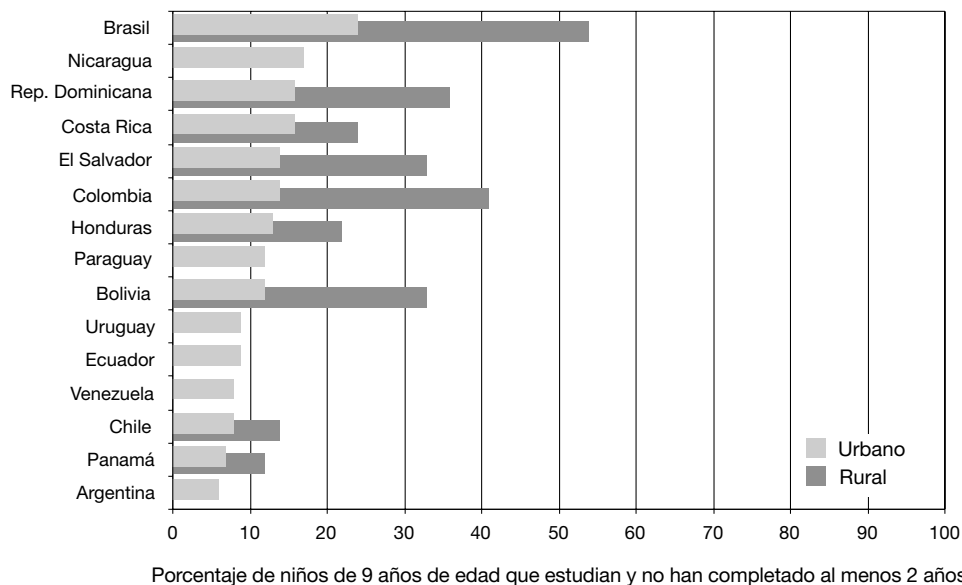
En relación con las desigualdades, merece destacarse que durante los años noventa se registraron en algunos países avances hacia una menor desigualdad de logro educativo en la educación primaria entre los niños de hogares de distintos estratos socioeconómicos, aunque éstas siguen siendo considerables. En algunos países los progresos en cobertura de matrícula y la disminución de la deserción han beneficiado proporcionalmente más a los estratos medios y bajos. En efecto, los indicadores de acceso, rezago y término en el ciclo registraron mejorías mayores entre los niños del cuartil más pobre o de los dos cuartiles más bajos de la distribución del ingreso, que se tradujeron en un acortamiento de las distancias respecto de los niños del estrato superior.

---

2 La repetición también aumenta los costos totales, dado que dificulta el cumplimiento de los objetivos de programas sociales, como los de alimentación complementaria en la escuela, que tienen un alto costo por alumno.

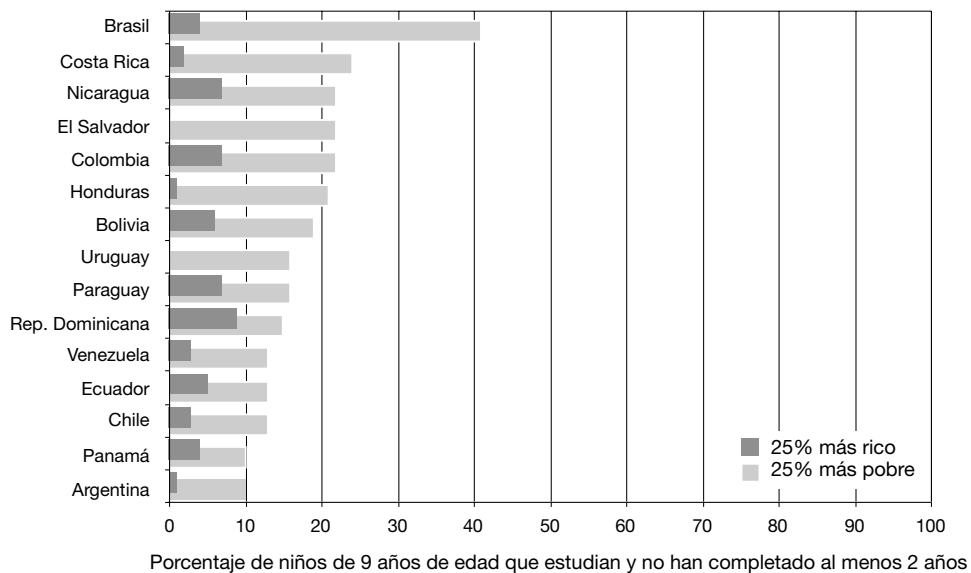
3 Estos promedios encubren situaciones muy disímiles entre países, lo que obliga a interpretar las cifras con cautela, pues la repetición en los dos primeros grados está determinada, entre otros factores, por el régimen y las prácticas de promoción y reprobación vigentes, que varían mucho de un país a otro. Así, una disminución del rezago escolar puede no deberse a un aumento de la eficiencia educacional, sino a la introducción de un sistema de promoción automática o a una evaluación menos estricta del rendimiento escolar.

Gráfico II.22  
**TASA DE REPETICIÓN EN LOS DOS PRIMEROS GRADOS DE PRIMARIA  
 SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS  
 1997**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

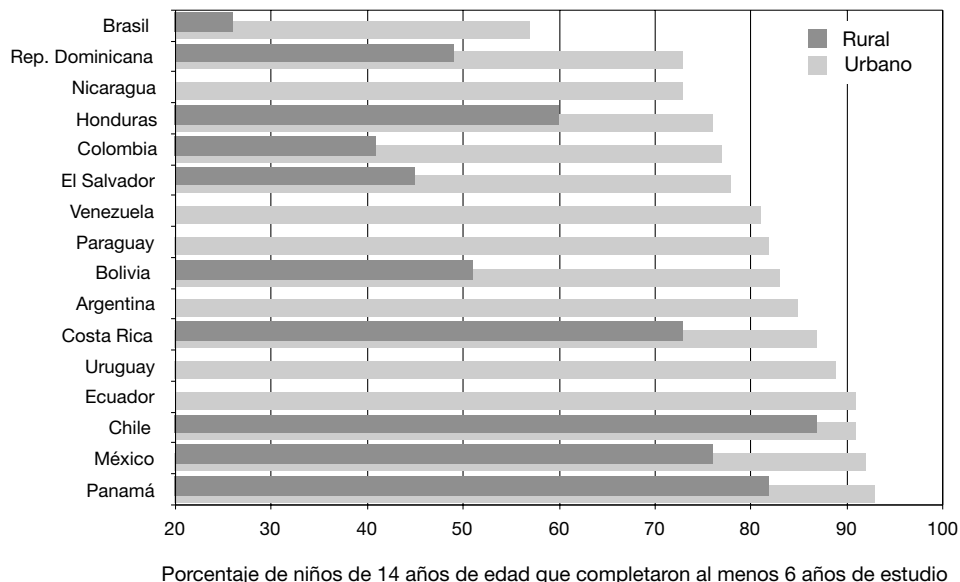
Gráfico II.23  
**TASA DE REPETICIÓN EN LOS DOS PRIMEROS GRADOS DE PRIMARIA  
 DE NIÑOS DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES  
 ZONAS URBANAS, 1997**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

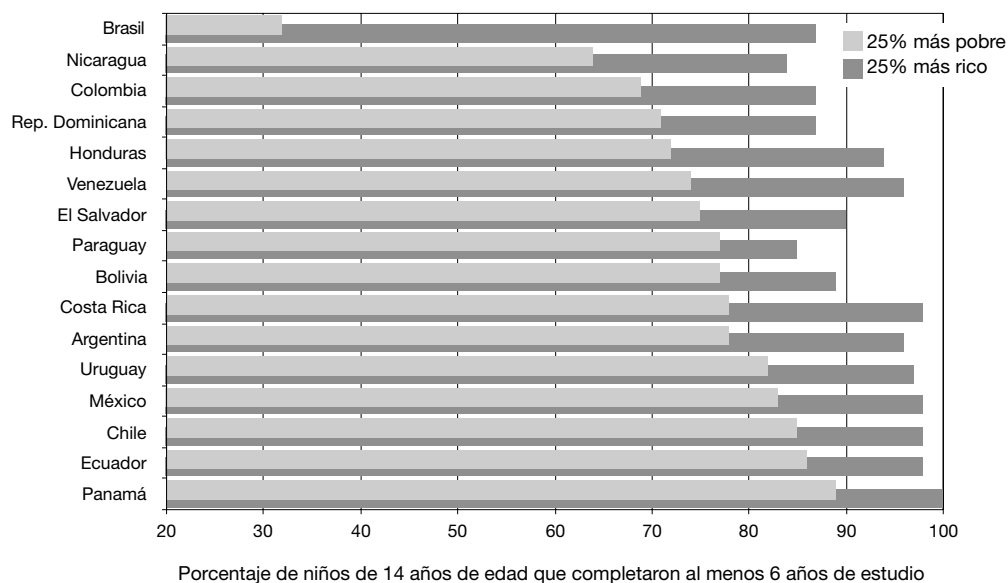


Gráfico II.24  
**TÉRMINO DE LA PRIMARIA SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS, 1997**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

Gráfico II.25  
**TÉRMINO DE LA PRIMARIA DE NIÑOS DEL 25% MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES, 1997**  
**Zonas urbanas**



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

## 6. Analfabetismo adulto

El analfabetismo adulto afectaba, en 1997, a alrededor de 40 millones de personas en Iberoamérica. Entre 1990 y 1997, el índice de analfabetismo entre la población adulta de la región se había reducido en 17 puntos porcentuales, pero seguía comprometiendo a alrededor de un 11% de la población de 15 y más años de edad, persistiendo enormes diferencias entre los países. En 1990, 6 de los 21 países de la región tenían índices de analfabetismo relativamente bajos (menor o igual a 6%). Otros 8 países tenían analfabetismo medio (entre 7% y 15%), mientras que 7 países presentaban tasas muy elevadas (entre 20% y 50%). Estas desigualdades entre países no disminuyeron durante la década, y el nivel de analfabetismo promedio de los países más afectados sigue siendo casi seis veces mayor que el de los países de bajo analfabetismo (UNESCO/OREALC, 2001b).

Como el analfabetismo absoluto disminuyó en la misma proporción entre los tres grupos de países, la desigualdad entre ellos no disminuyó y el porcentaje de población afectada en los países con nivel de analfabetismo más elevado sigue siendo casi seis veces mayor que el nivel promedio de los países de analfabetismo bajo.

Después de casi una década, varios países de la región (Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana) siguen manteniendo tasas de analfabetismo superiores a 15%, mientras que otros (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, España y Uruguay) lo redujeron a menos de 5%. Esto significa que en Iberoamérica hay países cuyo nivel de analfabetismo es comparable con el de los países más desarrollados del mundo y otros donde más de un tercio de la población adulta es analfabeta.

El analfabetismo absoluto es un problema que afecta con mayor gravedad a los países más pobres y con mayor presencia de comunidades indígenas. También persisten diferencias significativas al interior de los países, en forma tal que, aun en aquellos con bajos niveles de analfabetismo en la población total, la población afectada aumenta sensiblemente respecto del promedio en las zonas

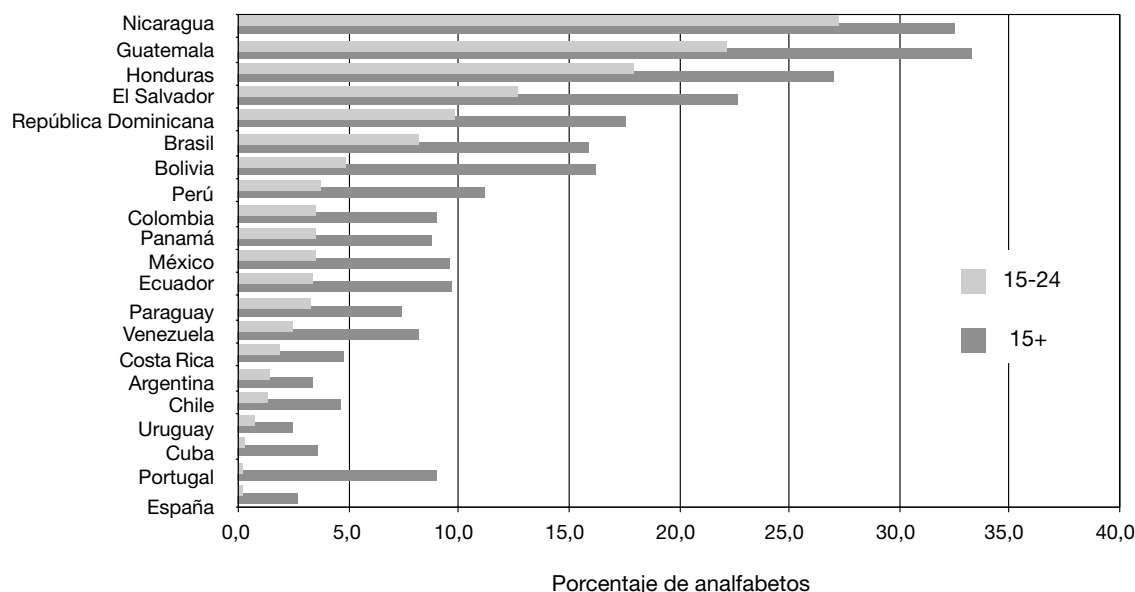
rurales, entre la población indígena, y especialmente entre las mujeres, que siguen siendo la mayoría de los analfabetos en la región (56% en 1997).

Las diferencias por edad también son significativas y se agudizan entre las mujeres. Si bien en todos los países la proporción de jóvenes analfabetos es menor que la de adultos, en algunos países iberoamericanos estas diferencias son sensiblemente menores. Si se compara por ejemplo la situación de Ecuador y Portugal, se constata que mientras en ambos países prácticamente el 10% de la población de 15 y más años de edad era analfabeta, en Ecuador cerca del 3% de los jóvenes eran analfabetos, en tanto que en Portugal este fenómeno prácticamente no afectaba a los jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Un caso extremo estaría representado por Nicaragua.

El balance de la educación en las dos últimas décadas en América Latina y el Caribe elaborado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Cultura y las Ciencias (UNESCO) (UNESCO/OREALC, 2000a) analizó las iniciativas de los gobiernos para disminuir el analfabetismo en la región y concluyó entre otros aspectos que:

- La intersectorialidad de los programas sociales para la reducción del analfabetismo y la incorporación a ellos de las personas jóvenes y adultas son experiencias puntuales antes que una política generalizada y estable en la mayoría de los países de la región.
- Existe una tendencia creciente a considerar que la mejor opción para resolver el problema del analfabetismo es garantizar la educación básica de la población en edad escolar, en vez de crear más programas de educación para personas jóvenes y adultas. De hecho, la educación de personas jóvenes y adultas ha recibido menos atención por parte de las políticas educativas, quedando en muchos casos fuera de los procesos de reforma.

Gráfico II.26  
**ANALFABETISMO ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS Y  
 ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD**



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

En síntesis, las insuficiencias que persisten al año 2000 en cuanto al logro educacional, ponen en evidencia que:

a) el mayor rezago educacional de los niños al inicio del ciclo escolar en las zonas rurales plantea un reto importante a las políticas pertinentes, puesto que a las dificultades de acceso de los que habitan en zonas apartadas se agregan, en muchos casos, los problemas vinculados a la pertenencia a minorías étnicas. Estas circunstancias dificultan la universalización por la falta de escuelas en general y, más específicamente, de escuelas que respondan a las particularidades culturales de los estudiantes;

b) el desafío en las zonas urbanas consiste en incorporar y retener en la escuela a los niños y niñas de los

estratos pobres, en los que la desestructuración familiar, la menor valoración otorgada a la educación y otras condiciones adversas en el hogar de origen, tornan difícil y costoso elevar los niveles de acceso ya alcanzados. Este desafío, de universalizar el término de la educación básica, podría parecer poco exigente si se consideran las altas tasas de matrícula primaria que muestran los registros administrativos, especialmente a la luz de los requerimientos actuales en materia de educación. Sin embargo, debe interpretarse desde una perspectiva nacional como un objetivo que es necesario cumplir tanto en zonas urbanas como rurales y en todos los estratos socioeconómicos. Naturalmente, el rezago de las zonas rurales y de los grupos de menores ingresos vuelve más ambicioso este propósito en los países donde estas desigualdades son mayores.

## Recuadro II.1

**BI-ALFA: UN MODELO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA EL BIENESTAR DE LA INFANCIA Y LA DEFENSA DE SUS DERECHOS**

La Declaración de Panamá “*Unidos por la niñez y la adolescencia, base de la justicia y la equidad en el nuevo milenio*”, aprobada en la Décima Cumbre Iberoamericana en favor de la Infancia (Ciudad de Panamá, 9 de Noviembre del año 2000), hace referencia en su artículo 12 a la creciente preocupación de los gobiernos centroamericanos por el impacto de los conflictos armados vividos en la pasada década en las niñas, niños y adolescentes. Por lo tanto, recomienda atender las secuelas físicas y psicológicas derivadas de estas situaciones, así como las consecuencias de la violencia intrafamiliar que azota, sobre todo, a los hogares de escasos recursos que han sufrido los conflictos armados y desastres naturales.

Son los ciudadanos adultos los primeros que deben velar por los derechos de niños y adolescentes (derechos a la salud, la educación, la alimentación y sobre todo al crecimiento en armonía familiar, lejos de la violencia y de los trabajos prematuros o insanos). Por eso, es preciso educar a los adultos en estas prácticas y es muy difícil hacerlo cuando las altas tasas de analfabetismo se constituyen en una limitación fundamental en los países en vía de desarrollo. En este sentido, los gobiernos de Centroamérica se encuentran en pleno proceso de puesta en práctica de campañas o movimientos nacionales para paliar las altas tasas de analfabetismo. Su intención, como gobiernos, es ligar los contenidos de este proceso educativo de mujeres y hombres adultos, a la importancia del

bienestar de las niñas, los niños y los adolescentes.

Asimismo, en la Declaración de Panamá (Artículo 9: “Acciones para la Equidad y Justicia Social”) los Jefes de Estado de los 21 países iberoamericanos reunidos, decidieron: “Continuar la promoción de nuestras sólidas y ricas raíces culturales, costumbres y tradiciones, con pleno respeto a las especificidades y valores de cada país, por lo que avanzaremos hacia una educación integral, significativa y respetuosa de la diversidad lingüística, étnica, cultural y de la equidad de género, que coadyuve al desarrollo humano” (inciso b).

BI-ALFA es un modelo innovador de alfabetización basado en la participación activa de la comunidad para conseguir que todos sus miembros obtengan conocimientos específicos en un proceso de aprendizaje activo que busca la toma de conciencia y consecuente cambio de actitudes individuales y colectivas y, por tanto, cambios de conducta. El modelo ha sido validado y aplicado en amplia escala en contextos indígenas y campesinos latinoamericanos: Bolivia, dirigido a población *quechua* de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba (1998-2002); Perú, con pobladores quechuas del Departamento de Huancavélica (2000-2004); Guatemala, en las comunidades lingüísticas *mam* y *qánjobál* del Departamento de Huehuetenango (2001-2004); Paraguay, Departamentos Caaguazú, San Pedro y Cordillera (2001-2004). Asimismo fue aplicado, sin llegar a validarse, con población

mapuche de Chile (1970) y de Argentina (1985-1986). El Proyecto Regional de Bi-Alfabetización de la CEPAL sobre temas productivos, medio ambiente, género, salud reproductiva y otros, que recibe el auspicio del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Cooperación Italiana, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fundación Ford y gobiernos locales, se propone aplicar su modelo de participación comunitaria en el desarrollo de un “Programa de bi-alfabetización maya-castellano en temas de protección a la infancia, violencia intrafamiliar y rehabilitación de niñas, niños y adolescentes afectados por los conflictos armados” en los países centroamericanos de El Salvador (Morazán), Honduras (Olanchito) y Guatemala (Huehuetenango).

Los países de Centroamérica (en especial El Salvador, Guatemala y Honduras) son países multiétnicos y pluriculturales. Sus numerosas comunidades lingüísticas de origen *maya*, son las que registran las tasas más elevadas de analfabetismo y los más altos niveles de deterioro de las condiciones de vida de la infancia y de subordinación de las mujeres. Asimismo, estas comunidades indígenas son las que más han sufrido el impacto de las guerras y los desastres naturales. Paralelamente, son poblaciones que reivindican insistentemente el derecho al ejercicio de sus culturas y de sus lenguas.

c) en relación con el objetivo anterior, el desafío para las políticas educacionales es doble. Por una parte, dado que las desigualdades se manifiestan claramente a la edad en que deberían completarse los primeros cuatro grados, los esfuerzos deberían orientarse no sólo a aumentar la proporción de niños y niñas que cumplen ese primer ciclo, si no a mejorar la calidad de la educación y el acceso de los estudiantes de todos los estratos. A medida que se elevan las tasas de cobertura de primaria, cobra mayor importancia la adecuación de los contenidos impartidos, el mejoramiento de los sistemas de medición de calidad de la educación y los esfuerzos dirigidos a reducir la deserción escolar, junto con los importantes rezagos en materia de aprestamiento y atención preescolar.

Por otra parte, allí donde persistan rezagos en cuanto a cobertura de la educación básica en las zonas rurales y los estratos de menores ingresos, los esfuerzos deberían proponerse tanto una mayor equidad en el acceso como una mejoría de la calidad de la educación. Con respecto a la primera de estas metas, el establecimiento de programas sociales de complementación alimentaria y de salud y, si éstos ya existieran, su evaluación y seguimiento, debe ser un componente importante de las políticas de igualdad de oportunidades por su positivo efecto en el aprendizaje, en la medida en que permiten contrarrestar las carencias del hogar y mejorar los índices de retención escolar.



### Sección III

## Nuevos desafíos para la Agenda Social Iberoamericana

### 1. El derecho fundamental a un nombre y una nacionalidad<sup>1</sup>

En esta sección se examinan diversos problemas que afectan a la infancia y la adolescencia de Iberoamérica, y que constituyen nuevos desafíos para los gobiernos y la sociedad toda. Si bien estos problemas no son nuevos en la región, sí lo es su mayor visibilidad, y necesitan ser abordados conjuntamente con los restantes para poder otorgarle un carácter integral a las políticas sobre infancia y adolescencia en la región.

El derecho a la identidad integral, comprendido en los derechos al nombre, la nacionalidad y la familia, tiene una especial dimensión entre los derechos de los niños y niñas e incluye aspectos de tipo individual, familiar y social. El derecho al nombre se formaliza plenamente mediante el registro civil. El registro de nacimiento es el documento que posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía. Más aún, este registro constituye la llave de acceso a los programas sociales en materia de supervivencia, desarrollo infantil y educación.

El derecho a la nacionalidad es importante para preservar la identidad colectiva del individuo frente a la co-

munidad nacional con la que se identifica y a la que pertenece. Esto no sólo le permite desarrollar su identidad cultural, incluidos los elementos básicos de su existencia cotidiana, su lenguaje, su cosmovisión y sus valores, sino que constituye la base de sustentación jurídica y política de los derechos del individuo, en tanto miembro de una nación.

En todas las Constituciones nacionales de los países de la región impera el criterio *jus soli*, que implica el derecho automático a la nacionalidad que tienen los niños y niñas nacidos en el territorio de un país. No obstante, dejan de ser inscritos anualmente un millón de niños y ni-

1 Este acápite se apoya, entre otros, en OPS/OMS, 2000b y UNICEF, 1998.

ñas en los países de Iberoamérica, lo que representa cerca del 10% del total de los nacimientos (Instituto Interamericano del Niño, 1999). Pese a que las cifras internacionales indican que el nivel de inscripción en casi todos los registros de la región supera el 90% del total de niños nacidos anualmente, se ha determinado que en la mayor parte de los países el problema del subregistro es serio debido a distintos tipos de exclusión social, entre los que destacan los siguientes:

- Los niveles de registro son más elevados en las ciudades que en las zonas rurales, y mayores para aquellos niños que nacen en hospitales.
- No existe información fidedigna ni estimaciones respecto del número de niños indocumentados, aunque se sospecha que se trata de un problema de gran magnitud, pues fluctúa, según el país, entre el 50% y el 10% de los niños y niñas.
- La falta de inscripción es más alta en las poblaciones indígenas y de origen afro-caribeño, y en las capas menos favorecidas de la sociedad tanto en áreas rurales como urbanas, debido al costo y a la falta de información sobre su importancia.
- En países afectados actualmente o en el pasado por conflictos armados que provocan desplazamientos de personas, la problemática en materia de derechos humanos también ha vulnerado fuertemente el derecho a la identidad.
- En muchos casos el problema se agrava cuando, aun produciéndose la inscripción, por problemas de tipo sociocultural los nacimientos se registran bajo el rótulo ‘padre desconocido’, debido a la irresponsabilidad paterna que viola el derecho de los niños a ser reconocidos por ambos progenitores y a conocer y relacionarse con ambos.

#### Recuadro III.1

### EL REGISTRO DE LOS NACIMIENTOS

Atendiendo a su importancia, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia señaló como meta regional asegurar al año 2000 el registro e inscripción inmediata de todos los niños y niñas después de su nacimiento, a fin de garantizar su derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad, a conocer a sus padres y a ser cuidado por éstos. Para ello subrayó la necesidad de garantizar y facilitar el proceso administrativo de registro e inscripción inmediata de todos los niños y niñas después de su nacimiento en los registros civiles de todas las localidades.

Para dar seguimiento a esta importante meta se definió como indi-

cador la proporción de niños de 0 a 59 meses de edad cuyos nacimientos han sido registrados. Se considera la condición de registrado, cuando es posible disponer de un certificado de nacimiento que debe tener la calidad de documento legal, y que a menudo constituye un requisito formal para tener acceso a la escuela, a servicios de salud y a muchos otros que garantizan los derechos civiles.

Hacia mediados de la década de 1990, muchos países iberoamericanos estaban lejos de alcanzar el registro universal de nacimientos. Cuando no hay un registro universal, los niños no registrados se concen-

tran entre los indígenas, refugiados y grupos inmigrantes, y aquellos que viven en zonas remotas.

Numerosos países han incrementado significativamente sus tasas de registro del nacimiento a través de campañas y la capacitación sistemática de funcionarios públicos; y algunos países han mejorado sus niveles de registro liberalizando sus leyes de ciudadanía y procedimientos de registro de nacimientos. El siguiente cuadro proporciona antecedentes acerca de la magnitud del subregistro en países de la región:



NIVELES DE REGISTRO DEL NACIMIENTO EN PAÍSES IBEROAMERICANOS, 1994/1998		
90% o más	Entre 70% y 89%	Entre 50% y 69%
Argentina	Colombia	Bolivia
Brasil	Panamá	Nicaragua
Chile	Paraguay	
Costa Rica	Perú	
Cuba		
El Salvador		
España		
Guatemala		
Honduras		
Portugal		
Uruguay		

**Fuente:** Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (PROMUDEH-UNICEF), *Informe Regional de las Américas sobre los avances hacia las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia y los acuerdos regionales 1990-2000*, Lima, 2000.

La información existente es incompleta y fragmentaria, pero permite hacerse una idea de la magnitud del problema. Estudios realizados en siete países de la región (Bolivia, Ecuador, Brasil, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela) indican, por ejemplo, que en esos países existen cerca de 34 millones de personas —la mayoría de ellos menores de edad— que carecen de registro civil de nacimiento. Estas cifras superan ampliamente los cálculos oficiales. En Argentina, se estima que alrededor del 35% de la población carece de inscripción o certificado de nacimiento, siendo mucho más alto el porcentaje en las poblaciones indígenas. En México, según informes de 1998 de la Subsecretaría de Población y Servicios Migratorios, 5 millones de mexicanos carecían de registro de nacimiento y 10 millones presentaban alguna irregularidad en ese documento, siendo este problema mucho más grave en la población indígena y en los campesinos de áreas alejadas. En Nicaragua, según el Instituto de Estadística y Censos, el porcentaje de niños y niñas no inscritos oscilaba, a mediados de la década, entre 47% y 40%; aunque para 1998 se estimaba que se había reducido a un 36%. En Colombia, país que ha sido pionero en materia de registro civil, este problema ha vuelto a agudizarse como resultado del conflicto armado y el consecuente desarraigo de grandes grupos de población (UNICEF, 2000b).

Algunos países han intensificado los esfuerzos por mejorar sus sistemas de registro y, en especial, por lograr

la inscripción de niños y niñas en zonas rurales o alejadas de las grandes ciudades. Argentina y Ecuador, por ejemplo, cuentan con funcionarios itinerantes que otorgan certificados de nacimiento. Chile dispone de una moderna unidad de registro itinerante que está conectada a través de computadoras con el registro central en la capital. En países como Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, República Dominicana y Uruguay, los funcionarios sanitarios inician los trámites del registro civil de las personas en los propios centros de salud donde se producen los nacimientos. En Costa Rica, dado el serio problema de indocumentación de la población migrante, se decretó en 1998 un Régimen de Excepción Migratoria, que permite el acceso legal de los trabajadores inmigrantes y sus familias a los servicios de salud y educación, así como la inscripción de sus hijos. Se estima que, como resultado de lo anterior, se inscribieron cerca de 175 mil personas en los registros de inmigración. En Ecuador se han organizado brigadas móviles que inscriben a los niños de los vecindarios pobres, y en Nicaragua se han concentrado los esfuerzos en inscribir a los hijos de los pobladores rurales que migran a las ciudades y a los niños de las localidades indígenas. En Venezuela se ha experimentado con un interesante proceso de movilización en torno al derecho a la **nacionalidad** y al nombre de los niños y niñas. En Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú, se vienen desarrollando programas de fomento al registro civil de niños, niñas y adolescentes indocumentados (UNICEF, 2000b).

## Recuadro III.2

**LEY DE PATERNIDAD RESPONSABLE**

En Costa Rica, la Constitución Política establece el derecho a la identidad y el Código de la Niñez y la Adolescencia ordena la emisión de un carné de identidad para los menores de edad. El registro civil es inmediato y automático al momento del nacimiento, pues los centros de salud y hospitales ejercen funciones de registro civil y más del 90% de los partos son atendidos por el sistema de salud. Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas ha venido en aumento un serio problema de identidad, que tiene que ver con el hecho de que ya para el año 2000 más de un 30% de los nacimientos a nivel nacional son inscritos bajo la etiqueta de 'padre desconocido'. Para combatir este problema aprovechando las posibilidades tecnológicas actuales, se aprobó en marzo de 2001 la *Ley de Paternidad Responsable*, que hace obligato-

rio el uso de las pruebas de ADN para la determinación de la paternidad. La ley operará de la siguiente forma:

En la inscripción de nacimiento de hijos e hijas habidos fuera del matrimonio se consignarán la paternidad y la maternidad, si la declaración es hecha por las dos personas que se atribuyen la calidad de progenitores y la firmaren. Informada la madre y en ausencia de declaración del padre, ella podrá firmar el acta e indicar el nombre del presunto padre. La criatura quedará inscrita en este acto bajo los apellidos de su madre. Al presunto padre se le citará mediante notificación, para que se manifieste al respecto dentro de los 10 días hábiles a partir de la notificación, previniéndole que la no manifestación de oposición al señalamiento de paternidad dará lugar al reconocimiento administrativo de la filiación. En caso de que

al apersonarse no aceptare la paternidad del menor, se le dará cita gratuita a la madre, a la criatura y al padre señalado, para acudir a realizarse un estudio comparativo de marcadores genéticos ante los laboratorios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) mediante el cual quedará definido si la afiliación señalada es cierta. Si el presunto padre no se apersonare o se negare a llevar a cabo la prueba genética, procederá aplicar la presunción de paternidad y dará lugar para que así se declare administrativamente y se inscriba con los apellidos de ambos progenitores, siempre y cuando la madre y el niño o niña se hayan presentado a realizarse la prueba. Esa declaración administrativa otorgará las obligaciones legales propias de la paternidad.

Fuente: Gobierno de Costa Rica, «Inscripción de hijas e hijos habidos fuera del matrimonio», art. 54, *Ley de Paternidad Responsable*, San José de Costa Rica, abril de 2001.

**2.****Adopciones**

La institución de la adopción puede funcionar como posible vía para conseguirle una familia a un niño o niña que no la tenga, y es destacable el compromiso y entrega de casi todos los padres y madres adoptivos. El problema se presenta cuando esta institución sirve a intereses que no son los de la niñez.

El número de adopciones internacionales en América Latina y el Caribe es altísimo. Se señalan causas como la extrema pobreza; la falta de políticas públicas de apo-

yo a familias pobres y el poco valor social de la mujer — como mujer y no exclusivamente como madre; las pocas posibilidades de ingreso y desarrollo que se le ofrecen a las mujeres, los escasos y precarios servicios de salud para ellas, dudosamente controlados por el Estado; y el poco apoyo de la comunidad y de sus compañeros frente a un embarazo.

En general, la legislación existente es muy escasa y alejada de los principios internacionales que pretenden

regular las adopciones. La adopción notarial, aunque legal en muchos casos, permite muchas «irregularidades» y la posible concreción de grandes negocios, como el tráfico de niños. Por otra parte, no existe un control adecuado de las casas cunas o lugares de acogida de niños y niñas que puedan ser declarados en estado de adoptabilidad; tampoco existen mecanismos de seguimiento de los que han sido adoptados y, por tanto, se des-

conoce si es mal tratado o no, o si pudiesen haber sido destinados a la prostitución o incluso al tráfico de órganos. Tampoco se exige el consentimiento del niño o adolescente. El concepto que subyace actualmente a la institución de la adopción es el de proporcionar un hijo o hija a unos padres, más que la de velar por el interés superior del niño, proporcionándole los padres idóneos.

---

### 3. Desafíos prioritarios en la educación: educación en la primera infancia

“Un niño no crece y se desarrolla en el vacío sino en una comunidad, una cultura, y un país. Los más eficaces programas de desarrollo del niño en la primera infancia son integrados y multidimensionales, y fomentan la buena salud y la nutrición del niño y su capacidad cognoscitiva, social y emocional” (UNICEF, 2001).

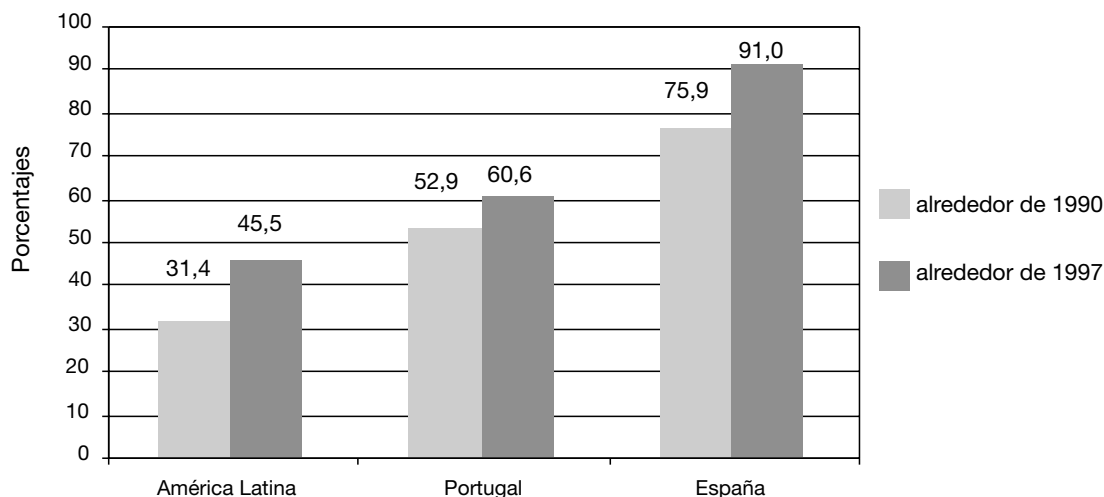
Las características del desempeño en cuanto al cuidado y socialización primaria son para el niño definitorias de su capacidad física, salud mental, patrones de conducta, valoraciones, expectativas e intereses, los que determinarán en gran medida sus oportunidades de bienestar futuro. La madre es quien normalmente asume este papel directa y permanentemente; ella es la encargada de asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas: su cuidado y protección frente a las condiciones ambientales y los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad; su estado nutricional; su estimulación psicomotriz; el desarrollo del lenguaje y de patrones de conducta adecuados al medio en que se insertará posteriormente. De hecho, la instrucción de la madre es el factor más directamente vinculado a la mortalidad y morbilidad infantiles.

El grado de eficiencia en el desempeño de tales tareas por parte de la madre depende de las características individuales de ésta, de la situación de su hogar y del medio social en que éste se encuentra inserto. La condición socioeconómica del hogar donde reside el niño define las condiciones en que se desarrolla su socialización primaria, ya que determina la disponibilidad de recursos, el acceso a servicios básicos y su protección.

El bajo nivel de educación de las madres en los estratos pobres y, en general, el bajo clima educacional de esos hogares, es uno de los factores que más negativamente incide en las oportunidades presentes y futuras de los niños y niñas. A fines de la década pasada, en 10 de 16 países iberoamericanos entre 40% y 50% de los niños y niñas en edad preescolar residía en hogares cuya madre no había completado la educación primaria; en las zonas rurales de la mayoría de los países ese porcentaje fluctuaba entre 65% y 85% (CEPAL, 2000c, cap. V). La abundante evidencia acerca del positivo efecto del aprestamiento escolar y la asistencia a establecimientos en las edades previas al ingreso a la educación primaria, señala la necesidad de ampliar la cobertura y calidad de la educación en la primera infancia.

La educación de la primera infancia no alcanzó a ser considerada dentro de las metas principales de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. La relevancia del tema quedó, sin embargo, señalada en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en Jomtien, Tailandia, en el mismo año de la Cumbre, que estableció la idea de que la educación comienza con el nacimiento, no con el inicio de la educación primaria, como se concebía tradicionalmente. Asimismo, la Declaración sobre Educación para Todos compromete a los países a promover la sensibilización y la activa participación de las familias y las comunidades en la atención y educación de la primera infancia, con especial énfasis en los niños y niñas en situación de mayor vulnerabilidad.

Gráfico III.1  
**TASA DE ESCOLARIZACIÓN EN EDUCACIÓN INICIAL**  
**(REFERIDA AL GRUPO DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD)**



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Anuario estadístico, París, 1999; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte «España: tasa neta de escolarización», Madrid, 2000.

El efecto de estas declaraciones de carácter regional e internacional se refleja en las reformas educativas establecidas en los países, incorporando, en muchos de ellos, la edad de cinco años como la obligatoria para iniciar la educación básica. En otros países, se han logrado tasas elevadas de escolarización de los niños y niñas de cinco años sin tener carácter obligatorio, como es el caso de Cuba, Chile y España.

En cuanto a la oferta educativa, se ha registrado un aumento significativo en la cobertura de la educación inicial durante la década. En el gráfico III.1, se puede apreciar que las tasas de escolarización en la educación inicial de la población de 3 a 5 años de edad ascendieron de 31.4% a 45.5% en América Latina, de 52.9% a 60.6% en Portugal y del 75.9% al 91.0% en España. En América Latina, estos aumentos de cobertura se concentraron en las zonas urbanas y en los estratos socioeconómicos altos. A pesar de este incremento, queda todavía un largo camino para lograr una oferta equitativa con calidad.

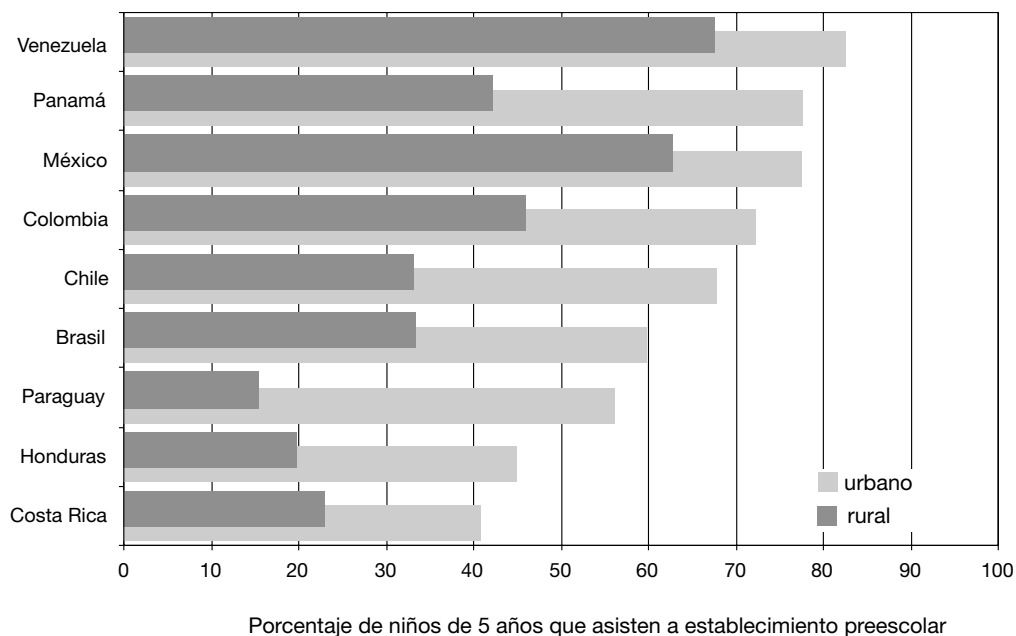
Efectivamente, en las zonas urbanas de 12 países el porcentaje de niños y niñas matriculados en establecimientos a los 5 años de edad alcanzaba a 59% entre los pertenecientes al 25% de hogares más pobres; este porcentaje se elevaba a 86% en el 25% más rico. No obstante, en la primera mitad de la década esta brecha se cerró parcialmente: en el cuartil inferior la matrícula pasó, en promedio, de 42% a 59%, mientras que en el cuartil superior el aumento fue algo menor: de 74% a 86% (véase el gráfico III.3).

Las principales barreras para lograr las metas de la protección y la educación de la primera infancia son el escaso financiamiento y la falta de formación del personal involucrado. El financiamiento de esta etapa educativa es aún muy bajo. La oferta universal de una atención adecuada desde el nacimiento es una tarea urgente para prevenir las dificultades de aprendizaje y mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas educativos (UNESCO-OREALC, 2001a).

Tanto la Declaración de Panamá como el Marco de Acción de Dakar: Educación para Todos, comprometen a los países a brindar educación inicial con equidad y calidad para el año 2015, aumentando la cobertura y ofreciendo progresivamente más servicios educativos para el cuidado y preparación de los niños y niñas de 3 a 5 años

de edad, fortaleciendo la participación y formación de las familias y comunidades, articulando iniciativas y programas coordinados por diferentes agentes y mejorando la calidad de los programas de la primera infancia, especialmente aquellos dirigidos a los grupos más vulnerables.

Gráfico III.2  
**ASISTENCIA PREESCOLAR A LOS 5 AÑOS  
 SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS,  
 1994/1997**



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

Recuadro III.3  
**CUANTO MÁS TEMPRANO SE APRENDE, MEJOR**

Los niños que asistieron a preescolares antes de los cuatro años, que viven con sus padres biológicos y cuyas madres completaron más de nueve años de educación formal, tienen mayores posibilidades de ser promovidos y de obtener mejores notas que el resto de los niños de su generación. “Incidencia de la educación inicial, de las características del hogar y de la escuela en los resultados de los alumnos de primer año de escuelas públicas de Montevideo”, estudio elaborado por Rubén Tansini, del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay.

El estudio examinó el efecto de distintos factores en el rendimiento de los niños en el primer año del ciclo básico mediante un modelo probabilístico que incluye, entre otras variables, la edad en que empezó a estudiar el menor, la composición de la familia, la existencia de libros en el hogar, la educación de la madre, el

nivel de inasistencia y el haber contado con maestras suplentes o titulares. Una de sus conclusiones principales es que los niños que se inician tempranamente en la escuela, en particular los que combinaron preescolar público y privado, tienen mayor probabilidad de obtener la promoción que los que no lo hicieron. Más aún, los niños que iniciaron su educación a edad temprana obtuvieron mejores notas y menores tasas de repetición que los que lo hicieron en forma tardía o no asistieron a preescolar.

Entre los alumnos que comenzaron el preescolar antes de los tres años, los promovidos al segundo año del ciclo primario con la calificación más alta MB (Muy Bueno) fueron entre 42% y 36%, mientras que entre aquellos que lo hicieron a los cinco años, sólo obtuvieron MB alrededor de 14%. Ese porcentaje es sólo de 3% entre los niños que no concurren a preescolar. Por ello, uno de los aspectos más relevantes de la reforma de la ense-

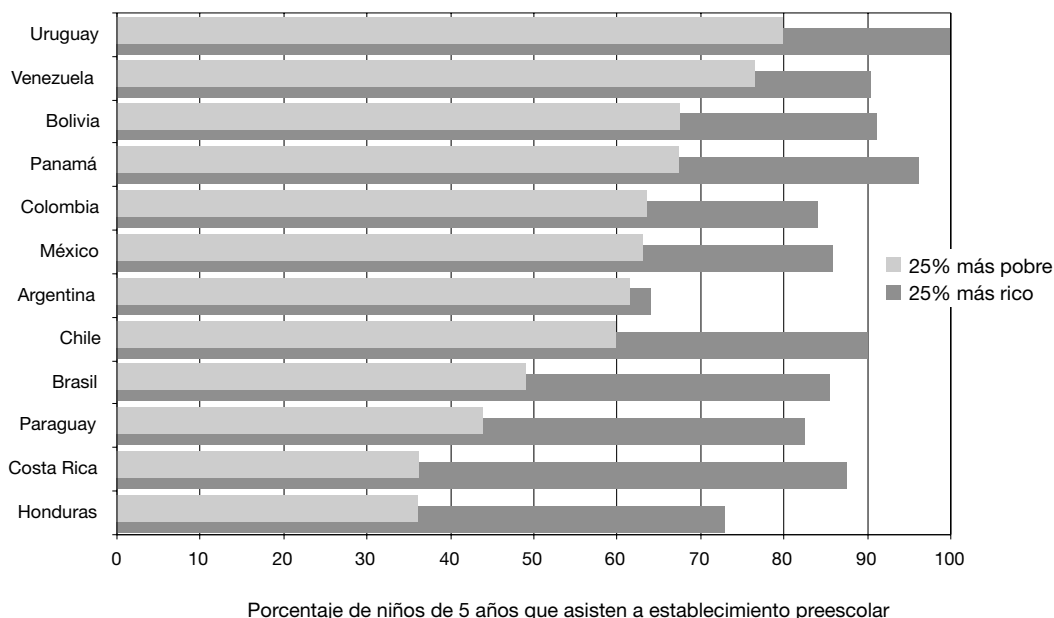
ñanza iniciada en 1995 en Uruguay es, según este estudio, el objetivo de la universalización de la educación inicial a los niños de 4 y 5 años de edad.

Los resultados que obtienen los niños están influenciados también por factores socioeconómicos del hogar, por la escuela y por los provenientes del contexto en que el infante se desarrolla. Tanto el contexto socioeconómico de la escuela como el “capital cultural del hogar” ejercen una influencia muy importante en el rendimiento de los alumnos. En efecto, se constató que la tasa de repetición decrece con el aumento del número de libros en el hogar, al tiempo que se incrementa la proporción de niños promovidos con notas más altas. Los resultados indicaron, además, que los niños con mayores probabilidades de resultar promovidos son aquellos que viven con su madre y padre biológicos, probabilidad que se incrementa si la madre ha completado la educación primaria.

---

**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), «América Latina y Portugal: tasas brutas de escolarización», Anuario estadístico de la UNESCO, París, 1999; Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), «Insumos demográficos para el sector educacional: América Latina, población en edad escolar, edades simples y años calendarios 1980-2000», Boletín Demográfico, año 23, N° 46 (LD/DEM/G.92), Santiago de Chile, 1990 y «América Latina: población por años calendario y edades simples, período 1995-2005», Boletín demográfico, año 30, N° 60 (LC/DEM/G.170), Santiago de Chile, 1997; y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, «España: tasa neta de escolarización», Madrid, 2000.

Gráfico III.3  
**ASISTENCIA PREESCOLAR A LOS 5 AÑOS ENTRE NIÑOS DEL 25%  
 MÁS POBRE Y DEL 25% MÁS RICO DE LOS HOGARES**  
**Zonas urbanas, 1994/1997**



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

#### 4. Calidad de la educación

En la década de 1990, la mayor parte de los países iberoamericanos cambia sensiblemente el foco de atención de las políticas públicas en materia de educación. Emerge con mayor fuerza la preocupación por la calidad y la equidad en la educación, como consecuencia de la gran expansión lograda en los años ochenta en relación con la cobertura del ciclo primario (ésta alcanza en general niveles que superan el 90%, acompañada casi en todos los países de ofertas cercanas al 100%) y la constatación, al mismo tiempo, de pronunciadas desigualdades en cuanto a la calidad de la educación a la que acceden los niños y niñas de distinto origen socioeconómico.

Esta preocupación pasa por la instrumentación de un conjunto de estrategias que persiguen incidir en los niveles de calidad de la educación. Entre éstas destacan los

procesos de reforma educativa, cuyos ejes principales se relacionan con la modernización de la gestión de la educación, manifestada en políticas de descentralización que pretenden acercar a los niveles regionales y a los centros educativos mismos, el mejoramiento de las capacidades de autogestión y de incorporar al currículo sus propias particularidades. La reformulación curricular incorpora a los contenidos temas transversales como democracia, ecología, salud, género y cultura de paz. Otro eje importante de estos procesos de reforma es la instrumentación de mecanismos de planificación, que permiten la discriminación positiva como un medio para la aplicación de recursos y apoyos a la educación para los sectores más necesitados, y la reducción de la inequidad en la prestación de los servicios educativos entre estratos sociales.

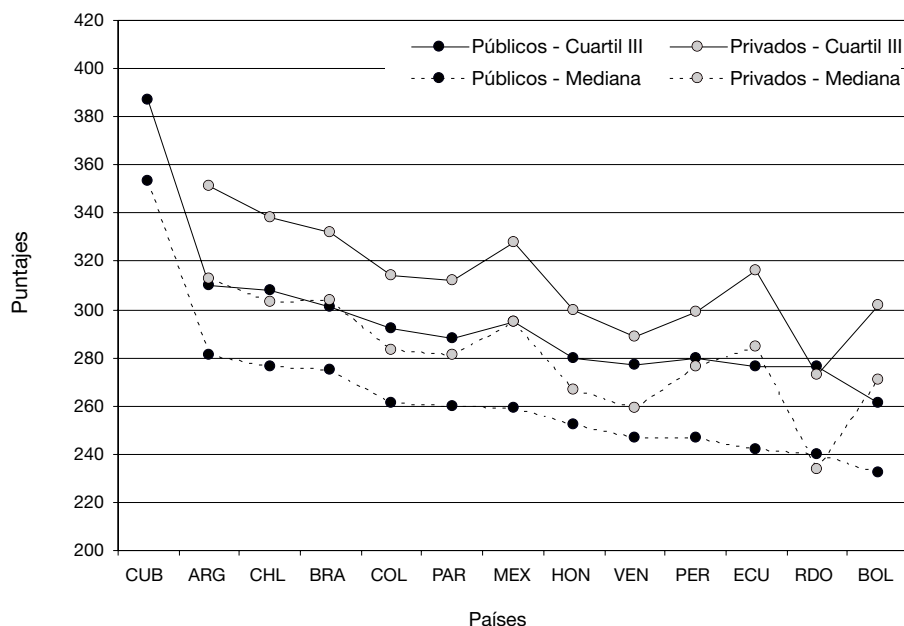
Además, se generan proyectos específicos, casi siempre con el apoyo financiero del Banco Mundial o del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), orientados a la educación básica, como la dotación de libros de texto gratuitos, bibliotecas escolares y de aula, material didáctico, expansión del nivel de educación preescolar y apoyos económicos para el desarrollo de proyectos escolares que atiendan a las particularidades propias de cada centro escolar.

Destacan también otros componentes relacionados con la gestión institucional del sector educativo, tales como la modernización de los procesos de recopilación, procesamiento y difusión de la información estadística del sector, acompañada de un esfuerzo regional por normalizar, mejorar y actualizar la información estadística del sector educativo a nivel regional, constituido por el Proyecto Regional de Indicadores Educativos (PRIE), que incluye la instalación de *sistemas nacionales de medi-*

*ción, monitoreo y evaluación de la calidad de la educación*, a partir del rendimiento escolar manifestado mediante la aplicación de pruebas estandarizadas, generalmente referidas al dominio del lenguaje (lectura) y la matemática (cálculo básico), complementadas con la investigación paralela de los factores que se asocian a los rendimientos observados.

En este mismo sentido, en la región se constituyó el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad Educativa (LLECE), que constituye la red de los sistemas de evaluación de la calidad de 16 países iberoamericanos. Las primeras evidencias aportadas por el Laboratorio indican que, con excepción de un solo país —Cuba<sup>2</sup>—, los resultados observados en rendimiento escolar se ubican por debajo de los promedios internacionales y generalmente cercanos a los puntajes más bajos observados, como se aprecia en el cuadro III.1.

Gráfico III.4  
**PUNTAJE MEDIANO Y DEL PERCENTIL 75 EN PRUEBAS ESTANDARIZADAS DE ALUMNOS DE CUARTO GRADO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PÚBLICOS Y PRIVADOS, LENGUAJE**

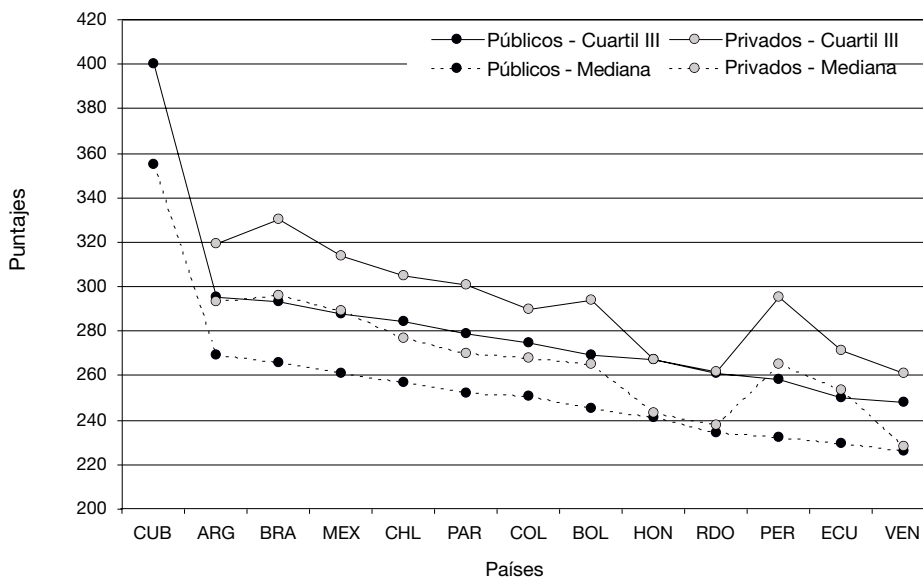


Fuente: Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad Educativa (LLECE), Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC).

2 Un estudio comparativo realizado en 1998 sobre alumnos de tercer y cuarto grado en 11 países de América Latina, comprobó que los niños cubanos obtenían resultados apreciablemente superiores a los de otros países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) —350 puntos frente a una media de 250— en matemáticas e idioma español y portugués (UNICEF, 2001).



**Gráfico III.5**  
**PUNTAJE MEDIANO Y DEL PERCENTIL 75 EN PRUEBAS ESTANDARIZADAS DE ALUMNOS DE CUARTO GRADO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PÚBLICOS Y PRIVADOS, MATEMÁTICA**



**Fuente:** Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad Educativa (LLECE), Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC).

Se detectaron, además, rendimientos distintos de acuerdo al lugar de residencia de los alumnos (ciudades de más de 1 millón de habitantes, zonas urbanas de menos de 1 millón de habitantes y más de 2 500 habitantes y zonas rurales de menos de 2 500 habitantes), y según el carácter público o privado de las escuelas. Las importantes diferencias de rendimiento tienden a reducirse o desaparecer cuando las comparaciones se hacen entre niños provenientes de grupos de población con iguales características familiares, o cuando han estado expuestos a procesos pedagógicos similares.

Al comparar los puntajes obtenidos en las pruebas estándar de lenguaje y matemática por los alumnos del cuarto básico de las escuelas públicas y privadas, los puntajes medianos y los correspondientes al percentil 75 en el conjunto de países revelan diferencias notables, con puntajes significativamente más elevados para los niños y niñas de las escuelas privadas.

Las variables que más gravitan en los rendimientos escolares en los países de la región que participaron en el estudio, ha permitido delinear un perfil de lo que pudiera considerarse una «escuela ideal»:

- La biblioteca cuenta con materiales instruccionales y libros en cantidad y calidad suficiente.
- Los docentes tienen formación inicial postsecundaria, perciben que su remuneración es adecuada y se dedican solamente a enseñar en una escuela.
- Los docentes perciben que los resultados positivos de sus alumnos o su fracaso dependen en buena medida de los alumnos mismos.
- Se incorpora la práctica formal de la evaluación del desempeño de los alumnos.
- Se privilegia la heterogeneidad, no agrupando a los alumnos bajo ningún criterio homogéneo.
- Se procura en el aula un ambiente adecuado que

Cuadro III.1  
**POSICIÓN RELATIVA DE PAÍSES IBEROAMERICANOS EN ESTUDIOS INTERNACIONALES  
 DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN**

Estudio	Países participantes	Países iberoamericanos	Posición relativa
LABORATORIO 1997 <sup>a</sup>	13	13	Los puntajes promedios del país N° 1 distan entre 1.5 y 2.0 desvíos estándar de los 12 restantes
TIMSS 1996 <sup>b</sup>	41	3	31, 37 y 40
TIMSS 1999 <sup>b</sup>	38	1	35
IALS 1998 <sup>c</sup>	22	2	19 y 22
IALS 1998 <sup>d</sup>	22	2	21 y 22

**Fuente:** Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), Asociación Internacional de Evaluación del Rendimiento (IEA), The Third International Mathematics and Science Study (TIMSS) y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), «Encuesta Internacional sobre Alfabetización de Adultos» ([http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/3d\\_span.pdf](http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/3d_span.pdf)), 2001.

<sup>a</sup> Lenguaje y matemática, 3° y 4° grados.

<sup>b</sup> Matemática 8° grado.

<sup>c</sup> Destrezas en alfabetismo en jóvenes de 16 a 25 años de edad.

<sup>d</sup> Destrezas en alfabetismo en adultos de 26 a 65 años de edad.

propicie el respeto y la convivencia armónica entre los alumnos.

- Los padres se involucran en el quehacer de la comunidad escolar.

Lo anterior señala los ámbitos en que es necesario realizar esfuerzos para elevar la calidad de la educación en la región y la urgente necesidad de que los ministerios de educación emprendan políticas que mejoren sustancialmente los magros resultados obtenidos en el ciclo primario por los niños y niñas de la región.

Con este objetivo, los países latinoamericanos y España, junto con los países no hispanoparlantes del Caribe, revisaron el estado de situación de la educación y su

comportamiento en los últimos 20 años, en la Séptima Reunión Regional de Ministros de Educación (Cochabamba, Bolivia, 5 al 7 de marzo de 2001), en el marco del Proyecto Principal en la Esfera de la Educación en América Latina y el Caribe (PROMEDLAC). En ella ratificaron la voluntad política de los Estados de superar las limitaciones y debilidades que hasta ahora se observan en materia de calidad de la educación, para lo cual propusieron la constitución de un nuevo Proyecto Principal, que recoja las recomendaciones emanadas de esa reunión, el que fue encargado a la Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC) y establecieron objetivos para los próximos 15 años.

## 5. El rezago educacional entre los adolescentes

No obstante la importancia de los avances en la cobertura de educación básica, la dinámica interna del sistema educativo ha tenido poca conexión con la evolución del sistema productivo y con las transformaciones que han experimentado la mayoría de las sociedades iberoamericanas. Por regla general, no se han incorporado a los programas de estudio y a las prácticas escolares contenidos que respondan a las demandas de la economía y

del ejercicio pleno de la ciudadanía, lo que se refleja en la debilidad de los sistemas de capacitación y en los anacronismos en materia de contenidos y modelos de aprendizaje. Así, no se ha satisfecho adecuadamente la demanda que nace del desafío de la competitividad, ligada a la necesidad de expandir los niveles medio y superior del sistema educacional.

Cuadro III.2  
TASA BRUTA DE ESCOLARIDAD POR NIVEL DE ENSEÑANZA, 1996

Continentes, grandes regiones y grupos de países	Grado de enseñanza								
	Primaria			Secundaria			Superior		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Países en desarrollo	100.0	105.8	93.8	50.4	55.1	45.3	9.6	11.1	8.1
Iberoamérica	108.6	109.1	106.3	64.1	60.1	65.8	23.1	21.5	23.5
Países desarrollados	103.0	102.8	103.2	100.3	98.8	101.8	50.5	46.8	54.4

Fuente: CEPAL, Equidad, desarrollo y ciudadanía (LC/G.2071/Rev.1-P), Santiago de Chile, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.81 y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), World Education Report, 2000. The Right to Education: Towards Education for All Throughout Life, apéndices II y III, París, 2000.

En la educación primaria, la región ostenta tasas de cobertura elevadas. Por el contrario, mientras que en la enseñanza secundaria los países desarrollados tienen una cobertura casi total y cercana a la mitad en la terciaria, los de la región —con la excepción de España y Portugal— están lejos de alcanzar esos niveles.

A medida que los países de la región progresaron en materia de logros educativos de la población, se ha ido produciendo un proceso de devaluación educativa, que ha significado menores retribuciones en el mercado laboral frente al mayor promedio de años de escolaridad del conjunto de la sociedad, debido a las actuales exigencias de capacitación para acceder al empleo. Actualmente, los años de instrucción formal requeridos para contar con altas probabilidades de evitar la pobreza oscilan entre 10 y 12 años, según sea el perfil educacional de cada

país (véase el cuadro III.3). Por eso mismo, a medida que se avanza en la ampliación de la cobertura de la enseñanza secundaria aumentan también las exigencias del mercado de trabajo en cuanto a años de escolaridad de quienes ingresan a él.

Estas consideraciones muestran que, si se pretende elevar los niveles de competitividad de los recursos humanos, y que la mayor parte de la población cuente con suficientes años de escolaridad como para poder aspirar a mejores opciones de movilidad ocupacional y bienestar social de los jóvenes en el futuro, todavía es necesario avanzar sustancialmente en materia de logros educativos en la región, concretamente en la escolaridad correspondiente a la enseñanza secundaria y terciaria. Los principales desafíos en el campo educacional que se plantean al respecto son los siguientes:

- a) Dar continuidad educativa. El reto es lograr avances importantes en materia de permanencia dentro del sistema educacional, con vistas a llegar dentro de los plazos más cortos posibles a una cobertura universal de la educación secundaria.
- b) Aumentar decididamente la calidad de la educación. Ello implica seguir avanzando en herramientas de diagnóstico, como las pruebas de medición de calidad, para dar mayor pertinencia a intervenciones futuras; emprender acciones para actualizar estilos de aprendizaje y de enseñanza; dotar a las escuelas de un soporte informático para transmitir nuevas destrezas; mejorar los contenidos curriculares, los salarios y la capacitación docente; extender las jornadas escolares y dotar de mayor infraestructura a las escuelas.
- c) Otorgar mayor igualdad de oportunidades educativas. El acceso a una educación de calidad sigue siendo muy segmentado por estratos socioeconómicos. Es necesario que las reformas educativas pongan énfasis en la igualación de oportunidades de acceso a una educación de mejor calidad, y garanticen a los sectores más desposeídos una oferta educativa que les permita permanecer más tiempo en el sistema, adquirir formación oportuna y contar con mayores opciones de movilidad socioocupacional.

Cuadro III.3  
**AÑOS DE EDUCACIÓN NECESARIOS PARA TENER BUENAS  
 PROBABILIDADES DE NO CAER EN LA POBREZA  
 (Áreas urbanas)**

País	Año	Años de educación	Ingreso promedio en valores de la línea de pobreza	Porcentaje de no pobres
Argentina	1997	12-14	7.5	95
Brasil	1996	10-11	7.1	92
Chile	1998	12-14	6.3	91
Colombia	1997	12-14	4.8	87
Costa Rica	1997	13-14	8.1	96
Ecuador	1997	12-14	4.1	70
El Salvador	1997	11-12	5.9	89
Panamá	1997	12-14	7.0	93
Paraguay	1996	12-14	4.9	88
Rep. Dominicana	1997	13-14	6.2	88
Uruguay	1997	10-11	6.1	98
Venezuela	1994	13-14	4.1	79

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

La inversión educacional oportuna, suficiente y de calidad, es económica y socialmente más conveniente. Esta inversión realza el desarrollo cultural y social de los jóvenes y complementa las actividades realizadas en otros ámbitos, como la educación para el cuidado de la salud y la educación sexual, y contribuye también a mejorar el clima educacional de los hogares y su capacidad de socialización.

La posibilidad de que un grupo creciente de jóvenes complete la educación secundaria eleva la competitividad sistémica del conjunto de la sociedad, vale decir, su capacidad para centrar el valor agregado en la incorporación de progreso técnico y, cada vez más, en el uso intensivo de la información y el conocimiento.

## 6. Algunos problemas en la adolescencia

La *adolescencia* es una etapa de límites imprecisos que suele comprender una fracción importante del segundo decenio de la vida de las personas. Su inicio está vinculado con procesos puberales, debidos a cambios hormonales que gatillan modificaciones fisiológicas y corporales significativas —crecimiento, cambio de voz, desarrollo genital, menarquia, y otras—, acompañadas de mutaciones psicosociales muy poderosas. Su término se relaciona con la finalización de la etapa de capacitación básica para la vida social (la enseñanza escolar), tras la cual se asumen nuevos roles —diferentes a los adultos y, en general, marcados por la búsqueda y consolidación de la independencia— que son más propios de la juventud. La adolescencia, en tanto fenómeno cultural y psicosocial, es una condición moderna difícil de enfrentar adecuadamente con marcos sociovalóricos tradicionales deficitarios en cuanto a oferta de oportunidades.

Menarquia más temprana, matrimonios más tardíos, conciencia social y participación más avanzada, transformaciones diversas en las formas que toma la vida familiar, la consolidación de un mercado de bienes y servicio dirigidos a los adolescentes y la creciente participación de éstos en hechos violentos (accidentes automovilísticos, peleas de pandillas) o ilegales (bandas criminales, consumo de drogas), han contribuido a redoblar la atención hacia este grupo de la población.

Al contrario de lo que ocurre con los niños pequeños, la mortalidad de los adolescentes iberoamericanos es principalmente causada por hechos violentos: accidentes, homicidios y suicidios, que explican en promedio un 40% de las muertes en estos grupos de edad. Además de sus consecuencias éticas y de la pérdida económica que representa, este hecho tiene enormes consecuencias psicosociales: por cada niño o adolescente que muere por accidente o violencia, 15 quedan gravemente afectados y otros 30 a 40 tienen daños que exigen tratamiento o rehabilitación médica o psicológica. Los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte violenta de los adolescentes iberoamericanos y claman por políticas de prevención mucho más sólidas que las actuales. Las muertes en siniestros de tránsito —como en muchos otros tipos de accidente— son violaciones del derecho a la vida que la comunidad internacional considera homicidio negligente, pues existen previsiones individuales y sociales que permiten evitar-

las. Los accidentes de tránsito son causa del 16% de todas las muertes de niños y niñas entre los 5 y los 14 años y del 20% de las defunciones de los menores de 19 años (UNICEF-OMS, 1995). Los homicidios son particularmente importantes en Colombia, donde dan cuenta del 54% de las muertes para este grupo de edad, en tanto que en Ecuador sólo llegan al 11%.

En general, tanto los homicidios como los suicidios presentan tasas de incidencia mucho mayores en los hombres jóvenes que en las mujeres, para las cuales el embarazo y sus complicaciones constituyen una de las principales causas de muerte. Después de las muertes por accidente, homicidio y suicidio, los tumores cancerosos constituyen la cuarta causa de muerte en los adolescentes entre 15 y 19 años de edad, seguida por las enfermedades transmisibles y las cardiovasculares.

Por ello, aunque la salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países, sus necesidades y derechos no tienen notoriedad en las agendas del sector salud ni en las políticas públicas, excepto cuando su conducta es percibida como inadecuada.

Finalmente, los problemas de sobrepeso y obesidad y, en menor medida, los de anorexia y bulimia, coexisten con los problemas de desnutrición expresados a través del retraso en el crecimiento. La obesidad tiene implicancias sobre la diabetes tipo II, la hipertensión y otras enfermedades crónicas y emerge como un problema mayor en la región. La obesidad ha dejado de ser una manifestación de sectores de altos ingresos de la población para pasar a constituir una nueva expresión de la pobreza, producto de una inadecuada composición de la dieta alimentaria y de los deficientes estilos de vida (Peña y Bacallao, 1999). La prevalencia de obesidad en las mujeres muestra diferentes perfiles según los estudios realizados en la región, tal como lo demuestra el cuadro III.4.

Esto apunta a la necesidad, enfatizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de avanzar desde una visión de los problemas de salud centrada exclusivamente en la mortalidad y sus causas, y en la atención eminentemente curativa de estas causas, hacia un enfoque centrado también en aquellos problemas de salud que, si bien no llegan a causar directamente la muerte, sí tienen un

claro impacto en las condiciones de vida de la población, en sus capacidades y en su calidad. Estos problemas pueden llegar a tener un efecto personal y social muy significativo, y mientras que el tratamiento curativo de sus consecuencias en la edad adulta y la vejez puede ser comple-

jo y de altísimo costo, las posibilidades de prevenirlos mediante cambios en los hábitos de vida —alimentación, ejercicios, calidad ambiental— resultan relativamente simples y baratas.

Cuadro III.4  
**OBESIDAD EN MUJERES (15-45 AÑOS)**

País (Año)	Obesidad %
Bolivia (1994)	16.8
Brasil (1996)	19.8
Colombia (1995)	21.6
Guatemala (1995)	23.3
Honduras	17.9
México (1987)	18.7
Perú (1996)	20.0
República Dominicana (1996)	22.8

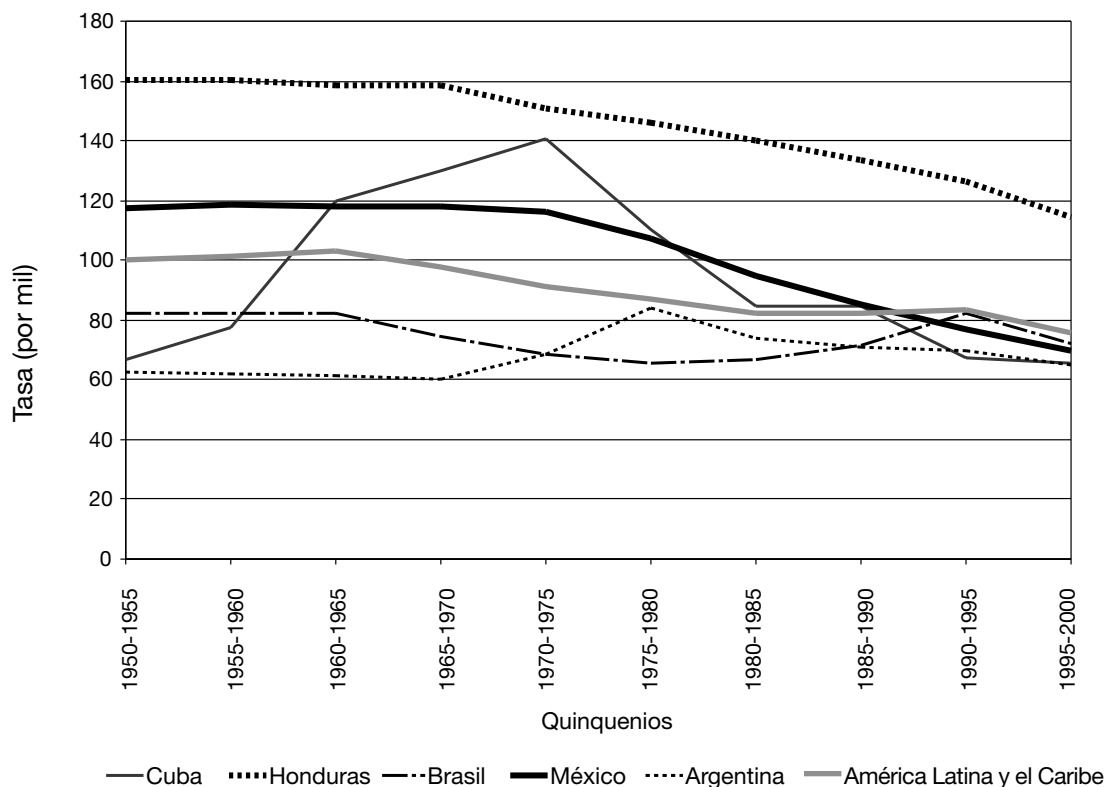
**Fuente:** Martorell, Reynaldo, Laura Kettel Khan, Laurance Grummer-Strawn, «Obesity in Latin American women and children», *The Journal of Nutrition*, vol. 128, N° 9, 1998, pp. 1464-1473.

## 7. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

La transformación de los conceptos y prácticas culturales de género, la educación más generalizada y los cambios en el mundo laboral han creado un espacio para que los adolescentes —y en particular las mujeres— se enfrenten de manera más consciente a esa etapa de su propio desarrollo. Gran parte de este cambio es positivo y refleja el efecto liberador del desarrollo pero, como todo proceso de cambio social y cultural, involucra difíciles transiciones en las que algunos riesgos pueden verse magnificados, particularmente en lo que respecta a la vida sexual y reproductiva de los adolescentes.

Si bien la información disponible sugiere que en América Latina y el Caribe, y en la mayoría de los países que la integran, la fecundidad adolescente actual es inferior a la registrada hace 30 años (véase el gráfico III.6), a lo largo de la última década este problema no parece haber continuado reduciéndose, sino que podría incluso estar aumentando nuevamente, como se desprende del gráfico III.7 elaborado a partir de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS).

Gráfico III.6  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PAÍSES SELECCIONADOS: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE 1950-2000**

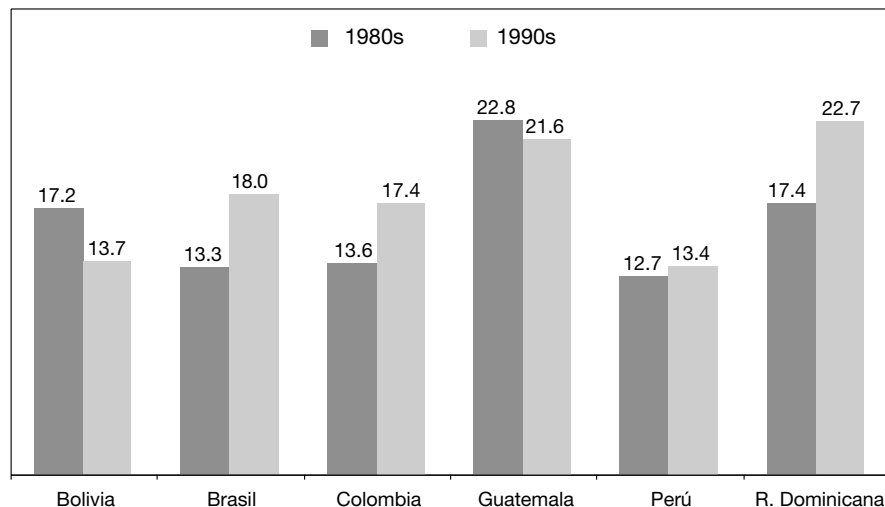


Fuente: División de Población de la CEPAL (CELADE), estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Los niveles más altos de fecundidad adolescente prevalentes en Iberoamérica hace 30 años se debían a un patrón de *unión temprana*, que implicaba que la *iniciación sexual* y la *reproductiva* estaban estrechamente relacionadas entre sí y con la *unión conyugal temprana*. En la actualidad, sin embargo, la disociación entre los componentes de esa tríada es frecuente, lo que posibilita identificar tres situaciones disímiles predominantes. La primera consiste en una *iniciación sexual* relativamente temprana para ambos sexos, en condiciones de soltería y con uso de medios preventivos de embarazos. Se trata de un patrón de conducta frecuente en sociedades occidentales desarrolladas; en lo que atañe al uso de medios para prevenir embarazos,

los casos de España y Portugal son ilustrativos (véase el gráfico III.8). Este patrón de conductas entraña una desvinculación entre la actividad sexual, la nupcialidad y la procreación desde la adolescencia. Una segunda situación es la de una *iniciación* también temprana y en condiciones de soltería, pero sin uso de medios para prevenir embarazos no deseados que, si bien implica una disociación entre la actividad sexual y la nupcialidad, no logra escindir la actividad sexual de la procreación. Éste es un patrón adverso, que no sólo favorece la fecundidad adolescente sino que tiende a situarla en condiciones de pareja inexistente o frágil. La tercera situación es la de una *iniciación sexual* temprana en condiciones de *unión conyugal* y sin uso de

Gráfico III.7  
**PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS A MEDIADOS DE LAS DÉCADAS DE 1980 Y 1990**



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (<http://www.measuredhs.com/>).

medios anticonceptivos; se trata de un patrón tradicional que conduce a una fecundidad adolescente en el contexto del matrimonio. En general, constituye un patrón desventajoso en el mundo contemporáneo, donde las exigencias de formación durante la adolescencia y la juventud chocan abiertamente con las obligaciones y responsabilidades que entraña la crianza de los hijos.

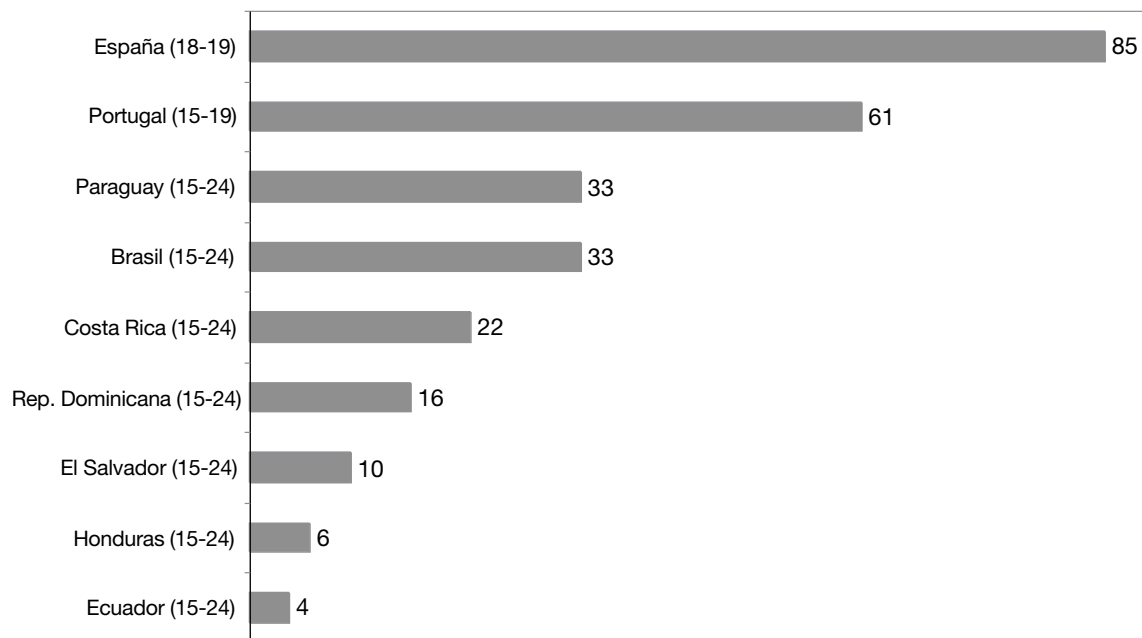
Esta fecundidad adolescente preocupa por múltiples razones. Por una parte, debido a las consecuencias negativas que ella implica para los padres adolescentes y, en especial, para las madres: incentiva la deserción escolar, reduce significativamente el tiempo disponible para las actividades formativas, estimula inserciones tempranas y desmedradas en el mercado de trabajo, entraña riesgos para la salud (sobre todo si es precoz, es decir, si ocurre antes de los 18 años) y provoca uniones frágiles. Están, además, las consecuencias negativas para los hijos concebidos por esos padres adolescentes, que empiezan por la propia inmadurez física del cuerpo de la madre, pero que se asocian también con la menor madurez psicosocial para la crianza, el mayor riesgo de monoparentalidad y, en muchos casos, un alto riesgo de padecer las privaciones propias de la po-

breza. Finalmente, para la sociedad, la fecundidad adolescente supone mayores gastos en salud, pérdida de recursos humanos y reforzamiento de los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Diversas investigaciones muestran cada vez con mayor claridad que el comportamiento social y sexual riesgoso es más probable entre quienes inician sus actividades sexuales en una etapa temprana de la vida. Las mujeres y hombres adolescentes tienen diferentes expectativas acerca de las relaciones sexuales, la coacción y la seducción. Las mujeres siguen enfrentándose con normas dobles y muchos varones son aún socializados de modo de asumir comportamientos predatorios con respecto a las mujeres solteras (FNUAP, 1999a). El fracaso de una adecuada socialización en una esfera de la vida se relaciona con riesgos en otras esferas: el establecimiento precoz de una identidad social desvinculada de las normas de comportamiento social responsable tiende a agravar los problemas y a intensificar las amenazas y riesgos contra la salud y el bienestar. En este sentido, resultan particularmente preocupantes las estimaciones según las cuales la mitad de las mujeres iberoamericanas tienen su



Gráfico III.8  
**PORCENTAJE DE MUJERES JÓVENES QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL**



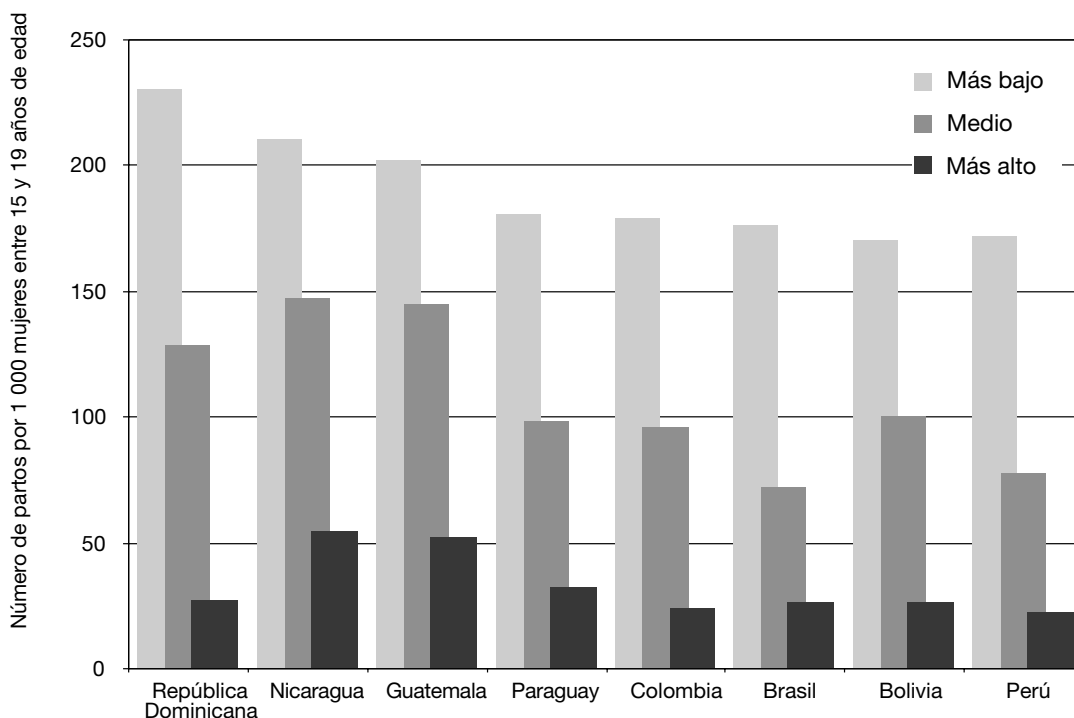
**Fuente:** Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (CEPE), *Fertility & Family Services in Countries of the ECE Region*, Ginebra, varios años; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPED), United States Agency for International Development (USAID).

primera relación sexual antes de los 20 años y cerca de una tercera parte lo hacen antes de los 17 años. En el caso de los varones la iniciación sexual es aun más temprana, ya que cerca de la mitad de ellos inician sus relaciones sexuales antes de los 17 años (CELADE, 2000).

Esta precocidad de la vida sexual es todavía más preocupante cuando sus efectos nocivos se ven entrelazados con las dinámicas sociales que, como se analiza más adelante, tienden a reproducir las inequidades y la pobreza. La evidencia indica concluyentemente que las mujeres más pobres se inician sexualmente, se unen y tienen su primer hijo a edades mucho más tempranas que las de los segmentos de alto nivel socioeconómico, lo que se traduce en niveles de maternidad adolescente significativamente mayores entre las muchachas pobres. En efecto, la maternidad temprana se concentra en los estratos de menores in-

gresos, como lo demuestra el hecho de que 80% de las madres adolescentes en las zonas urbanas y 70% en las rurales pertenecen al 50% de los hogares más pobres. En el cuartil de menores ingresos, más del 35% de las mujeres han tenido su primer hijo antes de los 20 años de edad, en tanto que en el cuartil superior estos casos no llegan a exceder de 10%. Las diferencias son aun más pronunciadas si se considera el nivel educativo de las mujeres: entre las que no completaron la educación primaria, casi la mitad fueron madres adolescentes, en comparación con sólo un 7% entre las que egresaron de la educación secundaria (CEPAL, 1998). El gráfico III.9 muestra con claridad cómo, en un conjunto representativo de países de la región, la tasa de fecundidad adolescente está claramente vinculada con el nivel socioeconómico de las familias: cuanto mayor es la pobreza, mayor la tasa de fecundidad.

Gráfico III.9  
**TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (ENTRE 15 Y 19 AÑOS)  
 POR QUINTILES EN PAÍSES SELECCIONADOS,  
 1990/1998**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Banco Mundial, Poverty Inequality Project, Washington, D.C., 2000.

Los adolescentes muestran flancos débiles frente a los riesgos que entraña una más temprana vida sexual en un contexto de alta vulnerabilidad. En primer término tienen, en promedio, poca información precisa y útil sobre la sexualidad, el funcionamiento de los aparatos reproductivos femeninos y masculinos y las enfermedades de transmisión sexual. Ciertamente, hay enormes diferencias entre países y dentro de los países, así como también se registra un grado mayor de información sobre algunos temas. Con todo, algunas mediciones más específicas revelan que incluso en estos temas las lagunas son enormes cuando se profundiza ligeramente en ellos. Un

caso ilustrativo es el conocimiento de medios anticonceptivos que, en una primera medición, parece extendido entre los adolescentes, pero cuando se indaga sobre su manejo operativo la ignorancia o los errores predominan, y su uso es muy bajo.

En consecuencia, problemas como los relativos a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) suelen afectar con particular intensidad a los adolescentes. Estas enfermedades obligan a un 15% de los adolescentes de 15 a 19 años, que cada año adquieren tricomoniasis, clamidia, gonorrea o sífilis (Camacho, 2000).

---

## 8. El problema del SIDA

En América Latina y Caribe, 1 660 000 personas han contraído el VIH/SIDA. De ellas, aproximadamente 37 600 son niños entre 0 y 14 años. En general, América Latina muestra una diversidad en la evolución de la epidemia y presenta tasas de prevalencia menores a otras regiones, aunque con una tendencia al aumento. Los porcentajes de personas que han contraído la enfermedad son considerablemente más altos en el Caribe que en América Latina (UNICEF, 2001).

Según las cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), este flagelo afecta de manera mucho más marcada a los adolescentes: la mitad de los casos nuevos ocurren en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, y la edad promedio de los casos ha disminuido de 32 años en 1983 a 25 años en 1992. Se estima que del total de hombres contagiados, un 29% en Brasil y un 31% en Honduras tienen entre 10 y 19 años; en Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y República Dominicana más del 1% de la población de 15 a 24 años es seropositivo.

La información disponible indica que, pese a los múltiples esfuerzos realizados, en varios países de la región

aún persiste un gran desconocimiento, que es todavía mayor en el caso de los procedimientos preventivos. Nuevamente, la ignorancia —y por ende, los mayores riesgos— se concentra entre los adolescentes pobres. Por ejemplo, dos de cada tres adolescentes guatemaltecos pobres “no han escuchado hablar de SIDA”, situación en la que se encuentra menos de un 5% de los adolescentes de estrato alto. El acceso desigual a la educación y a servicios de información sobre el tema se refleja en un bajo nivel de conocimiento entre los adolescentes sobre el VIH y su prevención, lo cual se acentúa en las mujeres de algunos grupos marginados de Iberoamérica. En Bolivia, Guatemala y Perú, por ejemplo, menos de la mitad de las mujeres indígenas menores de 20 años habían oído hablar del SIDA, en comparación con promedios nacionales superiores al 70%. Un estudio realizado en Guatemala mostró que, en 1995, sólo el 2% de las adolescentes indígenas había oído hablar del condón, lo cual resulta particularmente preocupante dado que Guatemala es uno de los países de la región en que la epidemia del VIH está creciendo más rápidamente (OPS/OMS, 2000c).<sup>3</sup>

---

## 9. Embarazo precoz y embarazo no deseado

Los problemas de la sexualidad adolescente no sólo tienen que ver con el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, sino además con el desarrollo de la propia identidad y, en muchos casos, con la procreación no planeada ni deseada, en condiciones que suelen ser inadecuadas tanto para los nuevos padres y madres, como —y sobre todo— para sus hijos. Las investigaciones señalan que, en su gran mayoría, los adolescentes tienen sus primeras experiencias sexuales con otros adolescentes. Sin embargo, por las razones ya mencionadas, estas expe-

riencias tienden a ser vividas y entendidas de forma muy distinta por *los* y *las* adolescentes. Las mujeres tienden a esperar continuidad y una relación establecida. Las expectativas de los muchachos a menudo son diferentes y hay poca oportunidad o estímulo para la comunicación y los acuerdos mutuos. Los papeles de género preestablecidos promueven el predominio masculino y desalientan la afirmación de sí mismas por parte de las muchachas. Para muchas mujeres jóvenes, casadas o no, la negociación para obtener relaciones sexuales en con-

---

3 Un recién nacido cuya madre tiene reacción serológica positiva al VIH puede contraer el virus por vía de la leche materna, en una proporción de 1 a 7.

diciones más seguras y utilizar anticonceptivos es difícil, debido a su baja autoestima y condición social. La falta de poder las hace, además, vulnerables al abuso sexual, incluidos el incesto y la violación.

Uno de los resultados de esta dinámica precoz y desigual son los embarazos adolescentes no deseados o inoportunos. Diversas encuestas señalan que, en los países de Iberoamérica, entre el 44% y el 76% de los embarazos de jóvenes solteras no son deseados. Estos embarazos constituyen un problema que afecta el desarrollo integral de esas jóvenes progenitoras, comprometiendo a su vez el desarrollo de su comunidad, y se convierte en la primera causa de atención en los servicios de salud. El peso social de este problema puede dimensionarse mejor si se considera que durante los cinco años comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, la mitad de la población femenina de la región tendrá un hijo; que cada año nacen 2 millones de hijos o hijas de madres adolescentes; y que en la mayoría de los países iberoamericanos del 15% al 25% de los recién nacidos son hijos de madres adolescentes. A mediados de los años noventa, el porcentaje de madres adolescentes que a los 19 años ya tenían dos o más hijos oscilaba entre 6.4% en Colombia, 8,9% en Bolivia, 11.7% en República Dominicana y 14.4% en Guatemala. Se estima que, en promedio, 4 de cada 10 embarazos terminan en aborto, cuya práctica es ilegal en la mayoría de los países de la región, y por lo tanto aumenta considerablemente el riesgo de mortalidad materna (OPS/OMS, 2000a, p. 9).

Estos nacimientos no planificados o no deseados representan una dura carga para todos los involucrados. Para las madres adolescentes, ellos suelen suscitar la desaprobación social y familiar, y enfrentan a estas niñas-madres con tempranas y angustiantes responsabilidades económicas. Pueden conducir a matrimonios no deseados o

inoportunos y a la interrupción o el abandono de la educación. Estudios realizados en Chile, México y otros países indican que las madres adolescentes tendrán más hijos que las que comienzan a tener familia más tarde; y que en muy pocos casos los padres de sus hijos asumirán o compartirán el rol de jefe de familia o proporcionarán apoyo financiero o de otra índole (FNUAP, 1999a, p. 28).

En muchos casos, la situación es aún más trágica, pues el embarazo precoz se ha convertido en una de las principales causas de muerte. Efectivamente, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es 50 veces mayor para las adolescentes iberoamericanas que, por ejemplo, para una estadounidense. El alumbramiento es mucho más peligroso para las menores de 18 años que para las mujeres adultas plenamente desarrolladas, y también es más peligroso para sus hijos, quienes enfrentan mayores probabilidades de enfermarse o morir cuando tienen muy corta edad. Las niñas de entre 10 y 14 años de edad tienen probabilidades de perder la vida a raíz del embarazo y el parto cinco veces mayores que las mujeres de 20 a 24 años. El acceso a los servicios obstétricos puede ayudar, pero la combinación de cuerpos inmaduros, pobreza, falta de educación y carencia de acceso a servicios médicos son factores que incrementan gravemente los riesgos. Cuando la madre muere durante el embarazo o el parto, la salud física y psicológica del hijo se ve seriamente comprometida por períodos prolongados y, muchas veces, por toda su vida (FNUAP, 1999b).

Cuatro conjuntos de acciones son decisivos para la disminución de la mortalidad materna: la reducción del embarazo de adolescentes, la nutrición adecuada de la gestante, el control del embarazo por personal especializado (incluyendo la inmunización oportuna) y la atención del parto en organismos del sistema de salud.

---

## 10. El trabajo infantil en Iberoamérica: magnitud y causas

El trabajo infantil obedece a múltiples causas y genera múltiples consecuencias negativas en los propios niños y niñas, sus familias y las sociedades de los países de Iberoamérica. No es un fenómeno nuevo, lo que es reciente es la voluntad política de erradicarlo. Constituye un indicador de pobreza, pero también un reflejo de las defi-

ciencias y limitaciones en las políticas nacionales y regionales. Hay países con recursos económicos escasos que, sin embargo, tienen cifras de trabajo infantil muy bajas, y países con niveles altos o medios de desarrollo, con un volumen significativo de participación laboral infantil.

Recuadro III.4

**UNOPEC: UN SISTEMA EDUCATIVO ALTERNATIVO PARA EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES**

La Unidad Operativa de Educación y Capacitación (UNOPEC) es una iniciativa piloto desarrollada en Chile, cuyo objetivo es contribuir a la solución de uno de los principales problemas derivados del embarazo adolescente: el abandono escolar. Se trata de un modelo educativo alternativo que funciona en un liceo que cuenta con sala cuna y jardín infantil y que es atendido por profesores capacitados en educación sexual.

Antecedentes aportados por el Ministerio de Educación y por el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) de la Universidad de Chile, señalan que de las 13 500 escolares que se embarazan cada año en Chile, sólo 15% continúan estudiando después del parto y una fracción aún más baja (7%) continúa haciéndolo tres años después de éste, lo que reduce enormemente sus posibilidades de bienestar futuro y las de sus hijos.

Asimismo, los estudios revelan que las adolescentes que abandonan la escuela tienden con mayor frecuencia a repetir los embarazos y tienen mayores tasas de aborto voluntario que aquellas que continúan en el sistema escolar. A ello se agregan los factores de riesgo que afectan a los hijos de madres adolescentes con baja instrucción: tienen peores indicadores de crecimiento y desarrollo, y están sometidos con mayor frecuencia a episodios de enfermedades que necesitan hospitalización y a accidentes caseros.

Considerando las causas culturales, biológicas y las propias del sistema escolar que llevan a las adolescentes embarazadas a abandonar las aulas, CEMERA se propuso desarrollar un sistema alternativo de educa-

ción y capacitación diurna que permitiese a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes continuar sus estudios. Los objetivos específicos que se trata de lograr con UNOPEC son:

- i) retener en el sistema escolar a esas adolescentes en un establecimiento que cuenta con programas aprobados por el Ministerio de Educación, que incluyen estudios regulares de enseñanza media y de capacitación;
- ii) mantener el nexo entre madre-escolar e hijo a través de la instalación en el establecimiento de una sala cuna y de un jardín infantil, que permita compatibilizar las actividades docentes y las propias de la maternidad;
- iii) promover programas de estudio de curriculum funcional que consideren la problemática del adolescente, a través de sistemas participativos de educación, con inclusión de la familia;
- iv) brindar atención integrada de educación y de salud a las escolares adolescentes;
- v) contribuir indirectamente a la prevención del aborto clandestino, del abandono y del maltrato infantil; y
- vi) evaluar la factibilidad económica del modelo propuesto y las posibilidades de ponerlo en práctica a escala nacional.

La evaluación global de la experiencia del liceo UNOPEC mostró que el promedio de asistencia anual de las matriculadas fue de 65% durante 1995 y que 72% de ellas terminaron con éxito sus estudios. El total de inscritas

fue de 185, estimándose en 250 el número de alumnas necesario para autofinanciar la experiencia. La evaluación mostró, entre otras, las siguientes ventajas de este modelo alternativo de educación:

- es flexible: ofrece alternativas de capacitación laboral junto con recuperación de enseñanza básica y media;
- es equitativo: acoge principalmente a adolescentes de estratos medios y bajos donde es más frecuente el embarazo precoz y se financia parcialmente con recursos del Estado a través de sus mecanismos regulares y con aporte de las matriculadas de acuerdo con su capacidad económica;
- es integral: enseña con docentes preparados en educación sexual y otorga asistencia de salud a madres e hijos;
- es no discriminativo: atiende a madres adolescentes, y a embarazadas y no embarazadas adolescentes y adultas, y ofrece alternativas de educación a los adolescentes varones que son padres precoces.

Se estima que este modelo ofrecerá alternativas positivas frente a un problema imposible de resolver en el corto plazo, como es el embarazo en adolescentes escolares, los que abandonan sus estudios no sólo debido al rechazo que proviene del sistema educacional regular, sino como consecuencia de hechos biológicos propios del embarazo, la maternidad y el desarrollo del lactante y las consecuencias del impacto psicológico, familiar y social de un embarazo a edades precoces.

**Fuente:** Ramiro Molina y otros: "Liceo: Unidad Operativa de Educación y Capacitación (UNOPEC). Una experiencia innovadora en educación", Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, vol. 3, N° 3, 1996.

En 1996 la OIT realizó estimaciones sobre la cantidad de niños económicamente activos a nivel regional y mundial. En total, 250 millones de menores con edades comprendidas entre 10 y 14 años realizaban actividades laborales en el mundo. De ellos, al menos 120 millones lo hacían a tiempo completo, mientras que el resto combinaba el trabajo con el estudio. África cuenta con la mayor incidencia de trabajo infantil con un 41%, en comparación con el 22% de Asia y el 17% en América Latina. Utilizando como base de información las encuestas de hogares, se calcula que 7.6 millones de niños y niñas entre 10 y 14 años de edad estarían laboralmente activos en Iberoamérica.

Sin embargo, en la región —especialmente en zonas rurales— los niños y niñas se incorporan al trabajo a edades más tempranas. Por otra parte, un sector de la infancia se dedica de manera exclusiva, y a veces excluyente con la educación, a las tareas domésticas. Si se consideran ambos tipos de actividad, el número de trabajadores menores de 15 años se podría estimar en unos 20 millones. Si a la estimación anterior se suma el grupo de adolescentes entre 15 y 18 años que trabajan, la cifra total sobrepasaría los 30 millones de menores trabajadores (OIT-IPEC, 2000).

Las zonas rurales y las áreas marginales de las ciudades son el foco de concentración de niños, niñas y adolescentes trabajadores. Al menos el 50% del trabajo prematuro se concentra en las comunidades campesinas. En general, se encuentra un mayor porcentaje de menores trabajadores en actividades agropecuarias en el sector informal urbano y en el trabajo doméstico, con una mínima presencia en el sector estructurado de la economía (alrededor del 10%).<sup>4</sup> No obstante, en la medida en que el sector formal e informal están articulados, esto conduce a una utilización indirecta de mano de obra barata, en diferentes niveles del sistema productivo.

Las jornadas de trabajo sobrepasan los límites que fijan las legislaciones nacionales, incluso para el caso de los adultos. Estimaciones del programa IPEC de la OIT para la región indican que la jornada laboral infantil bordearía las 46 horas semanales, duración que no difiere mayormente de la jornada laboral de los adultos.

Los ingresos obtenidos del trabajo son escasos y muchas veces incluso nulos. Según datos de la OIT, el 90% de los niños y niñas de entre 10 y 14 años de edad tienen un ingreso menor o igual al salario mínimo legal. Al menos 50% de la mano de obra infantil en la región no percibe ningún ingreso y cae bajo la categoría de trabajo familiar no remunerado.<sup>5</sup>

Aunque minoritario, existe un segmento de los niños trabajadores que es de importancia por la gravedad de su situación; son aquellos que se desempeñan en ocupaciones nocivas o peligrosas. En Brasil, por ejemplo, es conocido el caso de niños, niñas y adolescentes dedicados al corte de caña de azúcar, con inminente riesgo de mutilaciones. En los países andinos se encuentra una alta concentración de niños en actividades de minería artesanal de oro, expuestos entre otros peligros a la contaminación por mercurio. En Guatemala, hay niños en la industria de la cohetería, con los riesgos que implica la manipulación de la pólvora.

El trabajo doméstico extendido en la mayoría de los países de la región supone indudables perjuicios para niños y niñas, atrapados en un círculo de pesadas tareas que, en ocasiones, encubren virtuales situaciones de servidumbre. Asimismo, se han encontrado focos con alta concentración de niños y niñas trabajando en la recolección de basuras en las grandes ciudades iberoamericanas, que viven en condiciones infrahumanas.

En la explotación sexual comercial, sea bajo modelos de turismo sexual o en ámbitos de prostitución urbana, se han verificado altas tasas de ocupación infantil. En Brasil, Colombia, Paraguay y República Dominicana se ha constatado la importancia de esta violación criminal —en el sentido legal del término— de los derechos de niños y niñas, aunque existe evidencia de que su dimensión real es de mayor envergadura.

Las consecuencias del trabajo infantil son diversas. En primer lugar, se profundizan las desigualdades, violando el ejercicio de los más elementales derechos humanos de la infancia y de la adolescencia. Desde el punto de vista psicológico, se constata en los niños y niñas trabajadores un acelerado proceso de maduración. Al de-

4 Estimaciones de estudios nacionales y censos nacionales (OIT-IPEC, 2000).

5 Sistema de Información Regional sobre trabajo infantil (SIRTI) (OIT-IPEC, 1999).

Cuadro III.5  
CIFRAS ESTIMATIVAS DEL TRABAJO INFANTIL EN AMÉRICA LATINA

País	Población total 10-14 años	PEA infantil 10 –14 años	Porcentaje
Argentina	3 197 582	214 238	6.70
Bolivia	386 222	54 549	14.10
Brasil	17 588 115	3 599 747	20.50
Chile (**)	755 227	14 914	2.00
Colombia (**)	2 327 823	367 796	15.80
Costa Rica (*)	203 893	26 009	12.80
Ecuador	1 391 433	420 663	30.20
El Salvador	661 176	85 516	12.90
Guatemala	1 325 725	316 061	23.80
Haití	847 706	158 182	18.66
Honduras	778 714	88 264	11.30
México	10 934 134	1 233 353	11.30
Nicaragua	575 137	42 310	7.35
Panamá	278 631	12 603	4.50
Paraguay	602 417	49 097	8.15
Perú (**)	4 928 899	801 033	16.20
R. Dominicana	871 144	42 302	4.80
Uruguay	253 846	5 780	2.08
Venezuela	3 205 592	80 781	2.52
<b>Totales</b>	<b>51 113 416</b>	<b>7 613 198</b>	<b>14.90</b>

**Fuente:** Encuestas de hogares y censos de población.

(\*) Población total y población económicamente activa (PEA) infantil calculada de 12 a 14 años.

(\*\*) Población total y PEA infantil calculada de 6 a 14 años.

sarrollarse en ambientes violentos, como en el caso del trabajo urbano, tiende a provocar conductas agresivas.

En el plano de la salud y el desarrollo físico, la OMS ha advertido sobre las graves repercusiones que se derivan del trabajo infantil; quemaduras, inhalaciones tóxicas, contaminación por mercurio y pesticidas, cortes e infecciones, enfermedades respiratorias, desviaciones de columna o accidentes de tránsito, configuran patologías cotidianas de niños y niñas que trabajan.

En el área educativa, el trabajo es uno de los principales factores que inciden sobre el ausentismo y el bajo rendimiento escolar. Según estimaciones de la CEPAL, en América Latina, del total de adolescentes entre 12 y 17 años que trabajan en las ciudades, solamente el 25% asiste regularmente a la escuela. En las zonas rurales la situación se agrava, ya que tan solo el 15% del total de

niños y adolescentes de esas edades está escolarizado. Más aún, ese grupo de menores trabajadores presenta, en promedio, un diferencial educativo negativo de dos años frente a aquellos que no trabajan. En el largo plazo, esto significa que los menores trabajadores recibirán durante su vida adulta un 20% menos de ingreso que aquellos que hayan completado su ciclo educativo de nivel primario y secundario.

En síntesis, el trabajo infantil significa una limitación en el ejercicio de los derechos humanos y una hipoteca demasiado onerosa para el desarrollo socioeconómico de los países. La exclusión social y la pérdida de capital humano calificado afecta las bases de sus ordenamientos democráticos. Es decir, la auténtica construcción de sistemas políticos representativos, pluralistas y abiertos exige disminuir estas inequidades, promover un modelo de igualdad real de oportunidades desde la infancia y, con-

secuentemente, concebir la cultura como el marco estructural donde los ciudadanos son identificados como sujetos y actores de su propio desarrollo. Por todas estas razones, el trabajo infantil es un problema crucial, al que los países, los interlocutores sociales y las agencias internacionales deben dar urgente respuesta.

Las causas de la participación laboral infantil pueden agruparse en tres grandes bloques: uno de ellos se refiere a la situación económica global de la región, otro a las percepciones sociales y los patrones culturales, y un tercero a las capacidades nacionales y regionales (desde el punto de vista de formulación de políticas y del marco jurídico-normativo) existentes para hacerle frente.

En primer lugar, los niños y niñas trabajan porque los ingresos familiares no son suficientes para cubrir las necesidades básicas del hogar. Esto es una consecuencia evidente del desfase entre precios y salarios y de las altas (y crecientes) tasas de desempleo provocadas por la reestructuración de la economía. En algunos casos (Centroamérica, Colombia, Ecuador, Perú o Venezuela), desastres naturales de extraordinaria magnitud han obligado a una revisión de las prioridades nacionales para asegurar la reconstrucción, en detrimento de la inversión social que está directamente relacionada con el objetivo de reducción del trabajo infantil.

Sin embargo, no todas las familias en igual condición de pobreza colocan a sus hijos e hijas en el mercado laboral. En términos porcentuales, una proporción reducida de éstas utiliza la mano de obra infantil como estrategia de supervivencia. El segundo grupo de causas del trabajo infantil se relaciona con la percepción positiva, en ciertos sectores, del trabajo como mecanismo de preparación de los niños y niñas para enfrentarse a la vida adulta. Esta percepción se apoya, por una parte, en la idea de que la educación que reciben no responde a sus expectativas de utilidad en términos de formación para el trabajo y, por otra, en patrones culturales concretos. Algunos grupos étnicos contemplan al trabajo infantil como un factor de socialización de los menores que, a su juicio, les dota de una mayor valoración social. Estos factores culturales son claves para entender la dimensión y profundidad del trabajo infantil, que no se explicaría únicamente por razones económicas o de pobreza.

El tercer grupo de problemas se relaciona con que los Estados iberoamericanos todavía no han incorporado de manera plena el objetivo de erradicación del trabajo infantil como una prioridad dentro de sus políticas sociales. Esto, a su vez, es consecuencia de una serie de debi-

lidades estructurales referidas a la necesidad de capacitación y coordinación, la existencia de lagunas y contradicciones normativas, las dificultades para el control o la inspección laboral, el desconocimiento de metodologías contrastadas de intervención y la inexistencia de información precisa y fiable sobre la magnitud del trabajo infantil. Estas limitaciones se expresan en diferentes ámbitos:

*La marginalidad del trabajo infantil en las políticas sociales.* Los programas sociales de los países iberoamericanos (de lucha contra la pobreza, fomento del empleo, formación ocupacional o para el trabajo, subsidios sociales, becas escolares, y otros) no suelen incluir entre los requisitos para sus beneficiarios la obligatoriedad de la escolaridad de los menores de edad de la familia. Si, como señalan las Constituciones de todos los países iberoamericanos, la educación básica es obligatoria, la ausencia de este requisito en las políticas sociales constituye no sólo un problema sino incluso una contradicción con las normas vigentes.

*La incapacidad nacional y regional para definir una política específica de erradicación del trabajo infantil.* La dispersión competencial en referencia al trabajo infantil es uno de los problemas fundamentales a la hora de establecer políticas nacionales. El trabajo infantil no tiene sólo un carácter laboral, relacionándose con las competencias de los ministerios de trabajo, u organizaciones de empleadores y de trabajadores. Otras instituciones tales como los parlamentos, ministerios de economía, planificación, familia, desarrollo humano, educación y salud tienen competencias específicas y recursos presupuestarios propios que afectan directamente a las políticas de infancia en general y al trabajo infantil en particular. Por tanto, hay que desarrollar un extraordinario esfuerzo de coordinación a nivel institucional para obtener una cierta garantía de eficacia.

Otro factor a considerar es la alta rotación institucional que se produce en algunos países de Iberoamérica y que afecta notablemente la necesaria estabilidad y permanencia de las actividades. Con respecto a las comisiones nacionales de erradicación del trabajo infantil creadas, si bien es cierto que se ha conseguido su constitución formal en prácticamente la totalidad de los países, dichas comisiones tienen un carácter básicamente consultivo y carecen de recursos presupuestarios asignados que aseguren su viabilidad futura.

La ausencia de metas específicas a nivel regional y nacional en términos de reducción porcentual del trabajo infantil condiciona y limita la responsabilidad de los paí-



ses para desarrollar actividades concretas en esta materia. Obviamente, este problema se relaciona con las carencias estadísticas que se señalan más adelante y con la necesidad de desarrollar planes de acción operativos y vinculantes.

Además, hay otros problemas concretos que dificultan el diseño de políticas para la erradicación progresiva del trabajo infantil:

*Las lagunas y contradicciones normativas.* Las edades mínimas de admisión al empleo no coinciden con las edades de educación obligatoria; en ocasiones se ratifica el Convenio 138 de la OIT y la edad mínima de los códigos del menor está por debajo de los 14 años; no se establecen categorías ocupacionales peligrosas o nocivas en las legislaciones laborales; o no se fijan tipos delictivos o sanciones en los códigos penales para aspectos de explotación o utilización forzosa laboral de menores.

*La imposibilidad del control (inspección) laboral.* Las inspecciones laborales, reglamentariamente, no actúan sobre el trabajo informal. Esto significa que la mayoría de las ocupaciones nocivas o peligrosas, donde se concentra un alto porcentaje de trabajo infantil, quedan ex-

cluidas de los sistemas de control. Esto tiene dos causas principales: por una parte, las carencias técnicas y humanas de los sistemas de inspección; y por otra, la informalidad de los sectores en los que se concentra el trabajo infantil.<sup>6</sup> Esta informalidad genera, entre otros, problemas relacionados con la tradicional exclusión de esta población respecto de la cobertura de beneficios o prestaciones sociales asociados al empleo formal.

*El desconocimiento de metodologías contrastadas de intervención.* Un problema frecuentemente observado es la falta de especialización de organismos públicos y ONG en el desarrollo de intervenciones para la erradicación del trabajo infantil. Con excepción de las desarrolladas por el IPEC, prácticamente no existen metodologías concretas y específicas en los países dirigidas a eliminarlo.

*La inexistencia de información precisa y fiable sobre el problema.* Las estadísticas oficiales no reflejan la magnitud real de la participación laboral infantil. Esto es provocado por la insuficiente capacidad técnica y financiera de los institutos de estadística y los ministerios de trabajo para desarrollar instrumentos especializados sobre el fenómeno. Asimismo, se carece de una metodología de medición adecuada.

---

## 11. Avances en materia de trabajo infantil en la última década

Poco o nada se conocía del fenómeno del trabajo infantil a principios de la década de 1990. Con la excepción de Brasil, cuyo programa nacional empezó en 1992, la mayoría de los países, con el asesoramiento técnico de OIT-IPEC, iniciaron sus actividades a partir de 1996. Desde entonces, la intensidad de las iniciativas en diferentes niveles ha sido importante y ha contado con una participación activa de diferentes instituciones públicas,

organizaciones sociales, y otras agencias internacionales. Los avances más significativos se han realizado en los siguientes ámbitos:

*Movilización e incorporación del tema en la agenda regional.* Se han desarrollado acciones desde 1996, que han permitido incorporar el tema en diferentes encuentros y foros de carácter regional, tales como:

---

<sup>6</sup> Según la OIT, el sector informal en la región, en 1990, alcanzaba el 44% de la PEA y en 1998 significaba el 48% de la misma. Seis de cada diez nuevos empleos urbanos generados en ese período pertenecen a este sector, que creció a una tasa anual del 3.9%, superior al aumento del empleo total (2.9%).

- Reuniones americanas sobre infancia y política social (Chile, 1996; Perú, 1998; Kingston, 2000)
- Reunión Iberoamericana Tripartita de Nivel Ministerial sobre la Erradicación del Trabajo Infantil (Cartagena de Indias, 1997)
- XIX Reunión regional americana de la OIT (Lima, 1999)
- Encuentros del Subgrupo 10 (Asuntos laborales, empleo y seguridad social) del Mercosur (Argentina, 1998; Paraguay, 1999 y Uruguay, 2000)
- Reunión de Ministros de Trabajo de Centroamérica (San José, 1999)
- Reunión Conjunta de Ministros de Trabajo del Mercosur y la Comunidad Andina de Naciones (Santa Cruz de la Sierra, 2000)
- Segunda Conferencia Iberoamericana de Altos Responsables de la Infancia y la Adolescencia (Panamá, 2000)
- Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (Panamá, 2000)

En todas estas reuniones se ha incorporado en las declaraciones finales el tema del trabajo infantil, instando a los países a la ratificación de los Convenios 138 y 182 de la OIT, la creación de estructuras nacionales de coordinación y definición de planes específicos relacionados con las políticas sociales.

Igualmente, se han desarrollado actividades de movilización sindical con organizaciones como la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales (CIOSL), la Organización Regional Interamericana de Trabajadores (ORIT) y la Confederación Latinoamericana de Trabajadores (CLAT). Esto ha permitido organizar y desarrollar dos cumbres regionales sindicales sobre el trabajo infantil (São Paulo, 1995, Santa Cruz de la Sierra, 1998), y de empleadores (Santa Cruz, 1998); asimismo, se han establecido acuerdos con organizaciones empresariales como la Asociación Nacional de Industriales de Colombia (ANDI), la Confederación de Empresarios Privados de Bolivia (CEPB), la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada (UCCAEP) y el Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COEP), y con el sector cafetalero en Centroamérica y República Dominicana. A nivel de la sociedad civil, unas 100 ONG de la región han conformado redes para desarrollar acciones de sensibilización e intervención directa frente al trabajo infantil.

*Desarrollo institucional sobre trabajo infantil.* Hasta la fecha, 17 países han firmado memorándum de entendimiento con la OIT y ello se expresa en la creación

de comités nacionales de lucha contra el trabajo infantil. Más de 300 instituciones públicas (ministerios de trabajo, educación, salud, asuntos sociales, y otros), representantes de empleadores, trabajadores, y ONG conforman esos comités. Se han logrado avances significativos en el desarrollo de planes nacionales de acción en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Especial referencia merece la aprobación de un Plan Subregional del Mercosur frente al trabajo infantil, cuya ejecución está prevista para el período 2001-2003. Los países del Mercosur han establecido un marco común frente al trabajo infantil en aspectos estadísticos, normativos, de inspección laboral, de políticas públicas, y de creación de una red de observatorios nacionales para medir la evolución del trabajo infantil en los países.

*Marco normativo.* La legislación en materia de trabajo infantil en Iberoamérica era dispersa. Hoy, prácticamente la totalidad de los países de la región fijan la edad mínima de admisión al empleo en 14 ó 15 años, y para los trabajos nocivos o peligrosos se señala la edad de 18 años. El Convenio 138 de la OIT que regula la edad mínima laboral ha tenido una ratificación masiva y respecto al Convenio 182 para la eliminación de las formas extremas de trabajo infantil, en poco más de un año desde la aprobación de este instrumento 11 países de la región ya lo han ratificado, y en el resto está en fase de discusión parlamentaria.

Simultáneamente se están desarrollando procesos de armonización legislativa, que afecta a la legislación laboral, de educación, de salud, penal y de reglamentos ministeriales u ordenanzas municipales. Se puede afirmar, por tanto, que en la actualidad Iberoamérica dispone de un entramado normativo en relación con el trabajo infantil, homologable y adaptado a los parámetros señalados en la normativa internacional.

Sin embargo, en materia de inspección laboral no se registran avances significativos debido fundamentalmente a la falta de regulaciones específicas y a la incapacidad de los sistemas de inspección para actuar sobre las actividades laborales informales donde se concentra el mayor porcentaje de mano de obra infantil.

En Centroamérica se están aplicando modalidades de autorregulación y control de la participación laboral infantil en las zonas cafetaleras. En República Dominicana, la Secretaría de Estado de Trabajo aplica un intenso sistema de inspección laboral en las plantaciones de caña de azúcar. En Colombia, compañías como la Em-

presa Nacional Minera Ltda. (MINERCOL) y la Asociación Colombiana de Exportadores de Flores (ASOCOLFLORES) vigilan la no participación laboral infantil en la minería del oro, del carbón y en la producción de flores para la exportación. En Paraguay, el Ministerio de Justicia y Trabajo ha establecido un acuerdo con los propietarios de supermercados para la prohibi-

ción del trabajo infantil por debajo de los 14 años. En la región transfronteriza Paraguay–Brasil (Ciudad del Este), se están iniciando acciones para la interrelación de redes judiciales y policiales binacionales que impidan la utilización de niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual comercial.

**Cuadro III.6**  
**SITUACIÓN DE LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS EN RELACIÓN CON LOS COMPROMISOS**  
**TENDIENTES A ERRADICAR EL TRABAJO INFANTIL**

País	Memorándum de entendimiento <sup>a</sup>	Existe Comité <sup>b</sup>	Edades que comprende la educación obligatoria	Edad mínima para el trabajo	Ratificación del Convenio <sup>c</sup>	
					C 138	C 182
Argentina	X	X	6-14	14 años	X	X
Bolivia	X	X	6-13	14 años	X	
Brasil	X	X	7-14	16 años	X	X
Chile	X	X	6-13	15 años	X	X
Colombia		X	6-12	14 años	X	En trámite
Costa Rica	X	X	6-15	15 años	X	X
Ecuador	X	X	6-14	14 años	X	X
El Salvador	X	X	7-15	12-14 años	X	X
Guatemala	X		7-14	14 años	X	X
Honduras	X	X	7-13	14 años	X	X
Nicaragua	X	X	7-12	14 años	X	X
Panamá	X	X	6-15	14-15 años	X	X
Paraguay	X	X	7-12	15 años	Inicio	X
Perú	X	X	6-16	12 años	No ha ratificado	
Rep. Dominicana	X	X	7-14	14 años	X	X
Uruguay	X	X	6-14	15 años	X	X
Venezuela	X	X	5-15	14 años	X	

**Fuente:** Organización Internacional del Trabajo (OIT)-Programa Internacional para la Abolición del Trabajo Infantil (IPEC).

<sup>a</sup> Países que han firmado memorándum de entendimiento con la OIT.

<sup>b</sup> Países que han creado comités nacionales.

<sup>c</sup> Países que han firmado los Convenios 138 y 182.

*Mejora de los sistemas de información estadísticos sobre trabajo infantil.* La falta de datos fiables constituye una seria limitación al establecimiento de políticas eficaces frente al trabajo infantil. Para obtener una adecuada información cualitativa y cuantitativa se están desarrollando en la región diferentes iniciativas:

- Diez países han desarrollado informes nacionales sobre la situación de trabajo infantil: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana. Brasil ha desarrollado un mapa-diagnóstico del trabajo infantil a nivel nacional.

- Se están elaborando diagnósticos específicos (líneas basales) para la identificación de niños y niñas trabajadores en sectores laborales de alto riesgo: cohetería, trabajo doméstico, ladrilleras, minería artesanal del oro, agricultura, mercados y explotación sexual comercial infantil.
- Desde 1998 se incluyen módulos específicos sobre trabajo infantil en las encuestas de hogares de países centroamericanos, Colombia y Ecuador como parte del Programa de Información Estadística y de Seguimiento en Materia de Trabajo Infantil (SIMPOC) de la OIT.
- Por último, el IPEC cuenta con un sistema regional de información sobre trabajo infantil, conformado por una red Iberoamericana de centros de investigación, ONG y universidades.

*Iniciativas de intervención directa.* Se ha podido observar que los programas tradicionales en materia de protección a la infancia, especialmente los dirigidos a niños y niñas trabajadores, adolecen de una metodología de intervención integral y esto tiene efectos limitados en términos de impacto, y una escasa sostenibilidad.

No obstante, se han podido desarrollar diferentes programas focalizados hacia sectores de alto riesgo con apoyo técnico y financiero del programa IPEC en prácticamente la totalidad de los países de la región. Esto ha permitido una cobertura de atención para 50 000 menores trabajadores y 20 000 familias receptoras de servicios educativos, de salud, nutrición, y generación de ingresos. El avance más destacado es el desarrollo de modelos demostrativos en sectores específicos, que van siendo incorporados progresivamente en las políticas públicas de los países.

Asimismo, se están desarrollando una multiplicidad de intervenciones a nivel micro y de mayor escala sobre erradicación del trabajo infantil, especialmente en sus formas más extremas. Otros organismos, tales como UNICEF, el BID o la Unión Europea (UE), también están desarrollando acciones específicas, mediante programas con ministerios sociales que permiten aplicar programas de atención y protección a menores trabajadores a partir de acuerdos con ONG locales.

## 12. Lineamientos para la eliminación gradual de la explotación laboral infantil

En una agenda futura para el cumplimiento de este objetivo en Iberoamérica deberían figurar al menos los siguientes temas fundamentales:

- la adaptación y ajuste del marco normativo,
- la creación de sistemas eficaces de inspección y control,
- el mejoramiento de las estadísticas y la sistematización de experiencias, y
- la focalización de políticas y programas públicos hacia el objetivo de erradicación del trabajo infantil.

Habiendo superado el nivel de institucionalización formal con la creación de comisiones nacionales tripartitas, prácticamente en la totalidad de los países de la región la estrategia en los próximos años conduce a la necesidad de obtener compromisos políticos, técnicos y financieros concretos al interior de ellos. En ese contexto, los planes nacionales de acción para la próxima década deberían contemplar los siguientes componentes:

- adecuación estadística,
- creación y ampliación de los sistemas de inspección laboral,
- adaptación legislativa y normativa,
- fortalecimiento de los agentes sociales,
- incorporación del tema del trabajo infantil en las políticas sociales,
- observatorio de políticas nacionales.

En síntesis, se ha avanzado notablemente en la creación de un entramado institucional, en el conocimiento de la realidad, y en la adaptación normativa, gracias a una intensa movilización frente al trabajo infantil, especialmente en los últimos cinco años. Quedaría pendiente, sin embargo, una focalización más intensa de los programas públicos hacia el objetivo de erradicación del trabajo infantil, vinculando la inversión sostenida en la educación pública con una estrategia de generación de ingresos u opciones económicas para las familias de niños y niñas trabajadores.

### 13. La participación de niños, niñas y adolescentes

La infancia y adolescencia conforman el segmento de la población que cada día aprende y reproduce valores y prácticas sociales, que luego se reflejarán en la vida familiar, en las relaciones con lo público y en las formas de convivencia.

Los niños, niñas y adolescentes a menudo desarrollan sus vidas en escenarios donde priman la violencia, la incertidumbre y las relaciones sociales alejadas de la convivencia democrática. Entre los adolescentes es común la desconfianza en las instituciones del Estado y el desdén por la participación en los asuntos públicos. La Convención sobre los Derechos del Niño abre un espacio para promover en la niñez, y especialmente entre los adolescentes, el aprecio por los valores de cooperación y solidaridad, y la preocupación por los asuntos que conciernen al interés colectivo.

Por otra parte, la adolescencia es una etapa del ciclo vital crucial para romper los esquemas de poder tradicionales, particularmente los que se dan entre hombres y mujeres; esta etapa abre, por tanto, la oportunidad para que ambos crezcan en un diálogo constructivo. Las diferencias y conflictos no deberían llevar a los adolescentes a profundizar las fracturas de sus relaciones sino, por el contrario, a acercarlos a una nueva forma de relación mediada por el deseo de conocimiento y entendimiento mutuos.

En atención a todo lo anterior, la Convención pone especial énfasis en el derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes, otorgándole gran importancia como un prerequisite fundamental en la aplicación de la Convención misma. El derecho a la participación es uno de sus cuatro principios generales, identificados por el Comité de los Derechos del Niño, como valores fundamentales, junto con la no discriminación, el interés superior del niño, la supervivencia y el desarrollo.

No todas las formas de participación son siempre y en todo caso positivas y deseables. No obstante que el artículo 12 de la Convención no confiere a los niños y a los adolescentes el derecho a tomar decisiones sin consideración de sus consecuencias, ni tampoco les abre el

camino para pasar por encima de los derechos de los padres y de las madres, introduce un cambio radical en las posiciones tradicionales que asumen que la opinión y los intereses de los niños, niñas y los adolescentes no deberían ser considerados ni escuchados.

El mencionado artículo reconoce:

- La capacidad de todos los niños, niñas y adolescentes para expresar sus puntos de vista, ya sea verbalmente o a través de otros lenguajes,
- El derecho de los niños a expresarse libremente,
- El derecho a ser escuchados en todos los asuntos que les conciernen,
- El derecho a que sus opiniones sean consideradas, de acuerdo a su edad y su madurez.

Cuando se habla de participación adolescente es preciso diferenciar:

- los espacios sociales: espacios cotidianos de la vida de los adolescentes (familia, escuela, asociaciones juveniles, grupos deportivos, artísticos, ecológicos, y otros),
- los espacios institucionales: espacios para el aprendizaje de las formas adultas de la participación, específicamente la participación en la vida política y pública (instituciones políticas, jurídicas y del Estado).

Los espacios institucionales no deben ni pueden suplantar a los espacios sociales, aunque se pueden retroalimentar. Así, el abuso de las drogas o la utilización de la violencia se pueden debatir, pero no resolver en unas elecciones o en un parlamento juvenil. Los conflictos deben resolverse y canalizarse allí donde se originan: en la familia, la escuela, la sociedad, los espacios cotidianos de interacción con el mundo adulto. En particular, es necesario hacer de la familia y de la escuela los escenarios privilegiados de la participación de los adolescentes, asegurando que se conviertan en espacios cada vez más inclusivos.

## 14. La violencia y el derecho a la convivencia familiar

La violencia es uno de los problemas más graves y generalizados que afectan a la niñez y la adolescencia en Iberoamérica. La ejercen los padres, los cuidadores, otros niños o jóvenes, los maestros u otros adultos, la policía o las fuerzas regulares e irregulares en conflicto, y el propio Estado. Aunque esta violencia, en sus múltiples formas, afecta los cuerpos, las mentes y la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes que la padecen, ha sido un fenómeno frecuentemente tolerado y hasta condonado por la misma sociedad y, muchas veces, reforzado por los medios de comunicación.

El 28.7% de las muertes por homicidio en la región corresponden a niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Brasil, Colombia, El Salvador y Venezuela son los países con las tasas más elevadas de homicidios en varones de 15 a 24 años, y estas tasas están, además en aumento (OPS, 1998).

En varios países de la región tales como Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, los conflictos armados internos y la violencia social y política han causado la fragmentación de las comunidades y de las familias, dejando a su paso un número importante de jóvenes sin orientaciones ni oportunidades claras para su futuro. En varios países, la violencia política ha sido el origen del pandillismo juvenil y de formas organizadas de delincuencia juvenil.

Estudios recientes estiman que, cada año, al menos 6 millones de personas menores de 18 años son víctimas de agresión física severa y de éstas 85 000 mueren a causa de la violencia intrafamiliar. Las investigaciones existentes muestran que el abuso sexual comienza tan temprano, como a los cinco años de edad, y aumenta significativamente entre los cinco y los nueve años. La información de distintos países coincide también en que entre un 70% y un 80% de las víctimas son niñas. En la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y,

en tres cuartas partes de los casos, son familiares directos de los niños y niñas abusados.

El abuso de poder propicia estos frecuentes episodios de violencia y abuso sexual, emocional y físico en las familias, los que constituyen el preámbulo para que los niños y niñas abandonen sus casas y se produzca un vínculo temprano con la calle y con el comercio sexual y otros flagelos como la explotación laboral y el consumo de drogas. Un estudio, realizado por UNICEF, sobre niñas explotadas sexualmente en los países de Centroamérica reveló que 47% de las niñas entrevistadas habían sido víctimas de violaciones, maltrato y abuso en sus hogares.

Las instituciones nacionales reconocen que el problema de la explotación sexual comercial se ha agravado: existe toda una red de beneficiarios económicos de ésta, incluyendo a proxenetas, «clientes», taxistas y dueños de hoteles y bares. La mayoría de los niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente provienen de familias muy pobres y en su mayoría son víctimas de abuso sexual por parte de parientes o personas cercanas. Es común, además, que hayan estado en la escuela muy pocos años y que hayan ingresado y egresado en reiteradas ocasiones de instituciones de “protección de la infancia”, tanto de carácter público como privado (UNICEF-Costa Rica, 1999).

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Iberoamérica se ha acrecentado como resultado de los recientes avances en los campos de la tecnología informática y comunicaciones, incluyendo la videocámara e Internet, que han contribuido sustancialmente a la escalada de la pornografía infantil. A su vez, la agilidad de los medios de transporte así como la movilidad de las personas han facilitado el aumento de la trata y venta de niños, así como del turismo sexual y la explotación sexual infanto-juvenil.

## Recuadro III.5

**VIOLENCIA DOMÉSTICA: LA ACCIÓN DE LA COMISIÓN PARA LA IGUALDAD Y PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER (CIDM) DE PORTUGAL****Violencia doméstica: una forma de violación de los derechos humanos**

El fenómeno de la violencia doméstica se inscribe en el ámbito social y psicológico. Tiene sus raíces en lo más profundo de las estructuras mentales de los individuos, pero también está enraizado en las ideas, valores y mitos que estructuran la sociedad. Aquí el inconsciente individual y colectivo se unen y entrelazan. No se puede ignorar que la violencia es el principio original de la vida humana y que es su dominio el que torna posible las sociedades. Es en este punto donde intervienen los derechos. La norma jurídica tiene dos funciones esenciales: da un nombre a los hechos y a los comportamientos y fija límites y espacios de interdicción.

En los últimos tiempos se han logrado algunos progresos, especialmente en el ámbito legal, en lo que se refiere a la forma de abordar este auténtico flagelo social. Pero la ley de nada sirve si no se aplica. El papel del Estado en esto es fundamental: ni la política de no injerencia en los asuntos privados ni los valores y costumbres tradicionales pueden ser invocados para impedir la lucha contra la violencia doméstica.

Es importante examinar las razones de la violencia familiar, estudiando los contextos y los mecanismos a pesar de las dificultades que surgen de la ausencia de registro o no declaración de numerosas situaciones y episodios de violencia.

El 8 de marzo de 1998, el Ministerio de Administración Interna de Portugal determinó que la Policía de Seguridad Pública y la Guardia Nacional Republicana comenzaran a regis-

trar, de manera autónoma, las quejas de la población sobre violencia doméstica, creando un primer indicador nacional de violencia doméstica e intrafamiliar.

Las estadísticas oficiales disponibles todavía no reflejan este indicador para años anteriores a su creación. Las estadísticas de los servicios de justicia entregadas por el Gabinete de Estudios y Planificación del Ministerio de Justicia desagregan por sexo del autor y de la víctima, pero no así por la relación de parentesco entre ellos.

El crimen de «malos tratos o sobrecarga (explotación) de menores, de subordinados o entre cónyuges» no esclarece la naturaleza de la víctima. Según los datos oficiales del Ministerio de Justicia, por semana, cerca de seis millones de mujeres son víctimas de crímenes contra la vida. Hay que recordar, además, que numerosos casos de violencia familiar no son objeto de queja.

El tratamiento integral e integrado de la cuestión de la violencia es fundamental, entendiéndose por *integrado* la articulación entre los modos de intervención de los mecanismos gubernamentales y no gubernamentales, estableciendo fronteras y definiendo espacios de modo de utilizar racionalmente los recursos humanos y financieros, siempre escasos, de que se dispone.

La CIDM dispone en Lisboa y en Porto de gabinetes de información y apoyo a las mujeres víctimas de la violencia, y éstas responden también por carta y por teléfono a las consultas en esta área. Las atenciones por carta, te-

léfono y presenciales pretenden dar información en un lenguaje correcto, simple y accesible.

Los servicios disponibles en la CIDM tienden a trabajar en la perspectiva de la información para la acción: se trata de que las publicaciones de divulgación de la ley utilicen un lenguaje correcto pero «descodificado», a fin de llegar adecuadamente a toda la población. Para ello las sesiones de información/sensibilización deben tomar en consideración las características del público a las que van dirigidas (escuelas, asociaciones de base, profesores, iglesias, fuerzas de seguridad, personal de salud, juristas, periodistas, entre otros).

El Plan Nacional contra la Violencia Doméstica, aprobado por la Resolución del Consejo de Ministros N° 55/99 del 15 de junio viene siendo objeto de evaluación y aplicación en sus distintas vertientes.

**Medidas legales:** La CIDM, a través de la División de Asuntos Jurídicos, podrá colaborar en el estudio de las medidas específicas y proponer:

- un papel activo de las organizaciones no gubernamentales de apoyo a las víctimas,
- una ley de la función policial,
- regular el uso y porte de arma,
- revisar la situación de los inmigrantes.

**Políticas de sensibilización e información:**

- acciones de sensibilización en asociaciones, escuelas, y otros, en la línea de lo que la CIDM

viene realizando desde hace largos años,

- medios de comunicación social (nacional y locales),
- campaña publicitaria, en colaboración con la Fundación de la Juventud, y también autónoma de la CIDM.

**Políticas de formación:** Realización de acciones de formación en la línea de lo que viene desarrollando la CIDM: concepción de un modelo adaptable a públicos diversos (agentes policiales, médicos y profesionales de la salud, magistrados juristas y abogados, asistentes sociales y psi-

cólogos, docentes, educadores de infancia, orientadores religiosos, profesionales de la comunicación social — preparación de *dossiers* temáticos, envío sistemático de artículos a la prensa y a radios regionales, articulación con escuelas de periodismo, y otros).

**Articulaciones locales:** Articulación y profundización con puestos de información creados en el ámbito del proyecto “TRAMPOLIM”.

**Centros de acogida:** Refugios o casas de abrigo: preparación de formadores para la red nacional, for-

mación de personal, apoyo jurídico a las víctimas.

Colaboración en la concepción de un **sistema** permanente de obtención, recopilación y **tratamiento de la información**.

**Realización de estudios;** por ejemplo, costos sociales de la violencia, papel de los sistemas de salud, medidas para combatir la violencia ejercida contra los niños, los jóvenes y las mujeres, para su presentación a la DAFNE.

---

**Fuente:** Comisión para la Igualdad y para los Derechos de la Mujer (CIDM), organismo dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros y que tiene a su cargo los estudios de las cuestiones ligadas a la violencia intrafamiliar, particularmente la que se ejerce sobre los niños.

## 15. El derecho a vivir en paz y la violencia que surge del conflicto armado

Si bien los años noventa presentaron, en general, un panorama menos dramático en términos de conflictos armados en los países iberoamericanos, estos conflictos están lejos de haber desaparecido, y siguen teniendo un impacto desolador sobre la población, sobre la vida social y las economías de estos países. Las guerras libradas entre grupos insurgentes, paramilitares y fuerzas armadas, además de dejar muertos y heridos, han arrastrado a miles de niños, niñas y adolescentes al combate, destruido familias, agudizado la pobreza, forzado al desplazamiento interno o al refugio en otros países, y dejado escuelas físicas y psicológicas imborrables, particularmente en los niños, niñas y adolescentes que las sufren.

La guerra viola todos los derechos de los niños: a la vida, la educación, la salud y la alimentación, a las creencias religiosas, a no tomar parte en la violencia y a un

desarrollo armonioso de la personalidad. Los conflictos armados generan valores, principios, normas, significaciones y actores que constituyen el universo dentro del cual muchos niños nacen y, si sobreviven, crecen y se desarrollan. La guerra pervierte las relaciones interpersonales y familiares, las contamina con sus valores y su violencia. La guerra legitima la muerte y desconoce el derecho a la vida. A su evidente impacto físico, hay que agregar el impacto psicológico y moral que causa a los niños: su miedo, su dolor, su angustia.

En los países iberoamericanos, la mayor parte de los conflictos contemporáneos ha tenido lugar al interior de los Estados. Muchos de los niños que han crecido en la guerra llegan a considerarla como una forma normal de vida; solos, huérfanos, asustados y frustrados, muchos acaban prefiriendo la lucha armada, adoptando la violen-



cia como método para afirmar su identidad y alcanzar sus objetivos en la vida. Muchas personas han visto como única salida el desplazamiento hacia otras regiones o países.

La magnitud de esos desplazamientos ha sido muy importante. En Colombia, casi 400 000 familias, con más de un millón de niños, fueron desplazadas entre 1985 y 1999. En 1999, los desplazamientos afectaron a 270 000 personas, de las que más de 175 000 eran menores de 18 años (Codhes-UNICEF, 2000).

En Guatemala, se calcula que aproximadamente un millón de personas ha tenido que desplazarse internamente como consecuencia del conflicto; otros tuvieron que migrar a Belice, Costa Rica, Honduras y México. En Méxi-

co, por ejemplo, aunque fueron reconocidos oficialmente 46 000 refugiados, la mitad de los cuales eran menores de edad, se estima que había entre 75 000 y 150 000 refugiados no registrados dispersos en el territorio mexicano. Y aunque los acuerdos de paz lograron el cese de la violencia sistemática de décadas pasadas, no han logrado revertir completamente estos desplazamientos ni sus consecuencias.

En países en los que los procesos de pacificación han avanzado más, se enfrentan los problemas típicos de una sociedad posbélica. En El Salvador y Nicaragua, por ejemplo, uno de los problemas más acuciantes lo constituyen las pandillas juveniles conformadas por ex combatientes que no han logrado reinsertarse en la vida civil.

Recuadro III.6  
**LOS NIÑOS DE LA GUERRA**

En Colombia, según una investigación realizada por la Defensoría del Pueblo con el apoyo de UNICEF y la Fundación Friedrich Ebert de Colombia (FESCOL), hasta 80% de los integrantes de las fuerzas armadas irregulares son niños o adolescentes, lo que incluso se justifica como especialmente valioso para la guerra: “Mientras menos edad tenga el joven, mucho mejor. Los muchachos son intrépidos, tienen más valor para la guerra”. Testimonios de 120 niños vinculados directa o indirectamente al conflicto muestran que ellos son utiliza-

dos incluso para labores de alto riesgo, como la fabricación y posterior siembra de minas artesanales. El 18% de los entrevistados ha matado por lo menos una persona en su vida. El 78% ha visto cadáveres y cuerpos mutilados. El 25% ha visto secuestrar, y el 13% ha participado en secuestros. El 18% ha visto torturar —aunque dicen no haber participado— y el 40% ha disparado contra alguien, alguna vez. Uno de los menores entrevistados indicó que en el frente al cual pertenecía le daban a consumir pólvora con leche “para que a uno le den

ganas de matar al que se le pase por el frente”. Al indagar sobre los motivos que los llevaron a ingresar a la guerrilla, el 86% manifestó haberse incorporado voluntariamente, mientras que el 14% dice haber sido vinculado forzosamente. A un 17% lo seducía la guerrilla, otro tanto entró por causa de la pobreza; y 8% a consecuencia de problemas personales: el enamoramiento y decepción amorosa, la venganza y el miedo. El 100% de los menores de edad entrevistados manifestó haber entrado a la guerrilla por motivaciones diferentes a las políticas.

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/ Fundación Friedrich Ebert de Colombia (FESCOL)/ Defensoría del Pueblo, Impacto de los conflictos armados en la infancia, Bogotá, D.C., 1996.

## 16. Migración

La migración del niño, la niña y el adolescente es un fenómeno colectivo —con familiares— que obedece a causas económicas como búsqueda de trabajo. Son ejemplos paradigmáticos la emigración a través de la frontera Nicaragua-Costa Rica, o la de México-Estados Unidos. Más recientemente cierto grado de tal migración tiene lugar a través de las fronteras peruano-chilenas.

La migración obedece también a razones político-militares —de predominio interno—, como es el caso del desplazamiento forzado, que ocurre actualmente en Colombia, a consecuencia de la intensificación del conflicto armado. Entre 1985-1999 fueron obligados a desplazarse 1 600 000 personas, de las cuales más de un millón (alrededor del 70%) son menores de edad. En Colombia, cada hora son desplazados 20 menores de 18 años. Los desplazados en su gran mayoría no encuentran estabilidad social, económica ni cultural. Esto ha hecho que los niños y niñas desplazados sean más propensos a la explotación laboral y toda clase de actividades del “rebusque” diario en la ciudad, incluyendo la violencia ya descrita.

En España, muchos inmigrantes —del norte de África en su mayoría— viven en zonas urbanas que se caracterizan por la falta de servicios públicos o su insuficiencia. Tienen un acceso restringido a la educación, a la aten-

ción sanitaria, al empleo y la mayoría de las veces viven en una situación que equivale a una violación de sus derechos sociales y económicos.

Además suelen ser marginados en el mercado de trabajo y muchas veces se concentran en sectores en los que la actividad económica carece de protección jurídica, sanitaria y de seguridad. Las mujeres y niños enfrentan dificultades particularmente graves, cada vez con más casos de prostitución y pornografía.

En cuanto a los menores, en la mayoría de los casos son abandonados por los denominados agentes en países de tránsito o en el país receptor, tras el pago por parte de las familias de grandes sumas de dinero. A pesar de ser víctimas, se les detiene, expulsa o deporta. La violación durante la custodia y otras formas de violencia sexual contra niñas y mujeres indocumentadas, así como la falta de denuncia de esas violencias, es frecuente. Los niños se ven afectados por el círculo de la clandestinidad o de la irregularidad, unas veces por desinformación y otras por el excesivo retraso de la administración. Si el Estado receptor obliga a los padres a abandonar el país, se niega al niño el derecho a desarrollarse como nacional del Estado en que ha nacido, a pesar de que ese Estado reconoce tal derecho al resto de nacidos en su territorio.

## 17. El derecho a una verdadera justicia penal juvenil

Al igual que con el resto de la ciudadanía, la justicia especializada en la niñez y en la adolescencia debe atender dos planos: el de las víctimas y el de los victimarios.

En el primero, se trata de establecer legalmente el derecho de los niños y adolescentes de tener acceso a la justicia y los mecanismos correspondientes para asegurar el cumplimiento de las garantías procesales, tanto para el dictado de medidas de protección de los derechos violados o amenazados como para demandar judicialmente la restitución de los derechos conculcados. Este derecho incluye el acceso a una administración de justicia espe-

cializada en la niñez y en la adolescencia en la que se puedan reclamar, perseguir y sancionar las violaciones u omisiones de sus derechos humanos, desde jurisdicciones de familia, penales, laborales, hasta los más altos tribunales.

En el segundo, el plano de los victimarios, se trata de establecer una justicia penal especializada e independiente de la justicia penal de adultos en su fase procesal y de ejecución. La justicia penal juvenil es una justicia que reconoce tanto la responsabilidad de los y las adolescentes por la comisión de presuntos actos criminales como

Recuadro III.7  
**NIÑOS INMIGRANTES EN ESPAÑA**

La ausencia de datos exactos sobre el número de menores inmigrantes que actualmente se encuentran en España es el primer problema que se enfrenta a la hora de conocer su situación y delinear políticas tendientes a que se respeten sus derechos. Éstos se reconocen claramente en la ley 1/96, de protección jurídica del menor, que establece claramente en su artículo 1 que las disposiciones contenidas en ella rigen para «todos los menores de dieciocho años que se encuentran en territorio español» y son aplicables, por lo tanto, a todos los menores extranjeros que se encuentren en el territorio, tanto si su situación en el mismo es legal como si han accedido al país de forma irregular.

No obstante esa ausencia de información fidedigna, las asociaciones y organismos que trabajan con estos menores coinciden en señalar que existe un colectivo importante de niños extranjeros que comparten las siguientes características:

- tienen origen magrebí, normalmente de nacionalidad marroquí;
- son de sexo masculino;
- en su país vivían en condiciones precarias;
- han dejado su país para encontrar un trabajo que les permita enviar dinero a casa;
- han vivido durante un tiempo en una ciudad, normalmente marroquí, esperando el momento oportuno para viajar a España;

- han llegado a España de forma irregular (como polizones o en lanchones);
- puede ser la primera vez que se encuentran en España, o han podido volver después de haber sido llevados a su país por los servicios de protección de menores competentes.

Aunque este perfil no puede aplicarse a todos los niños extranjeros residentes en España, el número de los que coinciden con esta descripción empieza a ser significativo

Un análisis de la regulación jurídica aplicable a la infancia extranjera que se encuentra en España, pone de manifiesto la insuficiencia de preceptos dedicados a este colectivo. La garantía de los derechos que les son reconocidos a estos menores por la legislación imperante en el ámbito nacional e internacional, queda mermada por la ausencia de una regulación detallada y efectiva de procedimientos adecuados para el ejercicio de los mismos. Las referencias normativas relacionadas con este asunto, además de ser escasas y demasiado genéricas, se encuentran dispersas en distintos códigos y cuerpos legislativos y establecen claras discriminaciones de acuerdo al país de origen del inmigrante. En efecto, tanto para los adultos como para los menores, existen dos tipos de permisos de residencia para los extranjeros: el permiso de residencia bajo régimen comunitario que se otorga principalmente a quienes provienen de países de la Unión Europea, y cuyos poseedores no es-

tán obligados a solicitar permiso de trabajo; y el permiso bajo régimen general, que pueden solicitarlo quienes no reúnen las condiciones para obtener el anterior. Para los poseedores de este último, no existe seguridad jurídica tan clara como la que ofrecen los permisos de carácter comunitario. Los niños provenientes de países africanos, de Europa del este y dos tercios de los sudamericanos, se incluirían entre los que ostentan este último tipo de permisos.

Sin embargo, al margen de los niños extranjeros con permisos de residencia (de cualquier tipo), se encuentra un grupo cada vez más numeroso de menores inmigrantes en situación irregular, los denominados «sin papeles», cuya cifra se desconoce hasta el momento. El no cumplimiento de los derechos de estos niños y niñas —que se expresa en falta de asistencia sanitaria, acceso a la educación, a la protección en caso de desamparo, entre otros—, unida a la preocupación por la llegada de un mayor número de menores extranjeros a España (lanchones, polizones), hace urgente la intervención de la administración pública en este ámbito, promoviendo iniciativas, proyectos y programas de atención integral a menores inmigrantes y, por otra parte, apoyando material y económicamente a organizaciones, asociaciones, ONG y otros organismos que estén trabajando directamente con esta minoría altamente vulnerable.

sus garantías constitucionales, pues recoge los derechos fundamentales que en materia penal se reconocen a los adultos y aquellos otros especiales por la condición de personas en proceso de desarrollo.

A lo largo de esta década, todos los países iberoamericanos han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. No obstante, la mayor parte de los países no han adaptado totalmente sus leyes penales a la Convención sobre los Derechos del Niño, y varios de los que lo han hecho han suspendido su entrada en vigor (Guatemala y Panamá), o están poniendo en marcha con más o menos dificultades el sistema público de ejecución de sanciones (Bolivia, Nicaragua, República Dominicana), o están intentado crear jurisdicciones especializadas. En esta materia, las legislaciones de Brasil, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Venezuela, dentro de poco tiempo, Chile, constituyen algunas de las piezas jurídicas más avanzadas y completas del mundo. El reto, ahora, está en la efectiva aplicación de estas normas, lo que requiere la transformación profunda de las instituciones vigentes y la formulación de políticas públicas que hagan realidad esos derechos que han sido reconocidos en las leyes.

En algunos de los países en los que más se ha avanzado hacia esta concepción de la justicia penal juvenil, se empiezan a notar algunos efectos positivos. En Costa Rica, por ejemplo, después de un año de haber entrado en vigencia la Ley de Justicia Penal Juvenil, un balance realizado bajo el auspicio de UNICEF, el Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD) y la Escuela Judicial de la Corte Suprema de Justicia, mostró que se había producido una rápida y drástica reducción del número de menores de 18 años privados de libertad. De un promedio de 140 menores que en años anteriores vivían en esa situación, a un año de funcionamiento de la Ley se pasó a tener tan solo 30 menores privados de libertad. Las situaciones, sin embargo, son muy diversas y en todos los casos persiste una discusión abierta en la que se confronta la preocupación por la criminalidad y la seguridad ciudadana con la preocupación por los derechos de los jóvenes en conflicto con la ley y por su adecuada reintegración a la sociedad.

Cuadro III.7

**DELIMITACIONES DE LA RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS JÓVENES**

País	
Argentina	No es punible el menor de 16 años. Los menores de 18 años no son punibles con respecto a delitos cuya pena de privación de libertad no exceda de 2 años con multa o inhabilitación
Bolivia	La ley establece la responsabilidad penal para los mayores de 16 años; el proyecto de Ley del Código del Menor la amplía a 18 años
Brasil	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor, de acuerdo con su legislación específica
Chile	Los menores de 16 años son absolutamente inimputables; entre 16 y 18 años, la imputabilidad depende del discernimiento
Colombia	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor
Costa Rica	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor
Ecuador	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor
Guatemala	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor
Honduras	Los menores de 12 años no son imputables. Entre 12 y 18 años, tienen el fuero especial de la ley de jurisdicción de menores
Perú	Los niños y adolescentes de 12 a 18 años son responsables ante el sistema judicial del menor
Uruguay	Los menores de 18 años no son imputables y se les aplican las medidas de protección del Código del Niño

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), sobre la base de documentos de los países.

## Recuadro III.8

**NECESIDAD DE CREAR UN OBSERVATORIO IBEROAMERICANO PARA EL DESARROLLO DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD**

Debido a su especificidad temática, la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) ha logrado reunir y sistematizar una importante cantidad de información sobre la realidad de la juventud iberoamericana. Tal información se refiere tanto a la situación de los jóvenes como a las políticas públicas que actúan en la realidad juvenil (ofertas programáticas, marcos normativos, institucionalidad estatal). Asimismo, la OIJ cuenta con una panorámica del desarrollo de las políticas públicas de juventud de la región, derivada de la reciente evaluación del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina, PRADJAL, aplicado durante el período 1995-2000

Gracias a ese esfuerzo, la OIJ ha detectado deficiencias en la información sobre la adolescencia: la mayor parte de ella es discontinua o incompleta, evidencian niveles dispares de calidad según la fuente o el país de procedencia, presenta pocos indicadores comparables y muestra imperfecciones en la circulación y oportunidad de su publicación, entre otras. Igualmente se observa que la información sobre la población adolescente se encuentra subsumida en los informes de infancia (0 a 13 años) o bien en los informes sobre juventud (15 a 29 años), omitiendo el desarrollo explícito de la categoría “adolescencia», que en estricto rigor define a quienes tienen entre 14 y 18 años de edad.

No obstante su importancia demográfica, la realidad en que se encuentran los adolescentes de ambos sexos está marcada por las complejidades propias de su período vital, así como por la exclusión social, la pobreza o las violaciones a los derechos humanos que muchos de ellos padecen. Esta situación invita a intensificar los esfuerzos por fortalecer el rol de las agencias institucionales y de

las redes de apoyo a la adolescencia que existen a nivel internacional, regional, nacional y local, para lo cual se requiere tanto de recursos financieros como de un “capital de información de calidad”, que no existe en la actualidad.

Una forma de alcanzar ese objetivo es mediante la creación de un observatorio iberoamericano para el desarrollo de la infancia, la adolescencia y la juventud, que permitiría que las instancias internacionales, nacionales y locales, encargadas de impulsar iniciativas a favor de estos tres grupos sociales, pudieran contar con información oportuna, confiable, verificable, comparable e intercambiable con el fin de planificar, diseñar, gestionar, ejecutar y evaluar de manera efectiva las acciones, en la perspectiva de obtener los resultados e impacto que requiere la magnitud de los desafíos actuales. Este Observatorio debería basarse en un esquema de acción centrado en la concertación interinstitucional, con un plan maestro que permitiera el trabajo en red, principalmente entre organismos internacionales ocupados de la situación de estos grupos sociales, para llevar a cabo líneas de acción como las siguientes

- Desarrollo de un sistema iberoamericano de indicadores comparables y específicos sobre infancia, adolescencia y juventud.
- Diagnóstico periódico de la situación de la infancia, la adolescencia y la juventud.
- Seguimiento, análisis y formulación de iniciativas en políticas públicas para la infancia, la adolescencia y la juventud.
- Información y comunicación sobre la situación de la infancia, la adolescencia y la juventud en Iberoamérica, y los avances, debilidades e innovaciones

en materia de política pública.

- Incremento de la capacidad de actuación institucional para la creación, uso y comunicación de información ligada al sistema iberoamericano de indicadores sobre infancia, adolescencia y juventud.

Algunos productos esperados del “observatorio” son los siguientes:

- Informe periódico sobre la situación de la infancia, la adolescencia y la juventud de Iberoamérica.
- Informe periódico sobre el cumplimiento de metas e iniciativas derivadas de acuerdos y tratados internacionales relativos a la infancia, la adolescencia y la juventud de Iberoamérica.
- Informe periódico sobre los avances en políticas públicas dirigidas a la infancia, la adolescencia y la juventud de Iberoamérica.
- Apoyo a organismos oficiales y no oficiales relacionados con el cumplimiento de compromisos internacionales derivados de los acuerdos y tratados internacionales vigentes en el ámbito iberoamericano (capacitación, fortalecimiento institucional, desarrollo de sistemas de información y comunicación pública).

El «observatorio» puede proveer antecedentes para el diseño de políticas públicas de mayor calidad e impacto, contribuyendo sustancialmente a mejorar las condiciones para la superación del déficit de ciudadanía que afecta especialmente a la región latinoamericana, avanzando hacia la realización progresiva de la condición de ciudadanía integral de todos los iberoamericanos desde la edad más temprana y sin exclusiones.



## Sección IV

# El entorno socioeconómico y su impacto en las condiciones de vida de la infancia y adolescencia <sup>1</sup>

## 1. La insuficiencia del crecimiento económico

En esta sección se reseñan los rasgos más notorios del entorno socioeconómico que ha condicionado el desarrollo de los países iberoamericanos y su repercusión en el nivel de vida de los niños, las niñas y los adolescentes de la región y se destacan las limitaciones derivadas de la falta de dinamismo económico y de la elevada desigualdad social que caracteriza a estos países. Esos factores dificultan o impiden dar pleno cumplimiento a los derechos de la infancia pues se traducen en la incapacidad de amplios estratos de la población de satisfacer sus necesidades básicas con los ingresos generados por el hogar, y en escasez de recursos públicos para inversión social. Se hace también referencia a la insuficiencia del desarrollo económico y su creciente volatilidad, a la elevada y persistente desigualdad en la distribución del ingreso, y a los canales de reproducción intergeneracional de la pobreza y de las desigualdades.

Durante la década pasada la trayectoria de crecimiento económico en la región reveló importantes insuficiencias. Las tasas de crecimiento del PIB fueron modera-

das o bajas y como promedio alcanzaron sólo a 3.2% al año entre 1990 y 1999.<sup>2</sup> Este ritmo de expansión es inferior al desempeño histórico de América Latina (5.5%

<sup>1</sup> Esta sección se apoya significativamente en CEPAL, 1998; CEPAL, 1999 y CEPAL, 2000b.

<sup>2</sup> Esta cifra corresponde a un promedio simple de las tasas anuales de crecimiento de los 21 países iberoamericanos. El promedio ponderado fue de 2.9%.

al año entre 1945 y 1980) y está muy por debajo del nivel de 6% al año que la CEPAL estima necesario para abordar los rezagos tecnológicos y sociales y reducir la pobreza. La mayor parte de los países continuó desenvolviéndose en un contexto de vulnerabilidad debido a que la estabilidad macroeconómica ha dependido cada vez más de elevados déficit en cuenta corriente, financiados a menudo con capitales volátiles, lo que se ha manifestado en ciclos cortos de expansión y ajuste, acordes al comportamiento de esos capitales.<sup>3</sup> A ello se ha sumado la fragilidad de los sistemas productivos y financieros, y las diversas crisis internacionales han repercutido negativamente en las economías, con altos costos para las finanzas públicas. La insuficiencia del crecimiento ha sido causa y a la vez consecuencia de los bajos coeficientes de ahorro e inversión. En muchos países esos coeficientes aún no alcanzan los niveles previos a la crisis de la deuda de los años ochenta.

La intensidad del proceso de reestructuración económica, por otra parte, ha exacerbado la heterogeneidad estructural, característica de los sistemas productivos de la región. Se han ampliado las diferencias de productividad entre las empresas grandes, líderes de los procesos de modernización, y el amplio y variado espectro de actividades rezagadas, que concentran el grueso del empleo. Con ello se han tendido a consolidar los principales factores que generan las desigualdades de ingreso, al aumentar las brechas internas de productividad e ingresos del trabajo dentro y entre sectores. Estas tendencias afectan la propia capacidad de crecimiento económico, por cuanto limitan el enlace entre los distintos sectores productivos y la difusión del progreso técnico, así como el arrastre de las exportaciones.

Estas características del desarrollo reciente de la mayoría de los países de la región se han unido al importante cúmulo histórico de rezagos sociales con negativas consecuencias en tres ámbitos interrelacionados: el empleo, la pobreza y la exclusión social. La falta de dinamismo del crecimiento económico y la incapacidad de mantenerse en el tiempo se han traducido en un débil efecto sobre el mercado del trabajo. Ha habido escasa o nula generación de empleos productivos, un lento ritmo de aumento de la productividad laboral y bajos salarios. En el decenio de 1990, la mayor parte del empleo se generó

en el sector informal: según estimaciones de la CEPAL, 69 de cada 100 nuevos empleos creados entre 1990 y 1997 correspondieron a ese sector, al que pertenece el 47% de los ocupados en las zonas urbanas de los países. Este hecho explica el actual estancamiento de los niveles de productividad, los bajos niveles de ingreso y la desprotección social que afecta a gran parte de los ocupados.

En lo que se refiere a los ingresos laborales, las tendencias han sido dispares. En algunos países los niveles salariales promedio siguen siendo inferiores a los de 1980, mientras que en otros crecieron pero a un ritmo menor que el producto por habitante. Hacia fines de los años noventa el salario mínimo real en 13 de 18 países latinoamericanos era inferior al de 1980. Los trabajadores informales perciben remuneraciones promedio que alcanzan sólo a la mitad de las que obtienen los obreros y empleados de establecimientos del sector formal y, por regla general, aquéllas crecieron a un ritmo menor, lo que ha acentuado la desigualdad de los ingresos del trabajo. A esa mayor desigualdad ha contribuido también el apreciable aumento de la diferenciación salarial entre los ocupados de alta y baja calificación.<sup>4</sup> Éstos son los principales factores que explican la persistente desigualdad distributiva del ingreso a nivel personal y familiar, la más elevada de todas las regiones del mundo, que tendió a mantenerse en niveles altos en la última década, incluso en los países que lograron tasas elevadas de crecimiento económico.

Las expectativas en el sentido de que la recuperación de los niveles de producción o el inicio de un nuevo período de crecimiento permitirían contrarrestar el deterioro de la distribución del ingreso que se produjo en los años ochenta no fueron confirmadas por los hechos. La rigidez al cambio y el empeoramiento de la distribución del ingreso en los períodos de crisis ha sido su característica más notoria desde fines de la década de 1970. En efecto, las tendencias distributivas registradas en los años noventa, al menos hasta antes de la crisis asiática, estuvieron marcadas por la capacidad que mostró el decil más rico para participar en los incrementos de ingreso. En 8 de 13 países aumentó la participación de ese grupo en el ingreso urbano, y en 3 disminuyó la participación del 40% más pobre. En consecuencia, las disparidades entre el ingreso medio de los hogares de ambos grupos se acrecen-

3 Una indicación de la creciente volatilidad del crecimiento económico en la región surge de la comparación de los coeficientes de variabilidad de las tasas anuales de crecimiento del PIB: este coeficiente fue de 0.71 en el período 1990-1997 y de 1.1 entre 1990 y 1999.

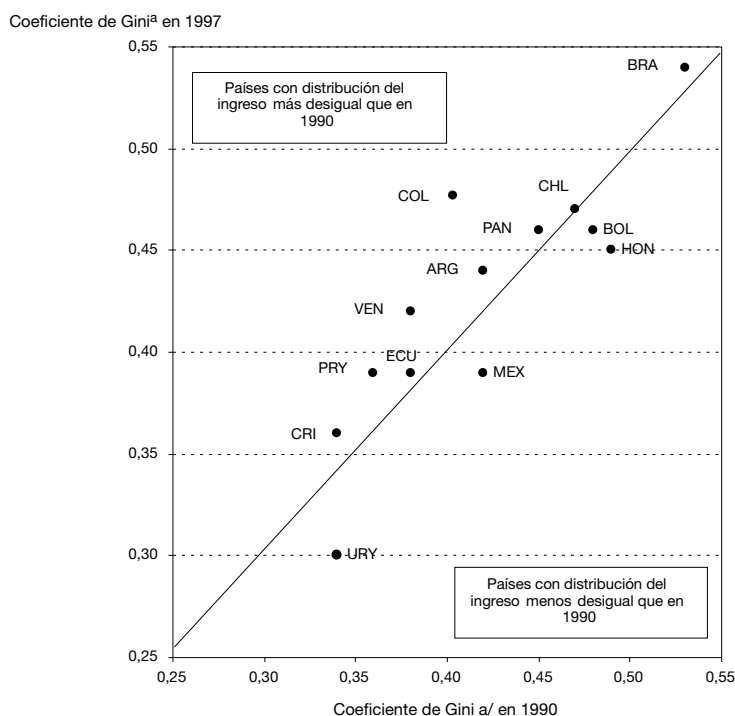
4 La distancia entre los ingresos de profesionales y técnicos y los de los asalariados en sectores de baja productividad de las zonas urbanas aumentó en 28% como promedio entre 1990 y 1997 (CEPAL, 2000b).



taron, lo que redundó en una pérdida de participación de los estratos medios y bajos, que captaron una parte mucho menor del incremento del ingreso nacional que los hogares del 10% más rico. El bajo nivel de ingreso de

amplios estratos de la población junto a la desigualdad distributiva son los factores que explican los elevados niveles de pobreza absoluta de la región.

Gráfico IV.1  
**CAMBIOS EN LA DESIGUALDAD DE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO URBANO, 1990-1997**



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

<sup>a</sup> Calculado a partir de la distribución de los hogares ordenados según el ingreso per cápita, por grupos decílicos.

El moderado descenso del porcentaje de hogares en pobreza junto al aumento del número absoluto de personas en esa situación durante la década pasada, unidos al deterioro o congelamiento de la distribución del ingreso, han coincidido en la región con la rápida expansión del acceso a las comunicaciones, que ha tendido a elevar y homogeneizar las aspiraciones de consumo. Sobre todo

los jóvenes urbanos se encuentran expuestos a información y estímulos respecto de nuevos y variados bienes y servicios que se constituyen en símbolos de movilidad social, a los que mayoritariamente carecen de acceso. En este marco se han ido consolidando escenarios de «pobreza dura» que afectan especialmente a los niños y adolescentes.

## 2. Magnitud y evolución reciente de la pobreza entre los niños y adolescentes

La pobreza absoluta y, más aún, su condición extrema, la indigencia, reflejan la insuficiencia de recursos de los hogares, lo que les impide satisfacer las necesidades más básicas de todos sus miembros. La evolución de su magnitud y severidad<sup>5</sup> permiten efectuar un balance de los cambios en las condiciones de vida de la infancia y adolescencia en los años noventa –y, por tanto, en el grado de cumplimiento de sus derechos– y dar un panorama de su situación actual en la región. Más todavía por el hecho de que los cambios en la pobreza no sólo son resultado de la evolución socioeconómica de los países, sino también porque la pobreza que prevalece en ellos determina en gran medida las oportunidades de vida y de acceso al bienestar de los niños y adolescentes durante su vida adulta.

En el transcurso de la década (entre 1990 y 1999) se logró un cierto avance en materia de pobreza en el conjunto de la región, que se tradujo en una disminución de su incidencia y severidad. Las cifras correspondientes a 19 países latinoamericanos indican que el porcentaje de hogares en pobreza se redujo de 41% en 1990 a 35% en 1999. Este último guarismo es similar al que se había alcanzado en 1980, de modo que la mejora sólo fue suficiente para reducirla a su nivel previo a la crisis de la deuda. En el mismo período, también disminuyó la pobreza a nivel de las personas,<sup>6</sup> de 48% en 1990 a 44% en 1999. Estos avances estuvieron asociados al crecimiento económico de algunos países, al aumento del empleo mayoritariamente en el sector informal –que benefició relativamente más a los estratos de menores ingresos–, a la reducción de la inflación, sobre todo en los países que

lograron contener la hiperinflación, y al mayor gasto social que posibilitó la expansión de los ingresos públicos. Estos factores tuvieron un efecto mayor en los ingresos y en la pobreza en las áreas urbanas que en las rurales. En efecto, en las primeras el porcentaje de personas en pobreza se redujo en cuatro puntos porcentuales (de 41% en 1990 a 37% en 1999), mientras que en las segundas –que reúnen alrededor de 30% de la población regional–, la baja fue solamente de un punto porcentual, de 65% a 64%.

La pobreza se redujo mucho menos entre los hogares con presencia de niños y adolescentes y su evolución no fue suficiente para reducir el aumento del número de aquellos que viven en esa condición. Del total de 211.4 millones de personas en pobreza en el año 1999,<sup>7</sup> 114.2 millones tenían menos de 20 años de edad. De éstos, alrededor de 36 millones integraban el grupo más vulnerable: los niños menores de 6 años. De este modo, al iniciarse el siglo XXI más de la mitad de los niños y adolescentes de la región son pobres y más de la mitad del total de pobres de la región son niños y adolescentes.

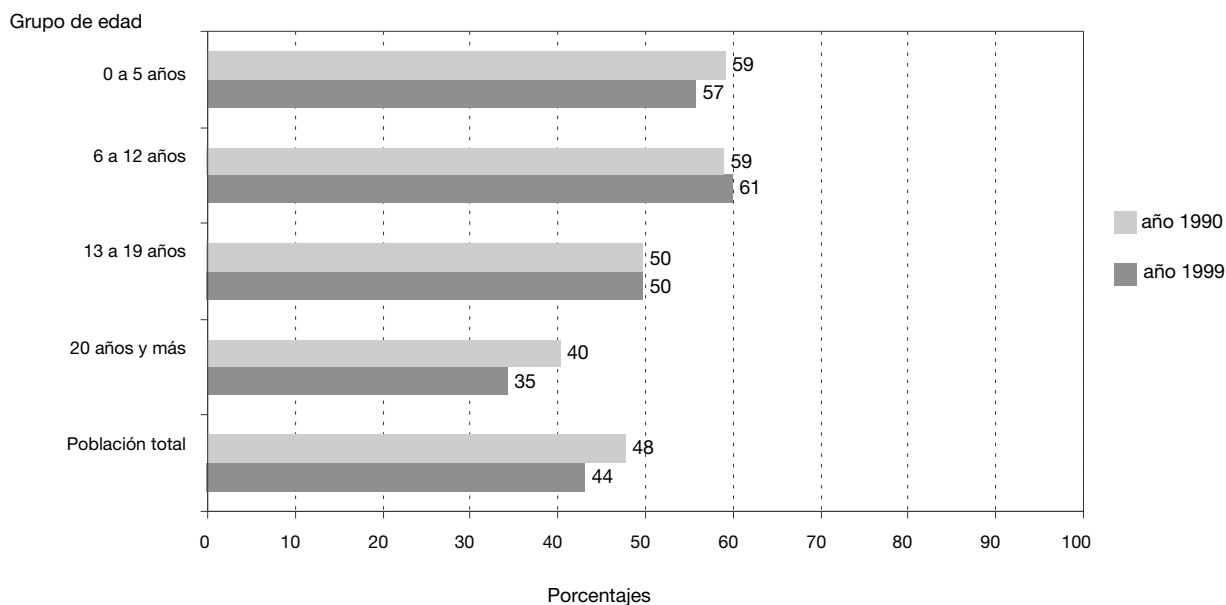
Con excepción de Paraguay, en todos los países latinoamericanos analizados, la disminución de la pobreza urbana entre los niños menores de seis años experimentó una baja significativamente inferior a la del conjunto de la población. Más aún, en aquellos países en que la pobreza a nivel global aumentó o se mantuvo, la situación de los hogares con presencia de niños experimentó un deterioro mayor.

5 La magnitud o incidencia de la pobreza se refiere a la fracción del total de la población que vive en hogares con un ingreso inferior al valor de la línea de pobreza; su severidad alude a la medida en que el ingreso de los hogares pobres está por debajo del umbral mínimo de consumo determinado por esa línea.

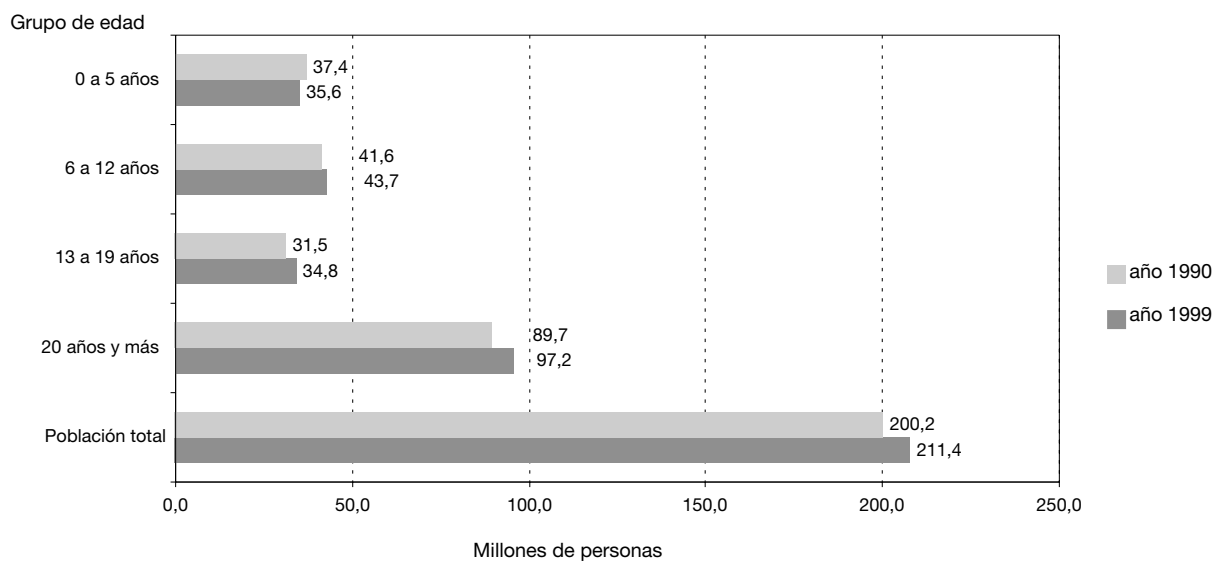
6 Las mediciones de pobreza absoluta que realiza la CEPAL se efectúan por el método del ingreso. Éste se basa en la cuantificación de los recursos monetarios y no monetarios de los hogares, los que se contrastan con el valor de una canasta de bienes y servicios indispensables para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. El grado en que se satisfacen esas necesidades depende, entre otros factores, de la forma en que se distribuyen los recursos familiares entre los integrantes del hogar. Por ello, la condición de pobreza es, en rigor, una característica propia del hogar y no necesariamente de cada una de las personas que residen en él. Afirmar que una persona es pobre significa simplemente que esa persona vive en un hogar en situación de pobreza. Naturalmente, mientras mayor es el hiato entre el ingreso del hogar y el valor de la línea de pobreza, es más probable que todos los que lo integran estén afectados por tal situación.

7 No se dispone de estimaciones de la magnitud de la pobreza absoluta en España y Portugal.

Gráfico IV.2  
**AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA a/  
 SEGÚN GRUPOS DE EDAD 1990 - 1999**  
 (En porcentajes)

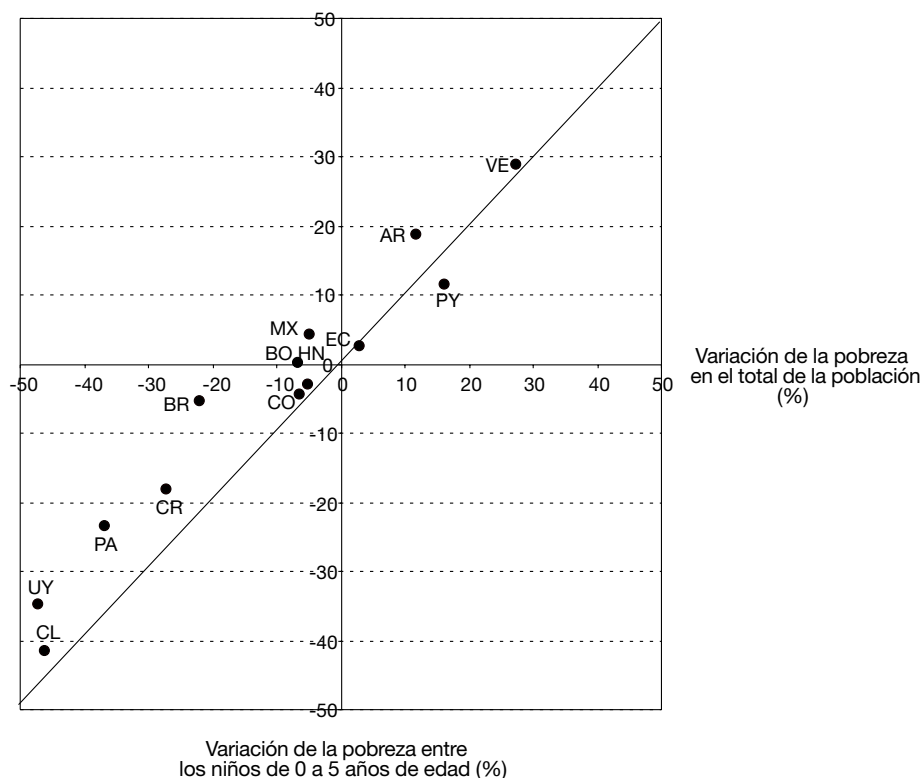


**AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): NÚMERO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA  
 SEGÚN GRUPOS DE EDAD 1990 - 1999**  
 (En millones)



Fuente: CEPAL, estimaciones sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.  
 a/ Porcentaje de personas que residen en hogares con un ingreso inferior a la línea de pobreza. Incluye personas indigentes o en extrema pobreza.

Gráfico IV.3  
**VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA POBREZA EN LA POBLACIÓN TOTAL  
 Y ENTRE LOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD**  
**Zonas urbanas, 1990-1999**



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

Esta constatación pone de relieve, en primer lugar, que la población infantil y adolescente sigue siendo la más afectada por la pobreza y la indigencia. En segundo lugar, que en ausencia de políticas públicas dirigidas a elevar los ingresos de los hogares más vulnerables y con presencia de niños, el aumento del ingreso por habitante y los demás factores que acompañan al crecimiento económico benefician menos a esos hogares, especialmente a aquellos con menores de seis años, mientras que en las situaciones de contracción o de crisis son los más afectados.

Por su parte, los niños y niñas en edad escolar (entre 6 y 12 años de edad) no vieron mejoradas sus condiciones de vida: la incidencia de pobreza en este grupo etario aumentó de 59% a 61% entre 1990 y 1999 y el número de ellos en pobreza creció de 41.6 millones a 43.7 millones en el total de 19 países latinoamericanos incluidos en la estimación. La pobreza entre los adolescentes de entre 13 y 19 años de edad prácticamente se mantuvo, en 50%, y su elevada gravitación en la población regional hizo que el número de ellos en pobreza aumentara de 31.5 millones en 1990 a 34.8 millones en 1999.

### 3. La transmisión intergeneracional de la pobreza y de las oportunidades de bienestar

La desigualdad distributiva y los niveles actuales de pobreza registrados en la región coexisten con una marcada concentración del capital educativo y del patrimonio físico y financiero que, junto con otros factores de carácter demográfico y socioeconómico, determinan diferencias muy acusadas entre los niveles de bienestar de los hogares de ingresos bajos y altos, factores cuya característica común es su alta transmisibilidad intergeneracional, uno de los nodos centrales de la elevada y persistente pobreza y desigualdad socioeconómica y del persistente incumplimiento de sus derechos. Los factores mencionados se refuerzan entre sí para mantener a los niños, niñas y adolescentes de los hogares de bajos ingresos en una situación desmedrada cuando llegan a la edad adulta, y otorgan a los provenientes de hogares que tienen un ingreso superior una alta probabilidad de mantener esa ubicación en la distribución del ingreso. Ello es lo que imprime un carácter hereditario a la ubicación relativa de las personas en la distribución futura del ingreso.

El examen de los componentes del ingreso familiar y de las características de los hogares de los distintos deciles de la distribución indica que los ingresos del trabajo representan alrededor del 80% del ingreso total de los hogares, que dependen principalmente de la cantidad de miembros ocupados en cada hogar y de su nivel educacional.

Como se desprende del cuadro IV.1, el nivel de los ingresos del trabajo guarda estrecha relación con el promedio de años de estudio de los ocupados: a mayor nivel educacional, mayor probabilidad de obtener ocupaciones mejor remuneradas. Por otra parte, las desigualdades de ingreso que prevalecieron antes del retiro laboral de la persona tienden a prolongarse a la etapa de inactividad, debido a que las posibilidades de obtener esas pasividades (ingresos por transferencias), así como el monto que alcanzan, depende en gran medida del tipo de ocupación que tuvo el beneficiado durante su vida activa y, por ende, de su nivel de educación. Por último, los ingresos patrimoniales que reciben los hogares por concepto de dividendos, utilidades repartidas, intereses y alquileres aso-

ciados a la propiedad de activos físicos y financieros, son significativamente mayores en la cúspide de la pirámide distributiva, y algunas de esas partidas prácticamente se concentran casi por completo en el 20% más rico. Si bien no resultan tan significativos en comparación con los ingresos del trabajo, sí lo son con respecto a su participación en los mecanismos de transmisión intergeneracional de desigualdades, por la heredabilidad misma del patrimonio. La situación patrimonial refuerza las posibilidades de una buena inserción ocupacional de los de mayor y mejor educación, con lo que se crea una fuerza con alta inercia que garantiza a los hijos de los hogares de más altos ingresos una posición similar a la de sus padres en la pirámide distributiva.

De todas maneras, el capital educacional de las personas: cantidad de años de estudio cursados y calidad y pertinencia de la educación recibida, es el principal factor que incide en sus oportunidades de bienestar, tanto materiales como no materiales, y que determina el abanico de oportunidades presentes y futuras y, por tanto, la posición relativa que le corresponderá a cada persona y a su familia en la distribución del ingreso. El perfil de inserciones ocupacionales al que más frecuentemente acceden los jóvenes con diferente capital educacional, como muestra el cuadro IV.2, refleja hasta qué grado están predeterminadas sus posibilidades de bienestar en función de la situación educacional y socioeconómica del hogar de origen.<sup>8</sup>

La heredabilidad de la educación es la principal condición sobre la que descansa la transmisión de las oportunidades de bienestar en sociedades en las que el acervo educacional es, además del patrimonio –que se concentra en los estratos de altos ingresos– el principal activo de la población. Ella se expresa en que la cantidad y calidad de la educación que logran acumular los jóvenes depende en medida importante de factores que no pueden modificar: el nivel educacional de los padres y los recursos económicos del hogar de origen.

8 Sin embargo, también se transmiten desigualdades en la calidad de la educación, lo que influye en la posición jerárquica de las personas dentro de una misma ocupación. Esto se debe a que el estrato social determina también los contactos familiares y la red social a la cual se tiene acceso. Ello se refleja en las diferencias de ingreso que obtienen los jóvenes de distinto origen social dentro de un mismo grupo ocupacional, lo que, a su vez, acrecienta las diferencias en las posibilidades de acceder al bienestar.

El vínculo entre capital educacional acumulado, ocupación e ingresos, no es la única vía a través de la que se transmiten de una generación a otra distintas oportunidades y posiciones relativas en la distribución del ingreso. La insuficiencia de recursos económicos de los hogares activa otros fenómenos que debilitan o reducen las posibilidades educacionales de los jóvenes y las oportunidades conexas. La escasez de recursos del hogar de origen y el bajo clima educacional alientan el trabajo infantil y elevan la probabilidad de maternidad en la adolescencia. Ambos fenómenos limitan las posibilidades educacionales de los niños, niñas y adolescentes, lo que se traduce en inserciones ocupacionales de menores ingresos durante la vida activa.

Pese a la expansión de la educación registrada en la región, en las últimas décadas se han mantenido las des-

igualdades educacionales entre los jóvenes de diferentes estratos sociales. Actualmente, sólo alrededor del 20% de los jóvenes cuyos padres no completaron la educación primaria logran terminar el ciclo secundario,<sup>9</sup> en cambio, ese porcentaje supera el 60% entre los hijos de padres con al menos 10 años de estudio. A comienzos de los años ochenta, esas proporciones, aunque menores, presentaban diferencias similares (véase el cuadro IV.2). Por ello, las oportunidades de bienestar de los jóvenes de la generación actual dependen en gran medida de las desigualdades en la distribución de la educación que prevalecían en la generación anterior. Esto se traduce en un alto grado de rigidez de la estructura social, por cuanto el escaso nivel educacional alcanzado por muchos bloquea su principal, y la mayoría de las veces, único canal de movilidad.

---

9 La transmisión de las desigualdades educacionales de padres a hijos cobra especial relevancia cuando se centra en las posibilidades de terminar el ciclo secundario. Éste constituye el capital educacional que otorga una probabilidad alta de situarse fuera de la pobreza. Alcanzar ese umbral educativo se traduce en la posibilidad de obtener ingresos que permiten situarse fuera de la condición de pobreza durante la vida activa, con una probabilidad superior al 80%. El ingreso aumenta aceleradamente cuando los años adicionales de estudio cursados se suman a ese umbral; pero no lo hace de igual manera cuando éste no se ha alcanzado.

Recuadro IV.1  
**LOS HOGARES MÁS VULNERABLES CONCENTRAN UNA MAYOR  
PROPORCIÓN DE NIÑOS**

Tanto en las áreas urbanas como en las rurales, los hogares de menores ingresos concentran una alta proporción del total de niños. En seis países de la región que registran distintos niveles de pobreza y se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica, no menos del 25% del total de los niños menores de seis años viven en hogares pertenecientes al quintil más pobre de la población, en tanto que en el quintil de más altos ingresos ese porcentaje bordea el

15%. Aunque algo menores, estas diferencias se dan también en relación con los niños de entre 6 y 12 años (véase el cuadro adjunto). Es interesante destacar que los países de menor nivel de pobreza, que se encuentran en la etapa más avanzada de la transición demográfica y en que los niños representan una fracción más baja de la población total (Uruguay, por ejemplo), son aquellos en que la pobreza afecta más, en términos relativos, a la población infantil. En cam-

bio, los países que se encuentran en una etapa menos avanzada de la transición (Bolivia y Honduras) son los que presentan niveles más elevados de pobreza y en ellos la población infantil se concentra en menor medida en los estratos más bajos de la pirámide de ingresos. En estos dos países, la pobreza entre los niños menores de seis años de edad supera en 1.23 y 1.13 veces la del conjunto de la población, respectivamente. En Uruguay, esa cifra se eleva a 2.3 veces.

**DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE NIÑOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES  
URBANOS SEGÚN ESTRATOS DE INGRESO**  
Países seleccionados, 1997

Estratos de ingreso <sup>a</sup>		Promedio de niños entre 0 y 5 años de edad <sup>b</sup>		Promedio de niños entre 6 y 12 años de edad <sup>b</sup>		Tamaño medio del hogar	Promedio de personas activas	Relación entre el número de menores de 13 años y el número de activos
<b>Bolivia</b>	Quintil inferior	1.3	(26.7)	1.6	(25.4)	5.9	1.7	2.0
	Quintil superior	0.7	(14.2)	1.0	(16.3)	4.9	2.2	0.9
	Promedio	1.0		1.3		5.3	2.0	1.4
<b>Brasil</b>	Quintil inferior	1.2	(28.4)	1.3	(26.3)	5.7	1.8	1.7
	Quintil superior	0.6	(14.6)	0.9	(17.1)	4.3	2.0	0.9
	Promedio	0.8		1.0		4.9	2.0	1.1
<b>Chile</b>	Quintil inferior	1.0	(24.7)	1.1	(23.4)	5.0	1.3	1.8
	Quintil superior	0.7	(17.9)	0.9	(18.1)	4.3	2.0	0.9
	Promedio	0.8		0.9		4.7	1.7	1.2
<b>Colombia</b>	Quintil inferior	1.0	(25.4)	1.3	(25.9)	5.4	1.7	1.6
	Quintil superior	0.7	(16.4)	0.8	(16.0)	4.3	2.2	0.8
	Promedio	0.8		1.0		4.9	2.0	1.1
<b>Honduras</b>	Quintil inferior	1.3	(25.3)	1.7	(26.8)	6.1	1.8	2.0
	Quintil superior	0.8	(15.0)	1.0	(15.5)	4.8	2.2	1.0
	Promedio	1.0		1.2		5.5	2.1	1.4
<b>Uruguay</b>	Quintil inferior	1.2	(30.9)	1.3	(25.8)	5.6	1.8	1.6
	Quintil superior	0.6	(15.6)	0.9	(17.6)	4.0	2.0	0.9
	Promedio	0.8		1.0		4.7	2.0	1.1

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

<sup>a</sup> Corresponde al 20% de hogares de más bajos ingresos y al 20% de hogares de más altos ingresos.

<sup>b</sup> Entre paréntesis se indica el porcentaje de niños en cada quintil sobre el total de niños del grupo de edad.

Cuadro IV.1  
**AMÉRICA LATINA <sup>a</sup>: COMPONENTES DEL INGRESO DEL HOGAR Y  
 CARACTERÍSTICAS RELEVANTES EN SU GENERACIÓN  
 Zonas Urbanas**

Deciles <sup>b</sup>	Nivel y composición porcentual del ingreso per cápita del hogar						Promedio de años de estudio de los ocupados	Ingresos del trabajo promedio por ocupado (en L.P. <sup>c</sup> )	Promedio de ocupados en el hogar		
	Ingreso per cápita del hogar		Ingresos del trabajo per cápita		Ingresos del capital per cápita					Ingresos de transferencias per cápita	
	En L.P. <sup>c</sup>	En porcentaje	En L.P. <sup>c</sup>	En porcentaje	En L.P. <sup>c</sup>	En porcentaje					
Decil 1	0.43	100.0	0.35	81.6	0.02	5.8	0.05	12.6	6.1	1.5	1.4
Decil 2	0.79	100.0	0.65	82.4	0.05	5.9	0.09	11.6	7.0	2.2	1.5
Decil 3	1.05	100.0	0.87	82.8	0.06	5.8	0.12	11.4	7.6	2.6	1.6
Decil 4	1.34	100.0	1.11	83.4	0.08	6.0	0.14	10.6	8.0	3.0	1.7
Decil 5	1.66	100.0	1.39	83.4	0.10	5.9	0.18	10.7	8.5	3.4	1.8
Decil 6	2.06	100.0	1.71	82.9	0.13	6.2	0.22	10.8	9.2	3.8	1.9
Decil 7	2.57	100.0	2.12	82.6	0.17	6.5	0.28	11.0	9.6	4.5	1.9
Decil 8	3.40	100.0	2.80	82.3	0.23	6.9	0.37	10.8	10.6	5.6	1.9
Decil 9	4.80	100.0	3.91	81.3	0.38	7.9	0.52	10.8	11.7	7.5	1.8
Decil 10	11.76	100.0	9.16	77.9	1.54	13.1	1.06	9.0	13.5	16.3	1.8
Total	2.55	100.0	2.06	80.8	0.22	8.8	0.26	10.3	9.3	5.1	1.7

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

<sup>a</sup> Promedio simple de 12 países alrededor de 1997: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

<sup>b</sup> Deciles de la distribución del ingreso per cápita de los hogares.

<sup>c</sup> En múltiplos de las líneas de pobreza (L.P.) de los respectivos países.



Cuadro IV.2  
**AMÉRICA LATINA: INSERCIÓN OCUPACIONAL E INGRESOS MEDIOS a/ DE  
 LOS JÓVENES b SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL**

Número de año de estudio cursados	Total		Inserción ocupacional					
	Porcentaje	Ingreso medio <sup>a</sup>	Profesionales, técnicos y directivos		Empleados administrativos, vendedores y dependientes y trabajadores agrícolas		Operarios, obreros, mozos, vigilantes, empleados domésticos	
			Porcentaje	Ingreso medio <sup>a</sup>	Porcentaje	Ingreso medio <sup>a</sup>	Porcentaje	Ingreso medio <sup>a</sup>
<b>Áreas urbanas</b>								
Total	100.0	(3.4)	15.4	(5.6)	32.1	(3.3)	52.4	(2.6)
0 - 8	100.0	(2.5)	2.0	...	15.6	(2.6)	82.4	(2.4)
9 - 11	100.0	(3.4)	11.5	...	44.7	(3.2)	43.9	(2.9)
12 y más	100.0	(5.2)	48.8	(6.4)	40.9	(4.3)	10.3	...
<b>Áreas rurales</b>								
Total	100.0	(3.2)	7.1	(6.2)	9.8	(3.6)	83.1	(2.7)
0 - 8	100.0	(2.8)	1.8	...	4.9	(3.1)	93.2	(2.6)
9 - 11	100.0	(3.9)	15.8	...	24.5	(4.9)	59.7	(3.6)
12 y más	100.0	(7.5)	53.6	(8.2)	28.9	(7.5)	17.5	...

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1997 (LC/G.1982-P)*, Santiago de Chile, 1998, cuadros IV.3.1 y IV.3.2, capítulo IV. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.98.II.G.3.

<sup>a</sup> Expresados en múltiplos de la línea de pobreza per cápita. Las cifras se presentan entre paréntesis.

<sup>b</sup> Incluye a los jóvenes de 20 a 29 años de edad que trabajan 20 o más horas semanales.



## Sección V

# La inversión social y el costo de las oportunidades perdidas

## 1. La insuficiencia del gasto social en Iberoamérica

El aumento del número de niños, niñas y adolescentes en condiciones de pobreza en los países iberoamericanos no pudo ser contenido por el crecimiento económico experimentado durante la mayor parte de la década pasada, aun cuando éste tuvo un efecto positivo en la reducción relativa de la pobreza en varios de ellos. Al iniciarse el siglo XXI, más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica son pobres, y más de la mitad del total de pobres de la región son niños, niñas o adolescentes. Esta pobreza es aún mayor si se considera que las disparidades en el acceso a los servicios sociales básicos afectan, principalmente, a los estratos más pobres de la población que, aunque tienen mayores carencias y necesidades, reciben menos servicios y, cuando los reciben, son de menor calidad. Al igual que en el caso de los indicadores de pobreza, y de los diversos indicadores de calidad de vida, también los relativos al gasto social presentan una enorme variabilidad entre los países iberoamericanos, como se aprecia en el gráfico V.1.

Tanto las limitaciones como las posibilidades de este diverso gasto social se aprecian claramente a partir de los resultados de una investigación reciente sobre el tema

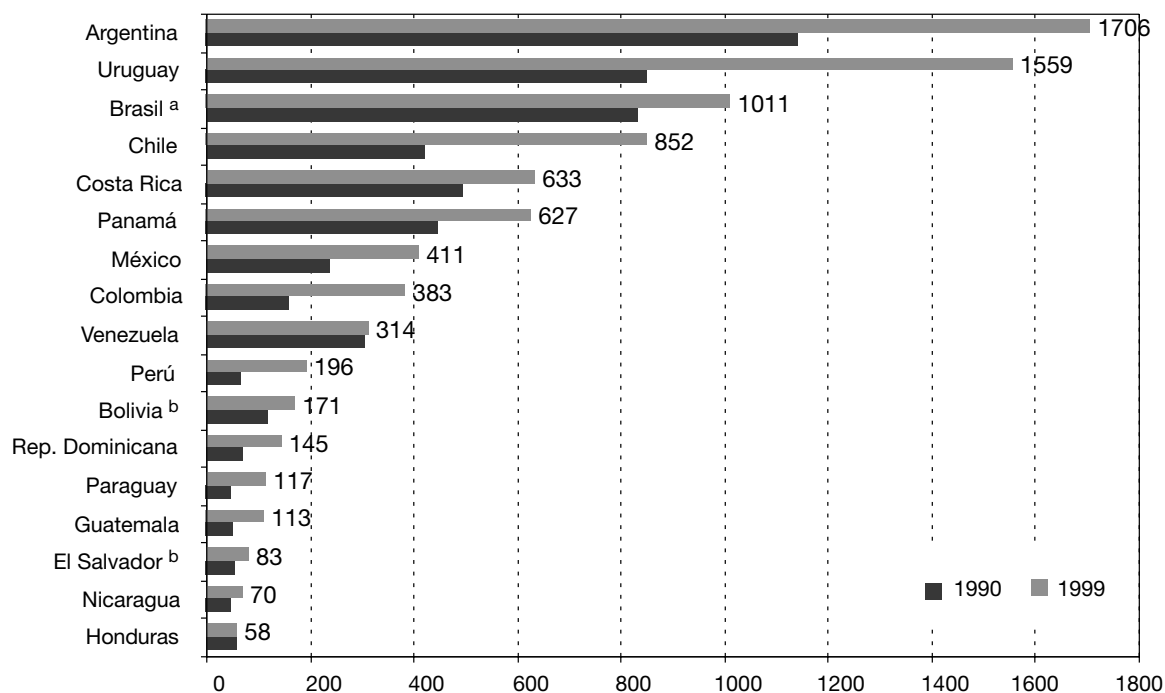
en un conjunto representativo de países iberoamericanos, realizada por varias agencias del sistema de las Naciones Unidas.<sup>1</sup> Para los años 1994-1996, este grupo de países

1 Ganuza, León y Sauma (1999). El estudio se refiere a los casos de: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana (además de Belice y Jamaica), y se analiza tanto el gasto social —o, más exactamente, la inversión social— como los recursos que se dedican al gasto en educación, salud (incluyendo programas de control de la natalidad, salud reproductiva y de alimentación y nutrición), agua potable (y saneamiento básico), vivienda (únicamente los programas de subsidio a la vivienda, así como los programas públicos de apoyo al sector), asistencia social y seguridad social.

presentaba un gasto público social per cápita promedio de 233 dólares por año (en dólares de 1996), pero con diferencias significativas entre países, pues mientras muchos no alcanzaban los 100 dólares unos pocos superaban los 500 dólares. Aun así, como se aprecia en el cuadro V.1, si bien en la década de 1980 se produjo una caída significativa en el gasto público social, durante los

años noventa hubo una mejora, tanto en términos per cápita como en sus prioridades, es decir, en términos de la proporción del PIB y del gasto público total que se dedicaron al gasto social. De hecho, en 8 de los 13 países incluidos en este estudio, el gasto social per cápita promedio de 1994-1996 es el más alto de todo el período considerado (Ganuza, León y Sauma, 1999, p. 30).

Gráfico V.1  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL (GPS) POR HABITANTE,**  
**1990 Y 1999**  
**(En dólares de 1997)**



Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social, base de datos sobre gasto social.

<sup>a</sup> La cifra final corresponde a 1998.

<sup>b</sup> La cifra inicial corresponde, en el caso de Bolivia, a 1995 y, en el caso de El Salvador, a 1994.

Cuadro V.1  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL EN DÓLARES PER CÁPITA Y COMO PORCENTAJE  
DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB)  
(Dólares de 1996)**

	Gasto social en dólares per cápita			Gasto social como porcentaje del PIB		
	1980-1981	1990-1991	1994-1996	1980-1981	1990-1991	1994-1996
<b>Promedio</b>	<b>204</b>	<b>173</b>	<b>233</b>	<b>9.2</b>	<b>8.0</b>	<b>9.6</b>
Bolivia	52	52	91	6.0	6.0	9.8
Brasil	445	428	547	9.7	9.4	11.2
Chile	540	477	651	16.9	13.8	14.4
Colombia	131	149	284	7.6	7.9	13.3
Costa Rica	454	426	521	18.6	17.7	19.6
Ecuador	174	126	119	11.2	8.3	7.8
El Salvador	111	44	60	6.5	4.1	3.6
Guatemala	47	47	61	3.3	3.3	3.9
Nicaragua	89	56	61	12.3	11.5	13.4
Perú	130	51	88	3.8	2.2	3.3
Rep. Dominicana	71	52	85	4.9	3.7	5.4

**Fuente:** Enrique Ganuza, Arturo León y Pablo Sauma (comps.), *Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1933)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1999, p. 31.

La prioridad del gasto social en estos países cayó, en promedio, de 9.2% a 8% con respecto al PIB en los años ochenta, y luego se recuperó subiendo a 9.6% pero con grandes diferencias entre países, ya que en algunos se siguió estando por debajo del esfuerzo inicial. Cuando se relaciona el gasto público social con el índice de pobreza humana, aparecen claramente dos grupos de países: los de menor gasto social, que presentan además elevados niveles de pobreza, y los de mayor gasto social y menor pobreza. También hay una relación directa entre el gasto social per cápita y el índice de desarrollo humano (IDH). Lo mismo ocurre cuando se relaciona el gasto en servicios sociales básicos con pobreza: el grupo de países con un mayor gasto per cápita en servicios sociales básicos es el de menores niveles de pobreza, y viceversa.<sup>2</sup>

Con respecto a la progresividad del gasto durante los años noventa, el sector más progresivo correspondió a salud, seguido de educación. Los gastos destinados a la

seguridad social fueron los más regresivos (CEPAL, 1999). En todo caso, aun una estructura levemente regresiva del gasto tiene un efecto redistributivo importante, en la medida en que la distribución del ingreso es, por regla general, más regresiva que la del gasto. Cabe recordar que el efecto de los programas sociales sobre el ingreso absoluto de los hogares más pobres es significativo, independientemente de su grado de progresividad. Por ello, el adecuado manejo del gasto social ofrece amplias posibilidades de mejorar la situación de los grupos más pobres y la distribución del ingreso. El progreso en la eficacia y eficiencia del gasto social dependen no sólo de su cuantía, sino también de su distribución sectorial e intrasectorial. Estos aspectos están directamente relacionados con la gestión, aplicación, monitoreo y evaluación del gasto.<sup>3</sup>

La insuficiencia del esfuerzo realizado con los países iberoamericanos en materia de gasto social se aprecia

<sup>2</sup> En el caso de Brasil, se requeriría una mayor desagregación para este tipo de afirmaciones.

<sup>3</sup> En este sentido la Iniciativa 20/20 y los márgenes de reasignación que podrían liberarse para el financiamiento de los programas sociales básicos son especialmente importantes desde el punto de vista de la pobreza y la equidad.

Recuadro V.1  
**LAS PEQUEÑAS INVERSIONES QUE SALVAN LA VIDA DE LOS NIÑOS**

De cada cuatro muertes de menores de un año, tres son ocasionadas por la deshidratación causada por la diarrea o por una infección respiratoria aguda. Casi todas las muertes por deshidratación diarreica podrían evi-

tarse mediante el suministro oportuno de sales de rehidratación oral, cuyo costo es de ocho centavos de dólar por paquete. La mayor parte de las muertes por causas respiratorias no habrían ocurrido en ausencia de des-

nutrición y con acceso a una atención médica básica. La atención prenatal y del parto –que también es de bajo costo– completa un primer cuadro de medidas de bajo costo, que reduciría notablemente esas muertes prevenibles.

Costo (en dólares)	Ejemplo de inversiones de bajo costo
<b>0.08</b>	Un paquete de sal de rehidratación oral para combatir la deshidratación por diarrea aguda
<b>0.07</b>	Tres cápsulas de vitamina A, suficientes para proteger a un niño durante un año contra la ceguera y otros problemas de salud debidos a la carencia de esta vitamina
<b>1.23</b>	Un estetoscopio fetal que permite hacer el control básico del embarazo
<b>5</b>	Una letrina plástica hermética y un tubo de desagüe que proveen saneamiento básico a una familia
<b>15</b>	El costo promedio de las vacunas, las jeringas y agujas, el equipo de refrigeración, la capacitación y los salarios del personal de la salud necesarios para inmunizar a un niño contra las seis principales enfermedades infantiles
<b>15.5</b>	Un recipiente con aislamiento térmico para preservar 500 dosis de vacunas
<b>150</b>	Una bomba manual, tubería y accesorios para un pozo que puede abastecer de agua a 50 familias

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Hechos y cifras”, *Boletín informativo*, 1997.

con claridad en las comparaciones internacionales. Mientras que estos países dedican, en promedio, 3.9% del PIB y 2.9% del PIB a la inversión en educación y salud respectivamente, los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) dedicaron durante los años noventa 5.1% de su PIB a la inversión educativa y 6.4% a salud. El esfuerzo relativo de inversión social que se realiza en Iberoamérica es menor que el de los países más avanzados; además, se realiza a partir de un nivel mucho más bajo del producto, lo que genera diferencias aún más marcadas en términos de la inversión

social por habitante. En educación, por ejemplo, estimaciones aproximadas indican que los países de mayores ingresos estarían invirtiendo unos 1 400 dólares anuales por habitante, comparado con unos 140 dólares en el caso de los países de la región.<sup>4</sup>

Incluso en términos de los servicios sociales básicos, y a pesar de los esfuerzos de la última década, la inversión que se está realizando en la mayoría de los países iberoamericanos resulta insuficiente para alcanzar los niveles de cobertura y calidad necesarios para romper el

<sup>4</sup> Para calcular la diferencia neta efectiva habría que explicitar tanto las diferencias de costos como las diferencias de calidad, pero aun así la magnitud de la diferencia es abismal (Banco Mundial, 2001, tablas 1-6).

círculo de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Estos servicios sociales básicos contemplan lo que corresponde a la educación básica y a la atención primaria de salud, incluida la salud reproductiva, los programas de nutrición, el agua potable y el saneamiento, así como la capacidad institucional correspondiente. Se estima que ese grupo de países iberoamericanos habría dedicado a los servicios sociales básicos un monto aproximado de 59 dólares anuales por habitante, de los cuales 38 dólares fueron a educación básica y 21 dólares a salud básica y saneamiento.<sup>5</sup>

Los recursos agregados por año que harían falta para garantizar la cobertura universal de los servicios sociales

básicos en los países de Iberoamérica serían, en promedio, de casi 30 dólares per cápita. Satisfacer estas necesidades implicaría un aumento del gasto en estos servicios equivalente, en promedio, a un 8% del gasto total, que representaría un 2.5% del PIB de estos países. Si bien se trata de un desafío no despreciable, tampoco involucra magnitudes que estén fuera del alcance de las sociedades iberoamericanas. Lógicamente, supone un esfuerzo mayor en aquellos países donde las disparidades son mayores y la inversión social ha sido históricamente menor. Esto se aprecia en que el incremento promedio de 30 dólares por habitante presenta variaciones que van desde 6 dólares en Costa Rica hasta 49 dólares en Nicaragua.

---

## 2. Hacia la recuperación de las oportunidades perdidas

El hecho, de por sí dramático, de que la pobreza afecte en mayor proporción y con mayor intensidad a la población infantil y juvenil iberoamericana, y que además sea esa misma población la que sufre las mayores carencias en el acceso a los servicios sociales básicos, es aún más grave cuando comprendemos que estas condiciones de vida de los niños y jóvenes son, precisamente, el principal canal mediante el cual se reproduce intergeneracionalmente la pobreza. Es evidente que el futuro de las sociedades iberoamericanas no podrá ser mejor que el presente de sus niños, por lo que debiera ser igualmente obvio que la incapacidad de atender en el presente las necesidades básicas de éstos no es más que una forma segura de hipotecar su futuro y el de sus sociedades.

Es claro —y la experiencia internacional lo confirma— que el crecimiento económico *puede* ser un elemento vital para la reducción de la pobreza, pues provee una dotación mayor de bienes y servicios con los que, dados los canales de distribución del ingreso y de integración social, sería posible elevar las condiciones de vida de los miembros menos aventajados de la sociedad y, en particular, de los niños que viven en condiciones de po-

breza y sus familias. Sin embargo, la evidencia deja igualmente en claro que el crecimiento no basta. Tanto o más importante que la cantidad o ritmo del crecimiento económico, es la *calidad* de ese crecimiento: su capacidad para generar aumentos sistemáticos en la productividad y vincular estos aumentos con mejoras igualmente sistemáticas en los ingresos y condiciones de vida de toda la población, con un énfasis particular en la reducción de las disparidades existentes.

Solamente una transformación productiva sustentada en una incorporación deliberada y sistemática del progreso técnico, permite —y requiere— una utilización cada vez más productiva y mejor remunerada de la fuerza de trabajo, lo que constituye, a su vez, el principal mecanismo mediante el cual las grandes mayorías pueden contribuir al desarrollo y participar de sus frutos. En las actuales condiciones en que Iberoamérica enfrenta los retos de la globalización, el entorno para una estrategia competitiva sostenible debe fijar las reglas del juego y los incentivos necesarios para que las mejoras sean continuas y acumulativas, y se integren con el proceso permanente de elevación de la productividad.

---

5 Ganuza, León y Sauma, p. 37 (se excluye del cálculo a Belice y Jamaica).

Para ello, no basta una política económica que garantice la estabilidad macroeconómica y el crecimiento. Se requiere, además, una política distributiva consistente con los objetivos planteados de reducción de la pobreza y una política social que garantice también el acceso de toda la población a los servicios de educación, salud, vivienda y saneamiento ambiental, ya que éstos forman la base fundamental tanto de la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, como de su capacidad productiva. Por una parte, esto significa que la inversión social dirigida a enfrentar la pobreza infantil y juvenil no sólo se justifica por razones éticas y sociales, sino también por razones de estricta eficiencia económica: es la forma más eficiente de frenar la pobreza y la inversión más rentable desde el punto de vista de la productividad y el crecimiento. Por otra parte, debe significar también que la inversión social no se justifica sólo por razones de eficiencia, sino también por razones éticas fundamentales, ya que, en las condiciones de inequidad existentes, de esa inversión depende el efectivo cumplimiento de los derechos de los niños.

Esta correspondencia de los criterios de la eficiencia y los criterios de los derechos y de la equidad ha sido reconocida de manera clara en una publicación reciente del Banco Mundial, titulada precisamente *La calidad del crecimiento*. Reconociendo que el crecimiento por sí mismo no resuelve flagelos sociales como el de la persistente pobreza, o los crecientes problemas ambientales que aquejan al planeta, este documento sostiene que no sólo se necesita una política económica sensata e instituciones que promuevan el crecimiento, sino mejores y más equitativas oportunidades en educación y trabajo, mejor salud y nutrición, un ambiente natural más limpio y sostenible, un sistema legal y judicial imparcial, mayores libertades civiles y políticas, instituciones confiables y transparentes, y libertad para acceder a una vida cultural rica y diversa. Y esto es importante no sólo por razones económicas, sino éticas: “el acceso equitativo a los servicios de educación y salud está entre los derechos humanos básicos a los que todo el mundo tiene derecho” (Thomas y otros, 2000).

Sin embargo, las posibilidades de avanzar sistemática y rápidamente en esa dirección no son propicias, tal y como se desprende de las carencias prevalentes en la región analizadas a lo largo de este documento. La magnitud de recursos que demanda la inversión social requerida supera ampliamente lo que tradicionalmente se ha considerado *razonable* gastar en los programas sociales en la mayoría de los países iberoamericanos. Y si bien los recursos dedicados al gasto o inversión social han venido

aumentando lentamente en los últimos 10 años, aún se muestran insuficientes cuando se les compara con los niveles de inversión social en países que han asumido el reto de desarrollar plenamente tanto el potencial social como productivo de sus habitantes.

Precisamente el reconocimiento de estas insuficiencias constituyó el tema central de la III Reunión Iberoamericana de Ministros de Economía y Hacienda, celebrada en Panamá los días 7 y 8 de septiembre del año 2000, en la que se identificó claramente a la insuficiente inversión social como uno de los principales cuellos de botella del desarrollo de los países iberoamericanos:

*Los niveles de gasto social, a pesar de representar montos importantes, siguen siendo insuficientes para satisfacer las demandas y necesidades de la población, y más aún para constituirse en una verdadera inversión social dirigida a generar el capital humano necesario para el tipo de crecimiento y desarrollo económico al que aspiramos. La postergación de políticas de inversión social que amplíen y potencien el capital humano ya no es sólo una falta a la ética, sino un error económico que priva a la sociedad de su principal recurso para adaptarse a la veloz incorporación de progreso técnico en los procesos productivos. La inversión social de hoy es un elemento clave en la construcción de la sociedad que seremos mañana.*

De acuerdo con los ministros de economía y hacienda, este problema es particularmente grave en el contexto actual, en que los países iberoamericanos enfrentan tanto los retos derivados de la globalización y la competitividad como los resultantes del propio imperativo de alcanzar un desarrollo humano sostenible. De acuerdo con los ministros, la inversión social está llamada a desempeñar un papel esencial en el desarrollo del capital humano y social necesario para alcanzar una competitividad genuina, centrada en el uso más productivo y adecuadamente remunerado de los recursos humanos de estos países:

*Esto es especialmente importante en lo que respecta a nuestros niños, niñas y adolescentes, que constituyen la base fundamental de ese capital humano, y que son la primera generación que vivirá en un mundo globalizado, en el que el conocimiento y el aprendizaje durante toda la vida han pasado a primer plano como condición de competitividad.*



A partir de estos considerandos, los ministros señalan, como un reto prioritario, la necesidad de identificar la rentabilidad social de las opciones de inversión. Para lograr el predominio efectivo de las prioridades en la asignación del gasto, los gobiernos y las sociedades iberoamericanas necesitan contar con información adecuada y oportuna en relación a los verdaderos costos y beneficios sociales de largo plazo que entrañan las diversas opciones de asignación de los recursos públicos, de manera que, a la hora de tomar las decisiones presupuestarias relativas a la inversión social, se pueda tener en cuenta el verdadero costo de oportunidad que éstas representan. Es necesario saber con claridad a qué están realmente renunciando los países cuando no asignan los fondos necesarios para la construcción del capital humano y del capital social del que depende el desarrollo al que aspiran. No sólo hace falta conocer el efecto esperado —el valor presente— de los gastos y las inversiones que se están realizando sino, y sobre todo, conocer el impacto que se podría esperar de aquellas inversiones a las que de hecho se está renunciando y que están siendo postergadas.

De hecho, una de las principales razones de que los países iberoamericanos muestren déficit y carencias marcadas en servicios sociales básicos radica en la carencia de información adecuada, oportuna y confiable respecto del verdadero impacto que estas carencias tienen sobre el bienestar y en el crecimiento económico. En ausencia de esta información, se tiende a subestimar la urgencia y

prioridad de tales inversiones, frente a aquellos gastos para los cuales sí se tiene una mejor estimación de su importancia, y una más clara cuantificación de su rentabilidad económica.

Sólo mediante una adecuada y rigurosa identificación de la rentabilidad económica y social de las diversas opciones de inversión, se podrá —como pretende la Declaración— priorizar de manera efectiva los recursos que las sociedades iberoamericanas asignan a la inversión pública y, en particular, a la inversión social. Esta sería una herramienta igualmente valiosa para lograr que el gasto social efectivamente se transforme en una verdadera inversión social, que no sólo contribuya a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad iberoamericana —que sería un fin de por sí meritorio—, sino también a garantizar la sostenibilidad de este desarrollo humano al brindar sustento real a un tipo de crecimiento económico cuya competitividad radique —como se dijo— no en la pobreza, sino en la creciente productividad y remuneración de los recursos humanos de estos países.

Ante la carencia de estudios sistemáticos que permitan contar, en este momento, con ese tipo de evaluación, lo que se puede hacer es utilizar la literatura y los estudios parciales existentes para ilustrar tanto el sentido como el probable orden de magnitud de este problema, y tener una idea más clara de la significación tanto social y política como económica, de la inversión social.

---

### 3. La importancia económica del desarrollo temprano

Las inversiones que promueven el desarrollo temprano de los niños y las niñas se justifican, en primer lugar, desde la óptica de los derechos, ya que es evidente que tolerar el desarrollo trunco de un niño, cuando éste podía evitarse, viola un derecho humano fundamental. También cabe un argumento de equidad y justicia social, ya que los impactos negativos de un ambiente difícil son acumulativos, y los niños que viven en esos ambientes quedan rápida y progresivamente rezagados en su desarrollo. Pero si este tipo de razonamiento no fuera suficiente como para que los países comprendan el verdadero costo de las oportunidades perdidas, cabe desarrollar un argumento económico para justificar tales inversio-

nes. Se ha demostrado que los programas preventivos pueden producir ahorros al reducir la necesidad de una costosa atención de salud curativa, mejorar la eficacia de los sistemas educativos, aminorar las tasas de deserción y repitencia escolar, y disminuir la incidencia de la delincuencia juvenil, el abuso de las drogas y el alcohol, y otras formas de conducta social dañina (Landers, 1991, p. 2).

Se sabe que el cerebro humano es especialmente vulnerable a déficit estructurales durante el período crítico de rápido crecimiento cerebral que se extiende desde mediados de la gestación hasta los primeros años preescolares. Cuando estos procesos se dan en madres o bebés

con carencias nutricionales, se afectan las habilidades biosintéticas que caracterizan la evolución del cerebro en esas etapas, con lo que se provoca un daño irreversible pues no se generan nuevas neuronas luego de este período. Estas carencias derivan en distorsiones diversas del desarrollo cerebral y del sistema nervioso, las que deterioran la capacidad cognitiva y la conducta y magnifican los efectos adversos de las privaciones socioeconómicas en el desarrollo infantil.

Por eso, los impactos de la desnutrición en el desarrollo de niñas y niños puede ser dramático. En estudios de niños pequeños, la deficiencia de hierro —aun sin déficit en energía proteica— se asocia con inferior rendimiento en las pruebas de desarrollo mental y motor, así como con una acentuada timidez y temor, mayor distracción o falta de atención, y menor capacidad de respuesta social. Lo más grave es que estos déficit pueden persistir aun después de que la deficiencia de hierro ha sido tratada. Por otra parte, sabemos que incluso antes de que ocurran déficit detectables por medidas antropométricas, la desnutrición proteica reduce la actividad de los niños para explorar y hasta para jugar, así como la motivación y excitación típicas de su edad, aumentando la apatía y la irritabilidad. Esto, que es grave en sí mismo, lo es aún más como un eslabón en un círculo perverso, ya que contrariamente a lo que ocurre con los infantes sanos, que tienen suficiente energía para demandar atención, aquellos desnutridos son incapaces de provocar respuestas adecuadas de sus cuidadores que, además, enfrentan todo tipo de problemas agregados. Así, se ha montado la escena para que se reproduzca el ciclo de la pobreza (Landers, 1991, p. 4).

La experiencia de los países iberoamericanos demuestra que las consecuencias negativas de la pobreza en el desarrollo infantil son altas. Los niños y niñas sufren las privaciones de la pobreza con mayor amplitud e intensidad, y con efectos irreversibles sobre su desarrollo. Los niños y niñas pobres están expuestos con mayor frecuencia a una compleja combinación de factores de riesgo: enfermedad, desnutrición, *stress* familiar, poca y mala educación, inadecuados servicios sociales, un ambiente peligroso y de alta vulnerabilidad y un entorno social poco estimulante y amenazante. Pero los efectos no sólo los afligen a ellos. Desde el punto de vista de la sociedad, los

costos pueden medirse en términos de pérdida de vidas o de una pesada carga de enfermedades, de deserción y repitencia escolar, de desempleo y empleo de baja productividad, de delincuencia y otras conductas antisociales, y de la reproducción intergeneracional de la pobreza y una débil cohesión social.

Esto condujo a que, por mucho tiempo, se pusiera el énfasis en el análisis de las deficiencias en el desarrollo infantil resultantes de la pobreza. Sin embargo, investigaciones más recientes han encontrado que, aun en el contexto de la pobreza, los niños tienen oportunidades para su desarrollo, si logran un *sentido de identidad* y tienen autoestima, manejo y control. Estos niños, a su vez, incitan a respuestas más positivas de su ambiente, que los estimula y los apoya más que a aquellos que no lograron desarrollar su autoestima, su sentido de identidad. A partir de éstos y otros estudios, se hace evidente que la intervención nutricional es necesaria pero insuficiente para tratar a los niños y niñas que sufren de desnutrición temprana. Lo mismo vale para las intervenciones médicas. Una recuperación de los efectos de la desnutrición temprana, de los efectos de la pobreza, demanda intervenciones que combinen elementos nutricionales y médicos con los elementos de desarrollo infantil que estimulan sus habilidades intelectuales y sociales, su creatividad y su iniciativa.

A partir de un análisis detallado de los programas de desarrollo infantil temprano, Jacques van der Gaag y Jee-Peng Tan muestran que estos programas tienen una rentabilidad muy superior a las inversiones *duras* que normalmente financian los gobiernos y los organismos financieros. En particular, estudian el Programa Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) de Bolivia y encuentran que, sólo sobre la base de los beneficios resultantes de los aumentos en la productividad futura, la razón beneficio/costo de este programa se ubica entre 1.38 y 2.07. Si a esto se agrega el valor de la entrega de servicios y el valor imputado al efecto en la reducción de la fertilidad, la razón beneficio/costo se ubica entre 2.38 y 3.06. Esto se compara muy favorablemente con proyectos de infraestructura que suelen impulsarse en los países en desarrollo, que por lo general muestran razones beneficio/costo que oscilan en alrededor de 1.5 (Van der Gaag y Tan, 2001).

## 4. La importancia de las inversiones educativas

Ya en el *Panorama social de América Latina, 1994* la CEPAL había identificado la importancia que podía tener la inversión social y, en particular, la inversión en educación, para enfrentar los problemas de pobreza que aquejan a la región. A partir del estudio de los asalariados que se encuentran en el período de 20 años más gravitantes de la carrera laboral (entre los 35 y los 54 años de edad), se observaba que —ya al inicio de los años noventa— eran necesarios 10 o más años de educación para contar con posibilidades aceptables de acceder al bienestar y alcanzar importante inmunidad frente al riesgo de la pobreza. Esto implica que, para los niños y jóvenes que hoy se encuentran en la etapa educativa, mantener buenas posibilidades de acceder al bienestar futuro implica, como mínimo, la necesidad de completar el ciclo secundario (CEPAL, 1994, p. 101).

La importancia de que los jóvenes de hoy puedan alcanzar mayores niveles de educación para acceder a niveles de ingreso futuro que les permitan mantener a sus familias fuera de la pobreza, se aprecia mejor al analizar la rentabilidad de esa inversión educativa en términos de esos ingresos futuros. Una investigación realizada por la CEPAL para el *Panorama social, 1995* muestra que, en Iberoamérica, el costo de proporcionar tres años más de educación primaria o secundaria a un estudiante equivale, en promedio, al costo de adquirir un crédito cuyo repago a 10 años implica una erogación que oscila entre 3 y 19 dólares mensuales. De acuerdo con este estudio, para los asalariados urbanos de la región de entre 35 y 54 años de edad, tres años más de educación primaria representan entre 24 y 72 dólares extras en su ingreso mensual; y tres años más de educación secundaria, entre 42 y 132 dólares más por mes. Esto significa que los nuevos ingresos generados por esos tres años más de educación primaria o secundaria sextuplican y hasta octuplican los costos correspondientes. Al analizar la rentabilidad de obtener una educación media completa, los resultados son aún más impactantes pues, en comparación con los adultos que sólo tienen nueve años de educación, aquellos con secundaria completa perciben salarios entre 78 y 132 dólares más altos, monto casi decuplica el monto de las mensualidades que habrían sido necesarias para repagar en 10 años el costo de la inversión educacional correspondiente.

Pero no sólo es importante que la inversión educativa sea suficiente, también lo es que sea oportuna. Una vez que se deja pasar la oportunidad de educar a la población en las edades idóneas, el costo de recuperar ese rezago mediante programas educativos compensatorios es mucho más alto de lo que habría costado evitarlo. En efecto, los programas compensatorios de educación para adultos alcanzan costos que van desde 1.5 hasta 5 veces los correspondientes a cuatro años de educación secundaria.

La irracionalidad económica de no asumir el costo presente de estas inversiones educativas se aprecia también al analizar el impacto del trabajo infantil en el acceso a las oportunidades educativas, y el costo económico de este impacto. Se estima que, entre los 13 y los 17 años de edad, los niños y jóvenes que trabajan en los países de Iberoamérica tienen 1 a 2 años menos de educación que los que no trabajan, mientras que entre las niñas y adolescentes estas diferencias se ubican entre 0.5 y 1.5 años de estudio. Estos muchachos y muchachas terminarán acumulando un déficit educacional superior a 2 años de estudios con respecto a aquellos jóvenes que, como corresponde, se incorporan al mundo laboral entre los 18 y los 24 años. De acuerdo con esta investigación, esos dos años menos de educación resultarán, en promedio, en un 20% menos de ingresos mensuales durante la vida activa. El sinsentido de esta situación no puede ser más evidente: la pérdida de ingresos que esto representará durante la etapa adulta para los niños y adolescentes que se incorporan tempranamente al trabajo equivale a entre cuatro y seis veces los ingresos que habrían dejado de percibir si, en lugar de trabajar, se hubieran dedicado en forma exclusiva a adquirir dos años más de educación (CEPAL, 1995, pp. 49-51).

Las investigaciones más recientes demuestran sin ninguna duda que la educación juega un papel fundamental en el proceso de aumento de la productividad. Para el caso de los Estados Unidos, se estima que “la cambiante educación de la fuerza de trabajo durante los últimos cincuenta años da cuenta de una proporción significativa del crecimiento total de la productividad, tal vez tanto como un tercio” (Griliches, 2000, p. 41). Pero incluso estas mediciones son insuficientes, ya que no logran identificar ni medir el efecto indirecto de la educación en la pro-

ductividad (externalidades) mediante la acumulación de conocimiento, la investigación y el desarrollo, y los procesos de aprendizaje en el trabajo y en la vida.

Resultados similares se han obtenido para los países de la OCDE (Temple, Jonathan, 2000), en los que se han evidenciado importantes ganancias para aquellos trabajadores con un nivel de educación superior al básico, lo que en esos países significa tener algo más que educación secundaria. Aquellos trabajadores que no alcanzan a completar la secundaria tienden a ganar entre 10% y 40% menos que los que la completaron. Por lo general, los hombres sin educación sufren una desventaja ligeramente menor que las mujeres. Sin embargo, para ambos sexos, la educación universitaria agrega una ventaja significativa: la brecha de ingresos entre los que cuentan con educación terciaria y los que sólo completaron la secundaria es mayor que la brecha existente entre quienes tienen educación secundaria o carecen de ella. Para las mujeres entre 30 y 44 años de edad, el ganancial de tener educación universitaria oscila entre el 20% en Italia y el 110% en el Reino Unido; para los hombres, la ganancia oscila entre el 32% en Suiza y el 80% en Francia (Centre for International Research and Innovation, 1999). De hecho, las estimaciones globales del efecto del conocimiento en términos de la productividad realizadas para los países de la OCDE tienden a coincidir con las apreciaciones ya mencionadas para los Estados Unidos: “típicamente, entre un quinto y un tercio de las variaciones de ingreso pueden atribuirse al efecto combinado de la educación, el alfabetismo (en sentido amplio) y la experiencia adquirida en el mercado laboral” (Centre for International Research and Innovation, p. 59).

Pero si el nivel educativo es fundamental, tanto o más importante resulta el acceso efectivo de toda la población a esa educación. No sólo es importante que aumente la educación promedio, sino que es vital que mejore la equidad de la inversión educativa ya que, como muestran las investigaciones existentes, la dispersión o inequidad educativa tiene un claro impacto negativo en el ingreso per cápita, y cuanto mayor sea la dispersión educativa, mayor será ese efecto negativo (López, Thomas y Wang, 1998). De nuevo, los derechos y la eficiencia

parecen operar en la misma dirección, ya que “si las habilidades de la gente están normalmente distribuidas, entonces una distribución sesgada de las oportunidades educativas representa grandes pérdidas de bienestar” (López, Thomas y Wang, p. 3).

Al analizar el índice de desigualdad de Gini para la educación en una muestra de 85 países a lo largo del período 1960–1990, y corregir el crecimiento del PIB per cápita para tomar en cuenta las diferencias en el poder de compra, se encuentra que la inequidad educativa se asocia negativamente con incrementos en el PIB per cápita, y el logro educativo medido en años de educación se asocia positivamente con esos incrementos (tomando en consideración los niveles iniciales de ingreso). Además, esta investigación establece que hay una relación negativa entre el coeficiente de Gini educativo y el promedio de años de educación, lo que implica que existe una importante retroalimentación entre la cantidad y la distribución de la educación: países con mayor logro educativo tienen mayor probabilidad de mostrar una mejor equidad educativa, y viceversa. Lamentablemente, aunque las desigualdades en el logro educativo se han venido reduciendo a lo largo de esas tres décadas en la mayoría de los países estudiados, son casi siempre los países iberoamericanos de la muestra los que han empeorado en términos de estas disparidades, como se señala en los casos de Colombia, Costa Rica, Perú y Venezuela.

Los resultados de estas investigaciones tienden a confirmar que la rentabilidad económica de la educación se compara favorablemente con todos los demás tipos de inversión. Sin embargo, estas comparaciones sólo reflejan una parte —y probablemente la menor— de la importancia de la educación y el conocimiento para el bienestar y el desarrollo de las sociedades, ya que no contemplan los efectos sociales o externalidades derivadas de mayores niveles de educación y conocimiento, entre los que destacan los relativos al nivel de la salud pública, índices de violencia y criminalidad, calidad ambiental, relaciones familiares y paternidad, participación política y cohesión social, que a su vez inciden de manera significativa en el bienestar económico y la productividad.

## 5. La importancia económica de la salud

No cabe duda que la salud juega un papel central en el desarrollo económico. Aunque son muy limitados y recientes los estudios que intentan cuantificar esta relación que es, además, de doble vía, sí sabemos que las tasas de supervivencia o la esperanza de vida funcionan como poderosos predictores de los niveles de ingreso o de las subsecuentes tasas de crecimiento. Los estudios indican que los niveles de salud tienen un fuerte efecto en el crecimiento. Para el caso iberoamericano, se ha detectado una fuerte relación entre la esperanza de vida y la tasa de crecimiento del PIB, de manera que por un año más de esperanza de vida, habría un aumento de un 1% en el PIB 15 años después (OMS, 2000, p. 9).

Esta repercusión de las inversiones en salud sobre el crecimiento económico parece ser particularmente importante para los países más pobres. Ello no significa, lógicamente, que la salud no sea importante en países de mayor nivel de ingreso, en los que el buen nivel de salud alcanzado —más que las eventuales mejoras— es fundamental para mantener una oferta adecuada de trabajo calificado, un elemento clave en la producción. Pero sí significa que las mejoras de salud son aún más importantes para los países más pobres.

Para el caso de Perú, hay estudios que confirman el efecto positivo y significativo de la salud en el nivel de la productividad y, por lo tanto, la inversión pública y privada en salud debe ser considerada como un mecanismo para lograr un incremento de los ingresos de los hogares, principalmente en el área rural, donde las tasas relativas de retorno de la salud son todavía mayores. Se estima que un día menos de enfermedad en un mes, aumenta la tasa de salarios de la población femenina urbana en 3.4% y en la zona rural en 6.4%. En el caso de los hombres, el aumento representa 4.7% y 10.4%, respectivamente (Cortez, 1999).

En Colombia, se ha observado una clara relación positiva entre los indicadores de salud y los niveles de ingreso. Cuando se controla por edad, educación, sector de empleo, género y localización geográfica, un aumento de 50% en el número promedio de días que un individuo estuvo enfermo e incapacitado para realizar sus actividades ordinarias durante el mes anterior, ello implicaría reducciones de su ingreso laboral del 11% para hombres urbanos, del 8% para mujeres urbanas, del 13% para hom-

bres rurales y del 7% para las mujeres rurales (Ribero, 1999).

Finalmente, cabe hacer referencia a esas oportunidades perdidas que se asocian con el costo de lidiar con las consecuencias sociales de la exclusión y la pobreza. En particular, las sociedades iberoamericanas enfrentan un serio problema en términos del costo que representan fenómenos como la violencia doméstica y social para el crecimiento económico. De acuerdo con una investigación reciente (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999), el abuso y maltrato infantil afecta el desempeño de los niños en la escuela y el colegio, con el correspondiente impacto en su productividad futura y en el rendimiento de la inversión educativa. Por otra parte, las mujeres que sufren violencia doméstica son menos productivas en sus lugares de trabajo, lo que representa una pérdida directa para la producción nacional, pero también una pérdida indirecta, ya que las mujeres menos productivas tienden a ganar ingresos más bajos y esto, a su vez, implica un menor gasto de consumo y un consecuente nivel inferior de demanda agregada. La violencia tiene, además, un gran costo en términos de la erosión del capital social.

Aunque no hay investigaciones sistemáticas para la región, un estudio reciente en México, D.F., constató que la violencia doméstica fue la tercera mayor causante de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) para las mujeres, después de la diabetes y las afecciones perinatales. La violencia por parte de la pareja y otras formas de abuso contra la mujer constituyeron una fuente de AVISA aún mayor que los accidentes de tránsito, las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía. También existe evidencia de que las mujeres que sufren violencia doméstica reciben remuneraciones significativamente menores que las que no padecen esa violencia: un estudio realizado en Managua mostró que las mujeres que sufren violencia severa ganan sólo un 57% de lo que ganan las que no sufren abuso, y las pérdidas por este criterio equivalen a un 1.6% del PIB; y de acuerdo con un estudio realizado en Santiago de Chile, ese porcentaje es de apenas un 39% y las pérdidas equivalen a un 2% del PIB. Con respecto al impacto del abuso infantil, un estudio realizado en Chile señaló que a los niños que indica-

Cuadro V.2  
**LOS COSTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VIOLENCIA: TIPOLOGÍA**

---

<b>Costos Directos:</b>	
Valor de bienes y servicios usados en el tratamiento y la prevención de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de salud</li> <li>• Policía</li> <li>• Sistema de justicia criminal</li> <li>• Vivienda</li> <li>• Servicios sociales</li> </ul>
<b>Costos no monetarios:</b>	
El dolor y sufrimiento resultantes de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor morbilidad</li> <li>• Mayor mortalidad por homicidios y suicidios</li> <li>• Abuso de alcohol y drogas</li> <li>• Desórdenes depresivos</li> </ul>
<b>Efectos multiplicadores económicos:</b>	
Impactos macroeconómicos en el mercado laboral y en la productividad intergeneracional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor participación laboral de la mujer</li> <li>• Menor productividad en el trabajo</li> <li>• Menores ingresos</li> <li>• Mayor ausentismo</li> <li>• Impacto intergeneracional en la productividad: desempeño educativo</li> <li>• Menor capacidad de ahorro e inversión</li> <li>• Fuga de capital</li> </ul>
<b>Efectos multiplicadores sociales:</b>	
Impactos en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmisión intergeneracional de la violencia</li> <li>• Calidad de vida reducida</li> <li>• Erosión del capital social</li> <li>• Menor participación en el proceso democrático</li> </ul>

---

**Fuente:** M. Buvinic, A. Morrison y M. Shifter, "La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción", Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 1999.

ron haber sufrido abuso serio les fue considerablemente peor en el colegio que a quienes no fueron víctimas de abuso; además, los niños abusados mostraron relaciones

interpersonales insatisfactorias no sólo con sus padres, sino con otros niños. Véase el cuadro V.2, una tipología de los costos socioeconómicos de la violencia.

---

## 6. Cuando la ética y la eficiencia coinciden

Todas las evidencias tienden a confirmar que, como expresaron los ministros de economía y hacienda en su reciente Reunión Iberoamericana, los recursos que los países de Iberoamérica no destinen hoy a satisfacer las demandas y necesidades de capital humano necesario para el tipo de crecimiento y desarrollo económico al que se aspira, son recursos que se están restando a la construcción de la sociedad que estos países desean ser mañana.

En la medida en que existan disparidades significativas en el acceso a los servicios sociales básicos; y en tanto persistan las actuales inequidades en el acceso a las oportunidades de desarrollo del capital humano de distintos segmentos de la población, en esa misma medida no sólo se estarán reproduciendo situaciones éticamente cuestionables, sino que se estará generando un patrón claramente ineficiente de distribución, asignación y utilización de los recursos con que cuentan estas sociedades para promover su bienestar y su desarrollo.

Esto es particularmente cierto en lo que se refiere a las oportunidades de que se priva a la mayoría de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica. Como vimos, más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes que viven en estos países lo hacen en condiciones de pobreza y, peor aún, ellos constituyen más de la mitad de los po-

bres de la región. Los ingresos y las condiciones de vida de sus familias resultan insuficientes para garantizarles las oportunidades básicas para su crecimiento y desarrollo, y los recursos materiales e institucionales que las sociedades iberoamericanas dedican a éstos siguen siendo insuficientes e inadecuados como para hacer efectivo su acceso a las oportunidades, de manera que se pueda romper la reproducción intergeneracional de la pobreza.

No realizar esas inversiones que vendrían a revertir este círculo vicioso de la pobreza es inaceptable desde el punto de vista ético, peligroso desde el punto de vista político y absurdo desde la perspectiva de la eficiencia económica. Ello debiera resultar todavía más evidente en el contexto de un mundo crecientemente globalizado, en que el acceso al conocimiento es, cada vez más, la condición básica de competitividad y éxito económico. Estas carencias e insuficiencias que coartan el presente de más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes iberoamericanos atentan también contra el desarrollo mismo de estas sociedades. En este contexto, la satisfacción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes debiera entenderse como el mejor camino a un tipo de crecimiento que no dependa más de la pobreza de los recursos humanos de la región, sino de su creciente productividad y su adecuada remuneración.





## Sección VI

# Conclusiones y principales áreas de acción

## 1. Conclusiones generales

En esta sección se presenta una síntesis con las principales conclusiones que se desprenden del estudio, y se destacan las principales áreas de acción en las que debieran concentrarse los esfuerzos de los gobiernos iberoamericanos a fin de progresar decididamente hacia el cumplimiento cabal de los derechos de la infancia y adolescencia en la región.

El examen de los progresos en favor de la infancia realizados en Iberoamérica muestra que si en los últimos años fue posible avanzar hacia el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, éste puede alcanzarse plenamente en un plazo razonable, menor que el resultante de la mera extrapolación de las tendencias registradas en las décadas pasadas.

Ello supone reafirmar el compromiso de cumplir a cabalidad tales derechos, enfrentando los rezagos que se traducen en muerte y morbilidad innecesarias de niños y adolescentes, educación insuficiente e inadecuada, y condiciones de vida inaceptables, que les impiden incorporarse adecuadamente a la vida activa y como ciudadanos plenos, con lo que transmiten a la generación siguiente las desigualdades y la pobreza.

Para asegurar estos avances es necesario reducir las disparidades entre los países de la región, así como las persistentes desigualdades socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género que en mayor o menor medida están presentes en todos ellos. Este último objetivo sólo puede alcanzarse si los problemas se enfrentan desde la más temprana edad y a lo largo de todo el ciclo de vida.

Lo anterior entraña aumentar en forma significativa los recursos que destinan los gobiernos y la ayuda internacional a la inversión social en la infancia y la adolescencia y mejorar la calidad de las políticas y programas, elevando el desempeño de la gestión pública en la perspectiva de lograr mayores grados de intersectorialidad.

Por último, es necesario establecer para el próximo decenio metas en favor de la infancia y de la adolescencia bien calibradas, que tomen en consideración la situación actual de los países e incorporen explícitamente el objetivo de reducir los rezagos y desigualdades mencionados.

Estas conclusiones se sustentan en las siguientes consideraciones:

1. La satisfacción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es el mejor y más seguro camino para un crecimiento sin pobreza, que dependa principalmente de su creciente productividad y de su remuneración adecuada. La pobreza, que afecta en mayor proporción e intensidad a la población infantil iberoamericana, es el principal canal por el cual ésta se reproduce de una generación a la siguiente. Desactivar los mecanismos de reproducción de la pobreza precisa de políticas de inversión social que amplíen y potencien el capital humano.
2. Es necesario contar con información adecuada y oportuna para identificar la rentabilidad social de las opciones de inversión de los gobiernos y las sociedades iberoamericanas. Los nuevos recursos por año requeridos por esta inversión, que debe garantizar la cobertura universal de los servicios sociales básicos, ascienden a cerca de 30 dólares per cápita, lo que equivale a un aumento del gasto del orden del 8% del presupuesto público total, es decir, alrededor de 2.5% del PIB. Esta magnitud no es despreciable, pero tampoco está fuera del alcance de las sociedades iberoamericanas.
3. Los países iberoamericanos que garantizan más plenamente el derecho a la vida no son necesariamente los de mayor riqueza acumulada o los que alcanzaron un ingreso por habitante más elevado, sino los que asumieron colectivamente la decisión de proteger la vida.
4. El desarrollo de un orden judicial acorde con la CDN es un proceso en marcha, cuya institucionalización se encuentra todavía lejos de ofrecer la cobertura y calidad requeridas para la protección de la infancia y de la adolescencia. Por ello, es necesario fortalecer los mecanismos jurídicos y organizacionales nacionales e internacionales para su aplicación y fiscalización.
5. Debido a que el acervo educacional es el principal activo de la mayoría de la población, y que éste a su vez condiciona la transmisión de las oportunidades de bienestar entre generaciones, las inversiones en educación debieran seguir teniendo una alta prioridad en las agendas de los gobiernos.
6. Ello por cuanto los recursos destinados a dar acceso oportuno a la población a una educación pertinente y de calidad, constituyen una inversión altamente rentable, tanto desde el punto de vista económico como social. Esta inversión realza el desarrollo cultural y social de los niños, niñas y adolescentes y complementa las realizadas en otros ámbitos, como la educación en salud y la educación sexual, y contribuye a su vez a mejorar el clima educacional de los hogares y su capacidad de socialización.
7. Si bien la educación básica no alcanza una cobertura universal en los estratos de menores ingresos, debe ponerse énfasis en los aspectos de calidad y equidad, otorgando mayores oportunidades educativas a los niños, niñas y adolescentes de los estratos bajos y medios. Ello implica dar continuidad al proceso educativo, mejorar la eficiencia interna del sistema —reduciendo el ingreso tardío y la repitencia—, y llevar a cabo políticas tendientes a aumentar la educación secundaria y a reducir la deserción escolar en ese ciclo.
8. La posibilidad de que los jóvenes completen la educación secundaria o ciclo medio superior eleva la competitividad sistémica del conjunto de la sociedad, vale decir, su capacidad para centrar el valor agregado en la incorporación de progreso técnico y en el uso intensivo de la información y el conocimiento.
9. La participación infantil y adolescente es uno de los derechos fundamentales reconocidos en la CDN, pues constituye una fuente de formación valórica y de estructuración de las relaciones sociales, incluidas las de género. Es necesario brindarles a los niños, niñas y adolescentes espacios sociales e institucionales, y constituir a la familia y la escuela como escenarios privilegiados de aprendizaje democrático, de participación y respeto. Hasta ahora, las necesidades y los derechos de los adolescentes no han logrado suficiente visibilidad en las políticas públicas y en las agendas de los gobiernos.

---

## 2. Principales áreas de acción

### ***A. Necesidad de combinar el enfoque de derechos con el establecimiento de metas y rutas críticas que permitan el necesario rendimiento de cuentas y contribuyan al cumplimiento efectivo de los derechos de la infancia y la adolescencia***

La adopción de la CDN como el referente central para abordar la satisfacción de las necesidades de los niños, significa aplicar un enfoque en el que explícitamente se les reconoce como sujetos de derecho, titulares de un conjunto de libertades y garantías necesarias para asegurar su protección integral así como su participación más plena en la sociedad.

Esta concepción trasciende el enfoque propio de las políticas sectoriales tradicionales de bienestar infantil, consistente en la consideración del niño como objeto de protección, receptor pasivo de medidas discrecionales, en las que generalmente se han confundido los enfoques característicos del asistencialismo, la caridad, la filantropía y el control social.

La puesta en práctica del enfoque de derechos exige reformas legislativas para armonizar las leyes nacionales con los preceptos de la Convención; la formulación de políticas públicas que abarquen la integralidad de las necesidades del desarrollo infanto-juvenil; y las reformas institucionales necesarias para superar las inequidades entre los no integrados a los servicios ofrecidos en el mercado, de modo que aquellos excluidos sean objeto de medidas asistenciales y de inversión social. En este sentido, el enfoque de los derechos del niño se inserta en los esfuerzos encaminados a integrar el desarrollo, la equidad y la ciudadanía.

Los países deben avanzar decididamente hacia el cumplimiento pleno de los derechos de acuerdo a sus propias especificidades. En este esfuerzo cuentan con el apoyo de ciertos mecanismos internacionales, dentro de los que el establecimiento de metas sirve como un instrumento operativo de gran importancia. Para ello es necesario disponer de indicadores apropiados para medir y calibrar los avances, estancamientos o retrocesos registrados en los diversos derechos que contempla la CDN, y que se agrupan en las siguientes áreas: supervivencia, desarrollo, protección y participación. A partir de la expe-

riencia obtenida durante la década pasada en el seguimiento decenal del cumplimiento de las metas contenidas en el Plan de Acción de la Cumbre en Favor de la Infancia de 1990, los países iberoamericanos deberán continuar perfeccionando el conjunto de indicadores más adecuados para determinar con mayor precisión el progreso hacia el cumplimiento pleno de los derechos del niño.

El establecimiento de metas a cumplir con respecto a los diversos Derechos del Niño, y de las respectivas rutas críticas para su logro, permite sistematizar la formulación y financiamiento de los programas requeridos para avanzar en su aplicación. Las metas facilitan el desarrollo de una gobernabilidad responsable y democrática, en la medida en que plantean con transparencia derroteros cuyo grado de cumplimiento sirve para establecer un efectivo rendimiento de cuentas y evaluar la gestión de las políticas públicas. Por otra parte, el establecimiento de metas regionales permite efectuar análisis comparativos entre los países iberoamericanos, elemento fundamental para orientar la cooperación internacional hacia las naciones que presenten déficit agudos en áreas específicas.

### ***B. Necesidad de dar prioridad al objetivo de reducir drásticamente las desigualdades socioeconómicas, geográficas, de género y étnicas al interior de los países, por constituir éstas un rasgo esencial y transversal a los fenómenos que afectan a los niños, niñas y adolescentes, así como el mecanismo principal de transmisión intergeneracional de esas desigualdades***

Las agencias del sistema de las Naciones Unidas, particularmente UNICEF, han apoyado intensamente a los gobiernos de la región en el seguimiento y evaluación de las metas en favor de la infancia aprobadas en la Cumbre. El examen de los avances hacia su cumplimiento en Iberoamérica, realizado en la sección I, mostró logros significativos, aunque con diversos grados de progreso en las distintas áreas y entre los países. No obstante, la evaluación global efectuada en la sección II pone de relieve logros menores en materia de disminución de las desigualdades entre e intra países en una región que sigue presentando los más altos grados de desigualdad entre las regiones del mundo.

Esas inequidades se expresan en que, por regla general, el nivel promedio que alcanzan los indicadores asociados a las distintas metas y derechos conjuga la situación de un grupo relativamente reducido de la población de cada país que las ha superado ampliamente, alcanzando valores propios de un país desarrollado, con la de otros grupos de población muy numerosos que están lejos de alcanzarlas y cuya situación se asemeja bastante más a la de los países menos desarrollados.

No obstante las dificultades que impone la falta de información para examinar los fenómenos que afectan a la infancia desde la perspectiva de las desigualdades dentro de los países, los antecedentes disponibles indican que éstas se manifiestan en todos los ámbitos (geográfico, socioeconómico, de género y étnico), siguen siendo muy elevadas y sus causas se han mantenido en el tiempo. Más aún, puesto que tales desigualdades se manifiestan en todas las etapas del ciclo de vida, desde las condiciones que rodean el nacimiento hasta la adultez, constituyen el principal vehículo de transmisión de la inequidad social de una generación a la siguiente.

Por ello, la reducción de la desigualdad debe ser una prioridad no sólo por un imperativo ético, sin duda importante *per se*. La eficiencia de la inversión social y el rendimiento de ésta a lo largo del ciclo de vida depende decisivamente de que esas desigualdades se reduzcan en forma permanente y no se manifiesten repetidamente en las distintas etapas de la vida del niño y del adolescente. Así, por ejemplo, la universalización del acceso a la educación primaria sin mejorar la calidad de la educación que reciben los niños y niñas de todos los estratos socioeconómicos, se traduce en desigualdades que luego se manifiestan durante el ciclo secundario y cuyo cumplimiento constituye hoy día un requisito básico para incorporarse al mercado laboral.

La inclusión del objetivo de reducir las desigualdades en el logro de las metas, junto con la mejora de los promedios, requiere no sólo de políticas y programas que concentren los recursos en función de la magnitud de las carencias actuales, hecho que en muchos casos tampoco se ha logrado, sino que supone además proyectar las carencias futuras y tomar acciones al respecto.

En lo que concierne especialmente a las desigualdades socioeconómicas, provenientes de las carencias del hogar de origen del niño, la consideración explícita del objetivo de mayor equidad implica que las políticas deben ser integrales y no circunscribirse al ámbito estrecho en que éstas se expresan. Por ejemplo, no se puede avan-

zar suficientemente en la disminución de las desigualdades de logro educacional de los niños y niñas provenientes de distintos estratos sociales con políticas circunscritas al ámbito del establecimiento educacional. Esas políticas deben estar dirigidas también a los factores que limitan las oportunidades de los niños y niñas en su propio hogar.

Lo anterior se sustenta en los siguientes argumentos:

- i) las causas de las desigualdades son un hecho permanente para un individuo particular, forman parte de su origen;
- ii) las desigualdades se manifiestan en todos los fenómenos debido a que las causas permanecen — constituyen un fenómeno estructural;
- iii) atacar sus manifestaciones actuales no elimina las causas para un individuo en particular, sino — eventualmente— las de las generaciones futuras;
- iv) mientras no desaparezcan las causas, sus manifestaciones pueden considerarse semiindependientes entre sí: la eliminación de una manifestación no ayuda sustancialmente a la eliminación de otra;
- v) a lo largo del ciclo de vida, los efectos o consecuencias de las desigualdades tienden a ser acumulativos y por tanto su superación tiende a ser cada vez más costosa y difícil;
- vi) la reducción de las manifestaciones de la desigualdad sólo en una etapa del ciclo vital puede incluso ir acompañada de la amplificación de las mismas en una etapa posterior.

***C. Necesidad de que las metas en favor de la infancia y de la adolescencia que se establezcan para el próximo decenio consideren los problemas emergentes e incorporen de manera explícita las pronunciadas desigualdades que persisten entre los países iberoamericanos***

No obstante que se lograron importantes avances en aspectos decisivos de la calidad de vida presente y futura de la infancia y de la adolescencia, que en muchos casos se tradujeron incluso en la superación de metas principales establecidas en la Cumbre, persisten grandes desigualdades entre los países iberoamericanos. Los logros que se conseguirán en Iberoamérica hacia el año 2010 dependen de la capacidad que muestren los países que presentan mayores rezagos para avanzar a un ritmo más acelerado. Las nuevas metas para el próximo decenio deben por ello calibrarse en consonancia con el objetivo de reducir las disparidades entre países e ir más allá del esta-

blecimiento de mejoras proporcionales homogéneas. En el plano internacional, ello daría señales más claras acerca de la distribución del esfuerzo y de los recursos entre los países de la región.

Por ejemplo, en relación con la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, es imprescindible proponer metas diferentes por países, velando por el cumplimiento de logros más ambiciosos para aquéllos con más rezago. La meta de reducir la mortalidad infantil y de menores de cinco años en a lo menos un tercio, sugerida en *A World Fit For Children* (UNICEF, 2001, p. 7) debería examinarse a la luz de la realidad de los países iberoamericanos en esa materia. Los argumentos son sobradamente conocidos: además del obvio imperativo ético, los recursos invertidos en la disminución de la mortalidad infantil son más «rentables» cuando se destinan a la prevención de las causas de muerte a edades tempranas en los países donde aquella es más elevada, por cuanto en ellos una mayor proporción de las muertes responden a causas cuyo costo de evitarlas es relativamente menor.

Este criterio, válido especialmente en relación con las metas principales de la Cumbre y para los países con mayores déficit, debería guiar también la asignación de los recursos públicos nacionales y los provenientes de la ayuda internacional que se destinan a la inversión social en los países que presentan rezagos menores, pero que enfrentan dramáticamente los nuevos problemas que reemergen en la región. Continuando con el ejemplo de la mortalidad infantil, los países con menores tasas deberán seguir reduciéndola; pero obviamente debido a que un mayor número de muertes responden a causas cuya erradicación es más onerosa, requerirán una cuantía de recursos creciente por cuanto los fenómenos que persisten son cada vez más difíciles y costosos de superar, en tanto responden a áreas duras de intervención. Por ejemplo, dar acceso a agua potable y saneamiento básico a la población rural o de zonas apartadas cuando se ha superado una parte importante del problema en las zonas urbanas, resulta más complejo y costoso; la propia superación, aunque sea parcial, de fenómenos que afectan a la infancia hace que se tornen más visibles y acuciantes otros que demandan mayores inversiones. Estos problemas reemergentes tienen tanto componentes “blandos” (asociados a etapas de avance rápido con una inversión relativamente baja) como “duros” (etapas en que los avances son más lentos y requieren una mayor inversión). En lo referente a nutrición, por ejemplo, la superación de la desnutrición grave de los menores de cinco años ha dado lugar a problemas de malnutrición, obesidad y desbalance dietético (bulimia o anorexia). O la universalización del

acceso a la primaria ha puesto en primer plano los problemas más complejos de calidad y equidad en la educación básica, así como la necesidad de reducir la deserción escolar en el ciclo medio o secundario.

Tanto los avances como los rezagos y disparidades existentes, se combinan con un conjunto de problemas en áreas de mayor visibilidad, para exigir tratamientos integrales y novedosos, que desde una óptica de los derechos se aleje de visiones sectoriales, fragmentarias y asistencialistas para abocarse a la construcción de políticas capaces de enfrentar estos problemas de manera comprensiva. En este sentido, es preciso entender, entre otras cosas, las siguientes:

- i) la supervivencia continúa siendo un desafío para los países iberoamericanos, lo que demanda profundizar los logros alcanzados en términos de reducción de las enfermedades;
- ii) existe evidencia creciente sobre la importancia del desarrollo temprano en términos de la calidad de vida presente y futura de los individuos, lo que redundará en una menor incidencia de problemas de salud y tendrá una repercusión significativa en lo atinente a la construcción de capital humano y capital social para la sociedad;
- iii) en el campo de la salud sexual y reproductiva, los jóvenes deben encontrar un entorno familiar y social que facilite y promueva el complejo proceso de maduración por el que atraviesan, fomentando su autoafirmación y sentido de identidad. Las mujeres adolescentes necesitan un apoyo especial; pero los varones también necesitan asumir su maduración sexual y social con una visión más acorde con los valores de equidad de género;
- iv) la calidad del ambiente y la relación individual y social con el entorno adquieren una renovada importancia, y tienen un efecto crucial en términos de reducir la vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes;
- v) la importancia de la familia para la supervivencia, el bienestar y el desarrollo del niño, la niña y los adolescentes es fundamental, tanto en términos materiales como afectivos;
- vi) los niños y sus familias requieren, además, de políticas e inversiones públicas capaces de crear y ampliar el acceso a las oportunidades que, como se vio, constituye parte de la definición misma del bienestar y garantía de que los niños y niñas de hoy no sólo se beneficiarán del

- desarrollo social, sino que podrán aportar a él de manera significativa;
- vii) es preciso ver más allá de los apoyos puntuales y específicos, pues sólo mediante un conjunto coherente de políticas económicas y sociales se podrá revertir el proceso de reproducción intergeneracional de la pobreza y enfrentar con éxito algunas de las peores manifestaciones que esta pobreza entraña para la niñez, como es el caso del trabajo infantil o de los conflictos con la justicia penal;
  - viii) todo esto supone el desarrollo de un marco jurídico y una institucionalidad capaces de atender las necesidades específicas de los niños, niñas y jóvenes, desde una óptica de sujetos de derecho.

***D. Necesidad de transformar el gasto social en una verdadera inversión, garantizando que los recursos destinados a la inversión social en favor de la infancia y de la adolescencia sean suficientes y oportunos, y protegiéndolos frente a la volatilidad macroeconómica***

Como se vio en el documento, ninguna inversión parece tener un rendimiento social y económico tan alto como aquellas dirigidas a garantizar el pleno desarrollo de las niñas, niños y adolescentes. En ese sentido, los países de Iberoamérica deben realizar todos los esfuerzos a su alcance para evitar que, por no efectuar estas inversiones de manera oportuna, luego la historia les cobre con creces los costos de las oportunidades perdidas. La inversión en capital humano y social debe entenderse como un imperativo para el logro de eficiencia y competitividad de las economías nacionales, y no sólo como un mandato ético. El financiamiento de estas inversiones debe recibir el tratamiento prioritario que amerita, y este reconocimiento debe constituir la base de un nuevo pacto fiscal que, manteniendo la estabilidad macroeconómica y financiera, contribuya también a mantener la equidad social y el dinamismo en la productividad.

En este contexto, el avance en materia de protección de los derechos del niño y el mejoramiento rápido de las condiciones de vida presentes y futuras de la infancia y adolescencia en Iberoamérica, hacen imprescindible que los países establezcan mecanismos que garanticen que los recursos y las acciones destinadas a la formación de capital humano y social reciban el financiamiento adecuado y oportuno y, en especial, eviten que sufran mermas en períodos recesivos o de atenuación del crecimiento económico. La volatilidad del crecimiento y el desmesu-

rado impacto negativo que tiene en la infancia y adolescencia la reducción de los recursos destinados al gasto social, imponen la necesidad de que éste sea efectivamente anticíclico.

Son obvias las razones por las cuales es necesario evitar el carácter procíclico del gasto en inversión social. Un dólar “ahorrado” o que no se gastó en útiles escolares durante un año como consecuencia de una reducción del gasto público en educación, requerirá, para recuperar sus consecuencias, una cantidad mucho mayor como costo de nivelación. Del mismo modo, los problemas de desnutrición agravados durante un período de crisis pueden traducirse no sólo en daños permanentes que redundarán en ingresos menores para el niño afectado y para la sociedad en su conjunto, sino en fuertes gastos posteriores para su permanente nivelación.

Por lo tanto, los períodos de bonanza deben aprovecharse para acumular recursos que permitan que, frente a coyunturas de contracción de los ingresos fiscales, existan mecanismos de flexibilización presupuestaria que a lo menos mantengan en términos reales los gastos sociales, sobre todo los componentes que aseguran la continuidad de los programas que benefician a la infancia y adolescencia, tanto en lo referido a los componentes de gasto corriente como de inversión.

La experiencia de los años noventa mostró que la volatilidad es una característica de las economías de la región. De allí que iniciativas como la del 20/20 debieran complementarse para asegurar que no sólo una fracción importante de los recursos públicos y de la ayuda internacional para el desarrollo se destinen a inversión social básica, sino que su cuantía no se reduzca en términos absolutos en períodos de contracción económica, en circunstancias que durante esos períodos debieran acrecentarse a fin de contrarrestar la reducción del ingreso de los hogares más vulnerables como consecuencia del aumento del desempleo.

En este sentido, debiera avanzarse tanto en la modernización y sofisticación de los sistemas tributarios, que den sustento a la inversión social, como en la creación de fondos de estabilización para el sostenimiento de los programas principales destinados a la infancia y la adolescencia durante los períodos de caída del crecimiento, o en la adopción de seguros nacionales que permitan hacer frente a las consecuencias de eventos catastróficos.

***E. Necesidad de elevar la calidad, cobertura, oportunidad y difusión de la información necesaria para dar seguimiento a las metas del próximo decenio y permitir que los países iberoamericanos mejoren su capacidad para evaluar las políticas y programas adoptados en favor de la infancia y de la adolescencia***

La experiencia de los años noventa pone de manifiesto que el establecimiento de objetivos y metas y el seguimiento de las mismas constituye un poderoso acicate para el desarrollo social y, en particular, para el cumplimiento de los derechos. El establecimiento de las metas en favor de la infancia, el examen periódico de los avances y su calibración a la luz de la situación de los países fueron un factor decisivo en la motivación de los gobiernos y de las agencias comprometidas, y se tradujeron en la movilización creciente de actores nacionales e internacionales en favor de los objetivos establecidos. Las metas cuantitativas proveyeron criterios estandarizados para analizar el progreso de los países. En la próxima década se establecerán nuevas metas y se incorporarán otras orientadas a abordar los problemas emergentes.

La información social debe convertirse en un verdadero *hecho político*, de manera que las sociedades iberoamericanas cuenten con elementos de información y de juicio necesarios para dar seguimiento a las políticas económicas y sociales desde una perspectiva que privilegie no sólo las tradicionales variables financieras, sino aquellas referidas a la calidad de vida de la población y, sobre todo, del bienestar de las niñas, niños y adolescentes. El éxito de este proceso de evaluación de logros y del grado de cumplimiento de los Derechos del Niño depende crucialmente de la completitud, calidad y oportunidad de la información. Hasta el momento, y no obstante los avances realizados en el campo de la información, subsisten importantes deficiencias:

- i) hay vacíos de información en aspectos claves como la composición de la mortalidad infantil según causas, información cada vez más necesaria a medida que se reduce el número de muertes y se desea seguir avanzando en el objetivo de reducir las muertes evitables en este grupo;

- ii) los hay también en relación con los nuevos temas y dimensiones que adquieren creciente relevancia (trabajo infantil y de adolescentes, calidad de la educación y de medición de sus desigualdades, entre otros). Al respecto, es necesario realizar esfuerzos en un doble sentido: precisar o definir indicadores válidos y confiables, y destinar recursos a relevar información primaria y a sistematizar la ya existente;
- iii) por otra parte, muchas veces se detectan grandes inconsistencias de información cuando se recurre a diversas fuentes, primarias o secundarias. Ello ocurre incluso en relación con un indicador tan clave como el de mortalidad infantil. Por ejemplo, se detectan discrepancias no despreciables entre las tasas publicadas por distintas agencias internacionales, y que forman parte de las bases de datos que mantienen, actualizan y publican periódicamente;
- iv) en relación con la medición de muchos fenómenos, los indicadores se dan a conocer con mucho rezago o sin especificar claramente el período de referencia, lo que llega a imposibilitar en muchos casos hacer un seguimiento adecuado de la meta respectiva. No es infrecuente que algunos indicadores para los distintos países presenten dos observaciones cuyos períodos de referencia se publican como rango que se traslapa (por ejemplo, 1980-1990; 1985-1995).

Todo lo anterior hace imprescindible acrecentar los esfuerzos, destinar mayores recursos y coordinar las acciones que ya se encuentran en marcha para mejorar sustancialmente los sistemas de información y la capacidad de los países para recopilar, sistematizar y evaluar la calidad de ella en todos los aspectos. Estos esfuerzos deberían naturalmente concentrarse en los países iberoamericanos de menor desarrollo relativo en la región, pues son precisamente los que más requieren de un seguimiento permanente y acucioso de los avances en el logro de metas en favor de la infancia. Un ejemplo de ello es la necesidad de crear un observatorio iberoamericano para el desarrollo de la infancia, la adolescencia y la juventud (véase el Recuadro III.8)





## Bibliografía

- 
- Amaris, A., Carlos Flores y Jesús Mojica (1992), *Mortalidad infantil en Panamá: un análisis de sus tendencias derivadas del censo 1990*, Ciudad de Panamá.
- Banco Mundial (2001), *Informe sobre desarrollo mundial 2000/2001: lucha contra la pobreza*, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (1993), *Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis*, Washington, D.C., División de América Latina y el Caribe.
- Belizan, J.M. y otros (2000), “Antenatal care in developing countries”, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 12, Nº 2.
- Buvinic, Mayra, Andrew Morrison y Michael Shifter (1999), *La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Camacho, Alma Virginia (2000), *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica 1988-1998*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Centre for International Research and Innovation (1999), *Human Capital Investment: An International Comparison*, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), abril.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2000a), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 1999* (LC/G.2066-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.00.II.G.1.
- \_\_\_\_\_ (2000b), *La brecha de la equidad. Una segunda evaluación* (LC/G.2096), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2000c), *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.00.II.G.18.
- \_\_\_\_\_ (1999), *Panorama social de América Latina, 1998* (LC/G.2050-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.99.II.G.4.
- \_\_\_\_\_ (1998), *Panorama social de América Latina, 1997* (LC/G.1982-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.98.II.G.3.
- \_\_\_\_\_ (1997), *Programa de alimentación escolar de Uruguay: su impacto nutricional y educacional* (LC/R.1767), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Panorama social de América Latina, 1995* (LC/G.1886-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.95.II.G.17.
- \_\_\_\_\_ (1994), *Panorama social de América Latina, 1994* (LC/G.1844), Santiago de Chile, noviembre.

- \_\_\_\_\_ (1992), *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, serie Libros de la CEPAL, N° 32 (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago de Chile, abril. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 92.II.G.5.
- CODHES (Advisory Office for Human Rights and Displacement) / UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2000), *This is Not Our War. Children and Forced Displacement in Colombia*, marzo.
- Concha, M. y otros (1997), *Metodologías de apoyo a la priorización local de problemas de salud*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- Cortez, Rafael (1999), *Salud y productividad en el Perú*, Washington, D.C., Red de Centros de Investigación, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Cowater International / BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), *Poverty Alleviation for Communities of African Ancestry*, Washington, D.C.
- Da Cunha, José Marcos Pinto (1997), “Raca: aspecto esquecido da inequidade em saúde no Brasil”, *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*, R.B. Barata y otros (comps.), Rio de Janeiro, Abrasco/Fio Cruz.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1999a), *Estado de la población mundial, 1998: las nuevas generaciones*, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1999b), *Etapa de transición: salud, sexualidad y derechos reproductivos de los jóvenes*, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.III.H.2.
- Ganuza, Enrique, Arturo León y Pablo Sauma (comps.) (1999), *Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1933)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Griliches, Zvi (2000), *R&D, Education and Productivity*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Hollstein, R. Dieter, Jeanette M. Vega y Yury B. Carvajal (1998), “Socioeconomic level and infant mortality in Chile in the period 1985-1995”, *Revista médica de Chile*, N° 126, Santiago de Chile.
- Instituto Interamericano del Niño (1999), “Niños americanos: la violencia bajo la alfombra”, *Brecha*, Montevideo, marzo.
- Jones, Patricia (2001), “Are educated workers really more productive?”, *Journal of Development Economics*, vol. 64.
- Landers, Cassie (1991), *A Theoretical Basis for Investing in Early Child Development*, Nueva York, Grupo consultivo sobre el cuidado y el desarrollo del niño en la primera infancia, diciembre.
- López, R., Thomas Vinod e Y. Wang (1998), “Addressing the Education Puzzle: the Distribution of Education and Economic Reforms”, Policy Research Working Paper, N° 2031, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Lozano, R. y otros (2000), *Health Inequality in México: Study by Socioeconomic Strata at the County and Household Level*, Rockefeller Foundation, por aparecer.
- Macro International (1996), *Demographic and Health Surveys*, Calverton, Maryland.
- Naciones Unidas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2001a), *A World Fit For Children*, Comité Preparatorio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la Infancia, Segundo período de sesiones sustantivo (Nueva York, 29 de enero al 2 de febrero), por aparecer.
- \_\_\_\_\_ (1998), *World Population Prospects, the 1996 Revision (ST/ESA/SER.A/167)*, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.98.XIII.5.
- NUPENS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde) - USP (Universidade de São Paulo) (1998), *Melhoria em indicadores de saúde associados a pobreza no Brasil dos anos 90*, Informe interno, Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo.
- Olinto, María Teresa Anselmo y otros (1993), “Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 9, N° 1.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) / IPEC (Programa Internacional para la Abolición del Trabajo Infantil) (2000), *El trabajo infantil en América Latina*, Lima.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), *Informe sobre la salud en el mundo, 1999. Cambiar la situación (WHO/WHR/99.1)*, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) - OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000a), “Bases para la formulación de políticas a favor de la niñez, adolescencia y la mujer. Lineamientos para las metas de salud, nutrición y desarrollo para la próxima década”, documento preparado para la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social (Kingston, Jamaica, 9 al 13 de octubre).

- \_\_\_\_\_ (2000b), “Derechos humanos de la niñez y la adolescencia en condiciones de vulnerabilidad social y jurídica”, Documento para discusión de la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social (Kingston, Jamaica, 9 al 13 de octubre).
- \_\_\_\_\_ (2000c), “El VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe: llamado a proteger nuestra juventud”, Documento para discusión de la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social (Kingston, Jamaica, 9 al 13 de octubre).
- \_\_\_\_\_ (2000d), *Estado de la salud de las Américas*, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (1999), *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: the Role of Social and Economic Determinants*, División de Salud y Desarrollo Humano, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (1998a), “La salud en las Américas. Edición de 1998”, *Publicación científica*, N° 569, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (1998b), *Health Statistics for the Americas*, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (1992), “Reunión Consultiva sobre Disposición de Excretas y Aguas Residuales en América Latina y el Caribe”, serie Salud ambiental, N° 11, Washington, D.C.
- Peña, Manuel y Jorge Bacallao (2000), *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Piñeros-Petersen, Marion y Magda Ruiz-Salguero (1998), *Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia*, Salud Pública Mex.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2000), *Informe sobre desarrollo humano, 2000*, Madrid, Mundi-Prensa Libros.
- Porter, Michael y otros (2000), *Global Competitiveness Report 2000*, Cambridge, Massachusetts, Universidad de Harvard / World Economic Forum, diciembre.
- PROMUDEH (Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano) / UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2000), *Informe Regional de las Américas sobre los Avances hacia las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y los Acuerdos Regionales, 1990-2000*, Lima.
- Ribero, Rocío (1999), “Earnings Effects of Household Investment in Health in Colombia”, Discussion Paper, N° 810, Centro para el Desarrollo Económico, Universidad de Yale, noviembre.
- Rivas, Ramón (1993), *Pueblos indígenas y garífunas de Honduras: una caracterización*, Tegucigalpa, Editorial Guaymuras.
- Temple, Jonathan (2000), *Growth Effects of Education and Social Capital in OECD Countries*, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) - OREALC (Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe) (2001a), *Balance de los 20 años del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe*.
- \_\_\_\_\_ (2001b), *Situación educativa de América Latina y El Caribe, 1980-2000*, versión preliminar.
- \_\_\_\_\_ (2001b), *Estado mundial de la infancia 2001*, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2000a), *La situación de la infancia y adolescencia en Iberoamérica*, Nueva York, inédito.
- \_\_\_\_\_ (2000b), *Derecho al nombre y la nacionalidad: propuesta de trabajo para América Latina y el Caribe*, Bogotá, D.C., abril.
- \_\_\_\_\_ (1999), “El derecho a la Política de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia”, *Nuestro derecho a la transparencia*, año 3, N° 2, San José de Costa Rica.
- \_\_\_\_\_ (1998), *Violencia e infancia*, documento para el Comité Coordinador Interagencial para el Seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en las Américas, Bogotá, D.C.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) / OMS (Organización Mundial de la Salud) (1995), *Programming for Adolescent Health*, Ginebra.
- Van der Gaag, Jacques y Tan, Jee-Peng (2001), “JVG paper”, Washington, D.C., Banco Mundial, inédito.
- Victora, Cesar G. (1999), “Reducing health inequalities: can health interventions make an impact?”, documento presentado en el Noveno Foro Anual de Salud Pública, Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM).
- Victora, Cesar G. y otros (1992), “Early childhood mortality in a Brazilian cohort: the roles of birthweight and socioeconomic status”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 21, N° 11, Oxford, octubre.
- Vinod, Thomas y otros (2000), *The Quality of Growth*, Washington, D.C., Banco Mundial, Oxford University Press, septiembre.



## Anexo de cuadros y gráficos



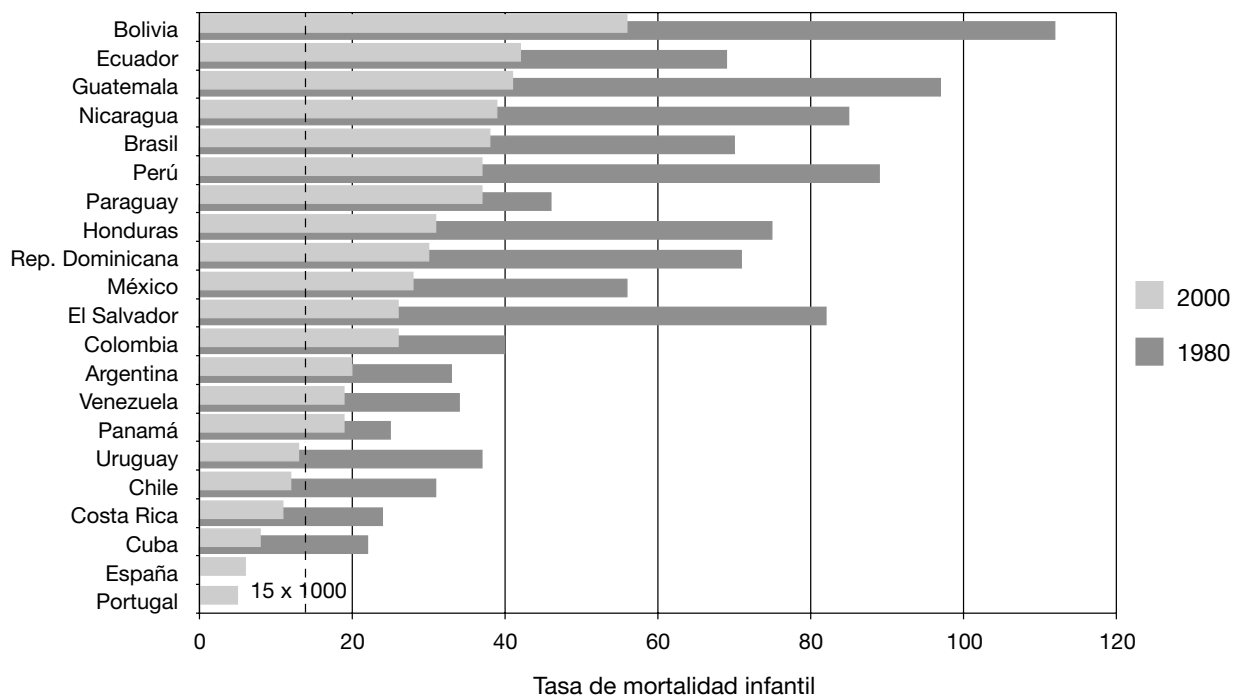
### Nota explicativa:

En los cuadros del presente anexo estadístico se han utilizado los siguientes signos:

- Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.
- El punto entre paréntesis [(.)] indica que la cantidad de la unidad especificada es menor a uno (1).
- Un signo menos (-) indica déficit o disminución, salvo que se especifique otra cosa.
- El punto (.) se usa para separar los decimales.
- La barra (/) puesta entre cifras que expresen años, por ejemplo 1990/1992, indica que la información corresponde a uno de los años del intervalo.
- El guión (-) puesto entre cifras que expresen años, por ejemplo 1990-2000, indica que se efectúa una comparación entre los datos del año inicial y del final.
- La palabra “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo indicación contraria.
- Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos parciales y los porcentajes presentados en los cuadros no siempre suman el total correspondiente.

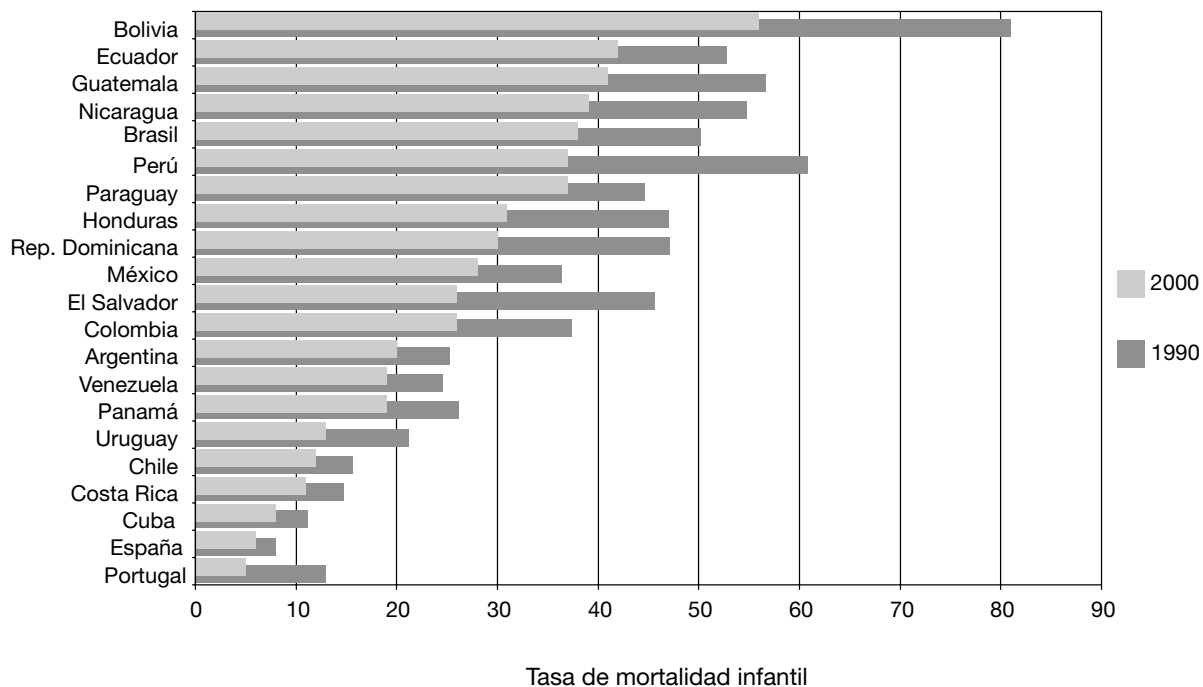


Gráfico 1  
**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL,  
 1980 - 2000**



Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), “Special Program for Health Analysis (SHA)” (<http://165.158.1.110/english/sha/>) y datos de 1980: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

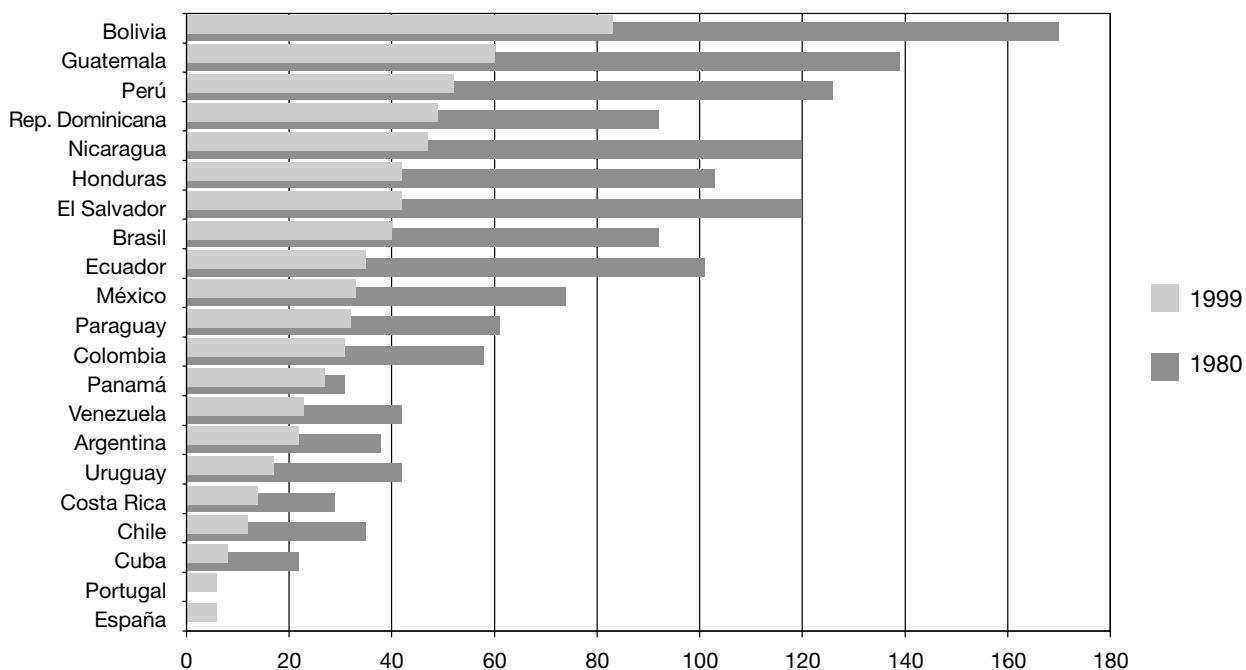
Gráfico 2  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL,  
 1990 - 2000**



Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>).



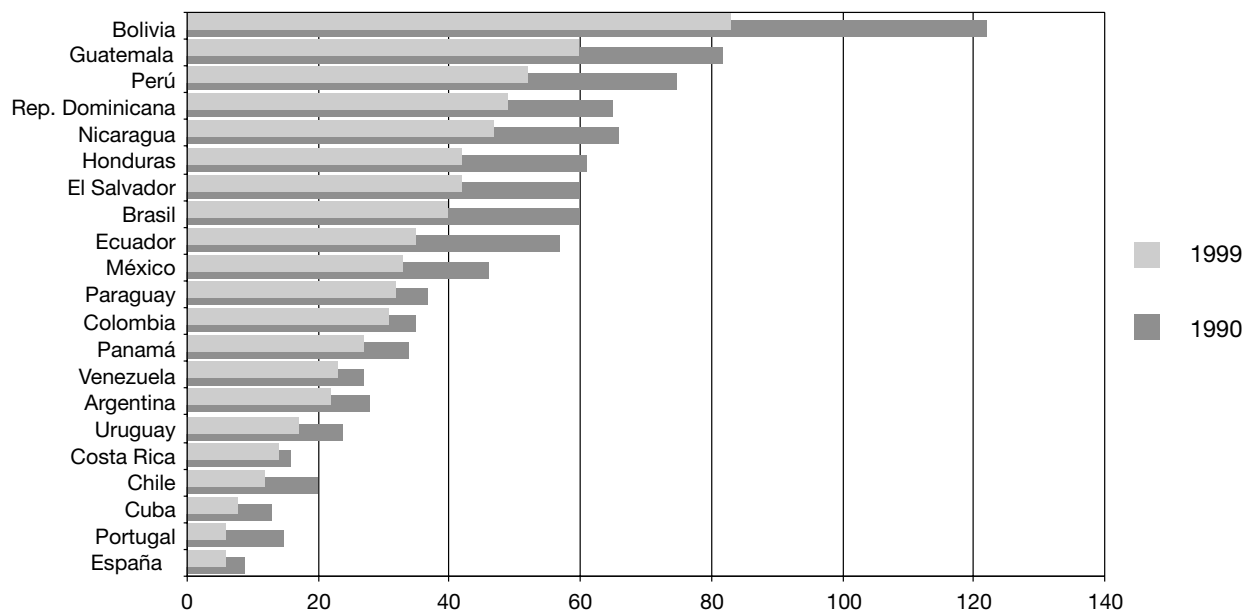
Gráfico 3  
**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS,  
 1980 - 1999**



Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1 y datos de 1980.

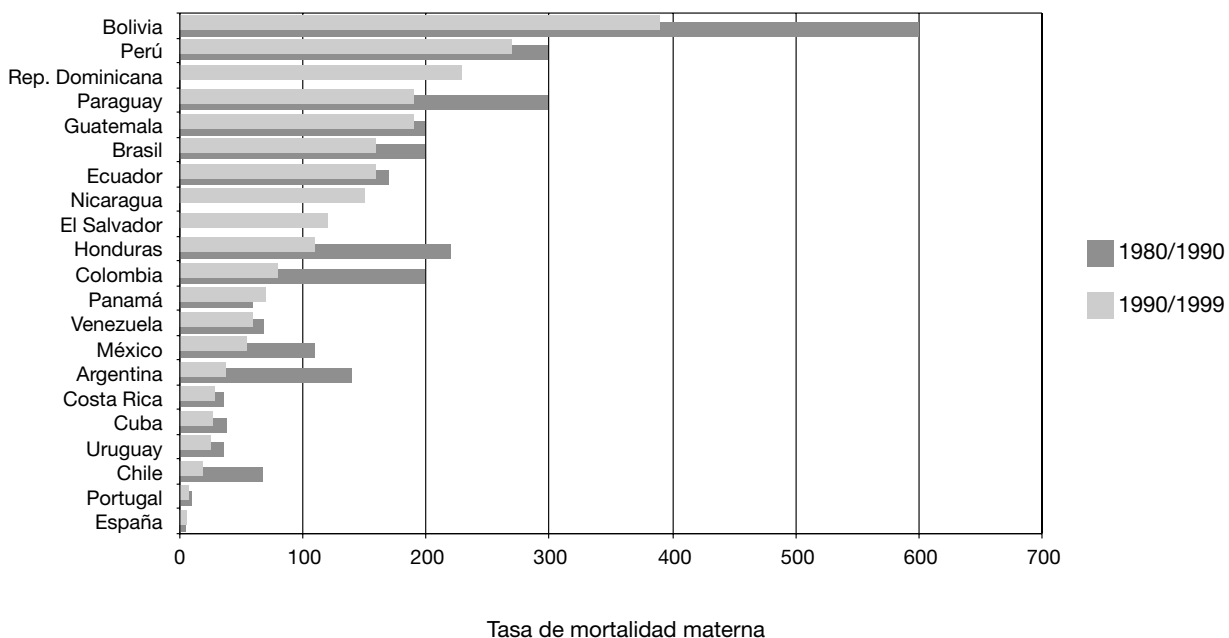
Gráfico 4  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS,  
 1990 - 1999**



Tasa de mortalidad de menores de 5 años

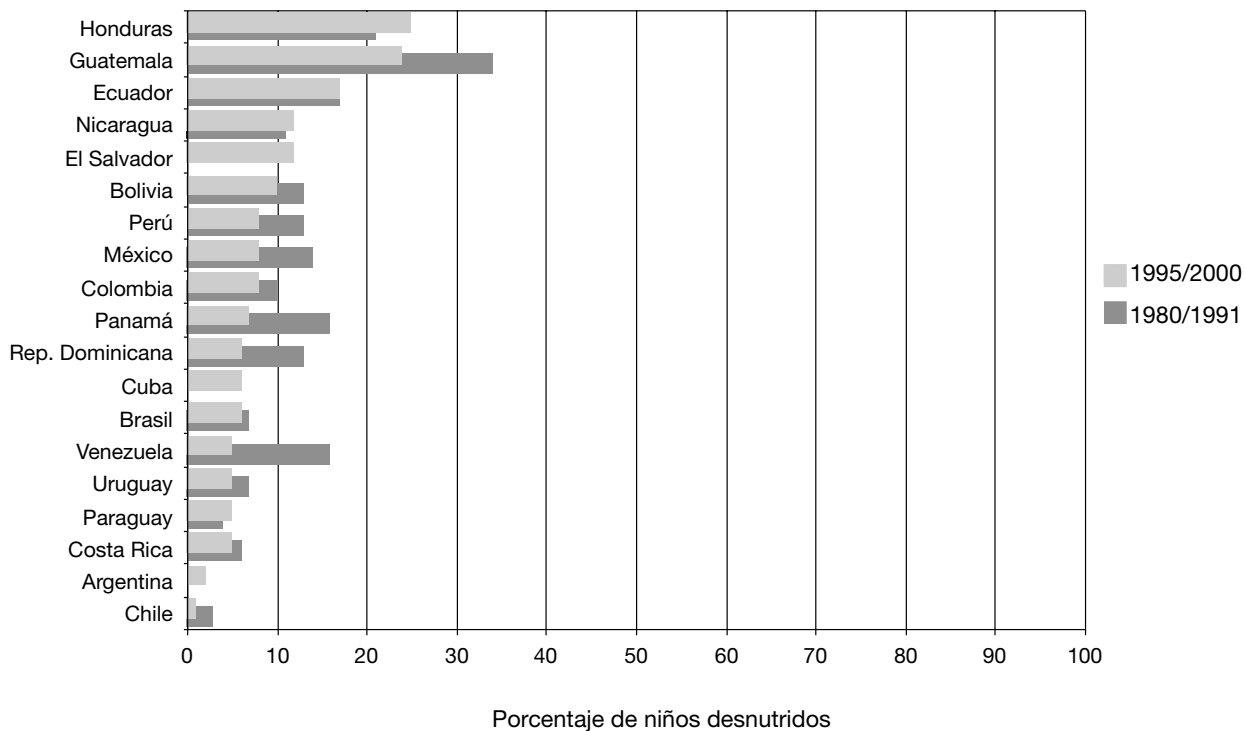
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 5  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA,  
 1980/1990 - 1990/1999**



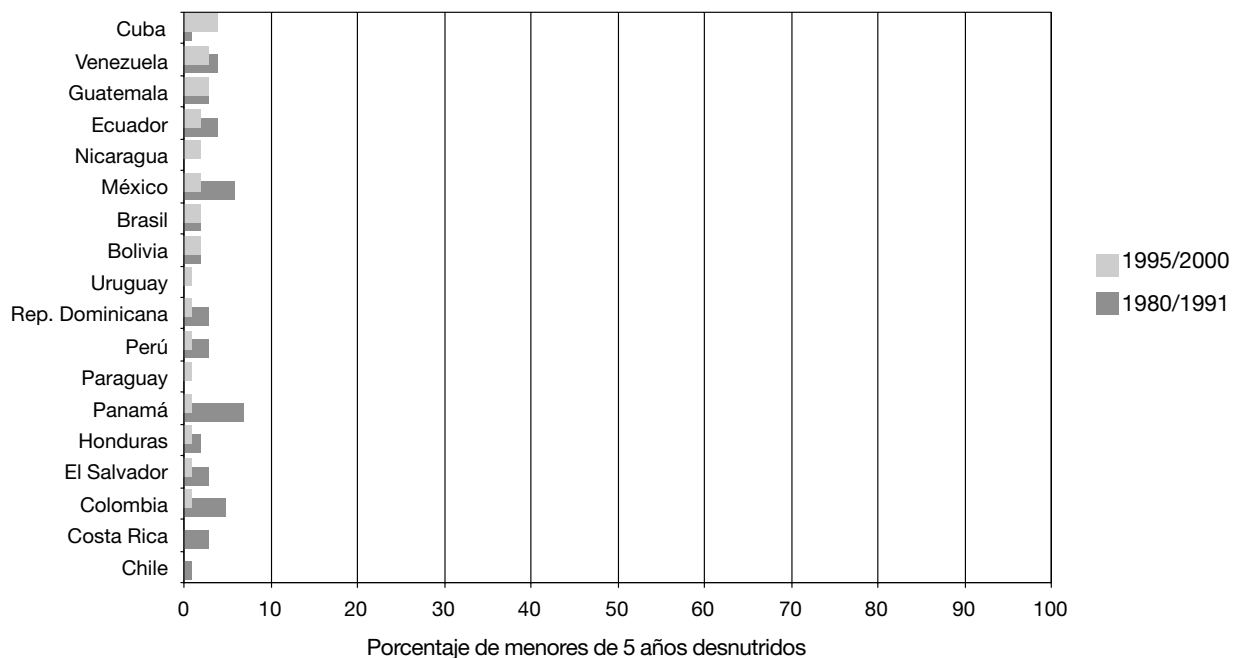
**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 6  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 5 AÑOS,  
 1980/1991 - 1995/2000**  
 (Insuficiencia ponderal moderada-grave)



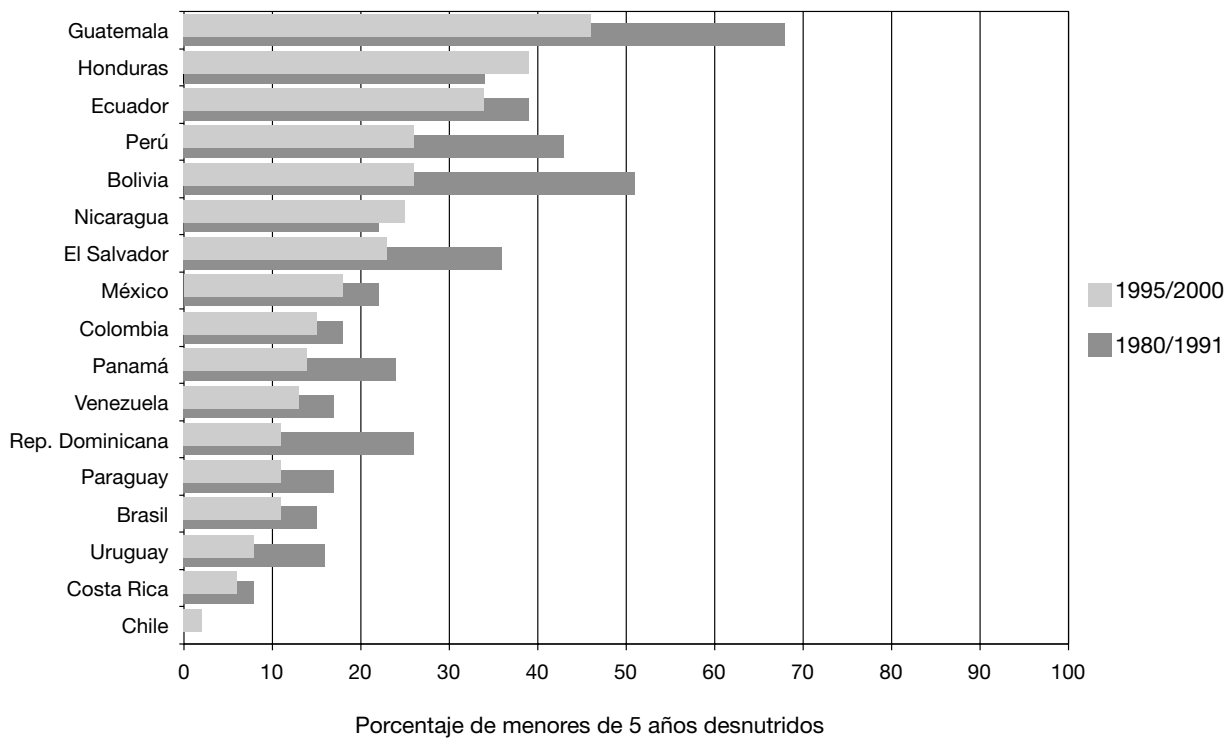
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 7  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 5 AÑOS,  
 1980/1991 - 1995/2000**  
 (Emaciación moderada-grave)



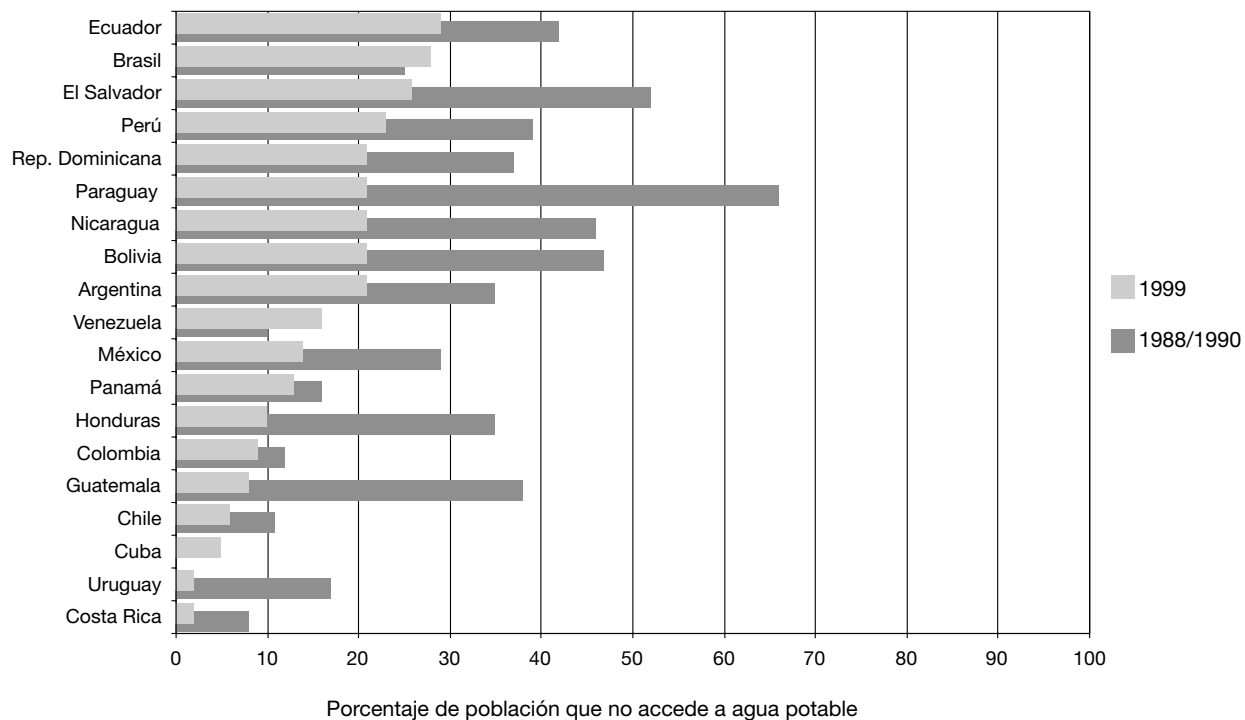
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 8  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 5 AÑOS,  
 1980/1991 - 1995/2000**  
 (Cortedad de talla moderada-grave)



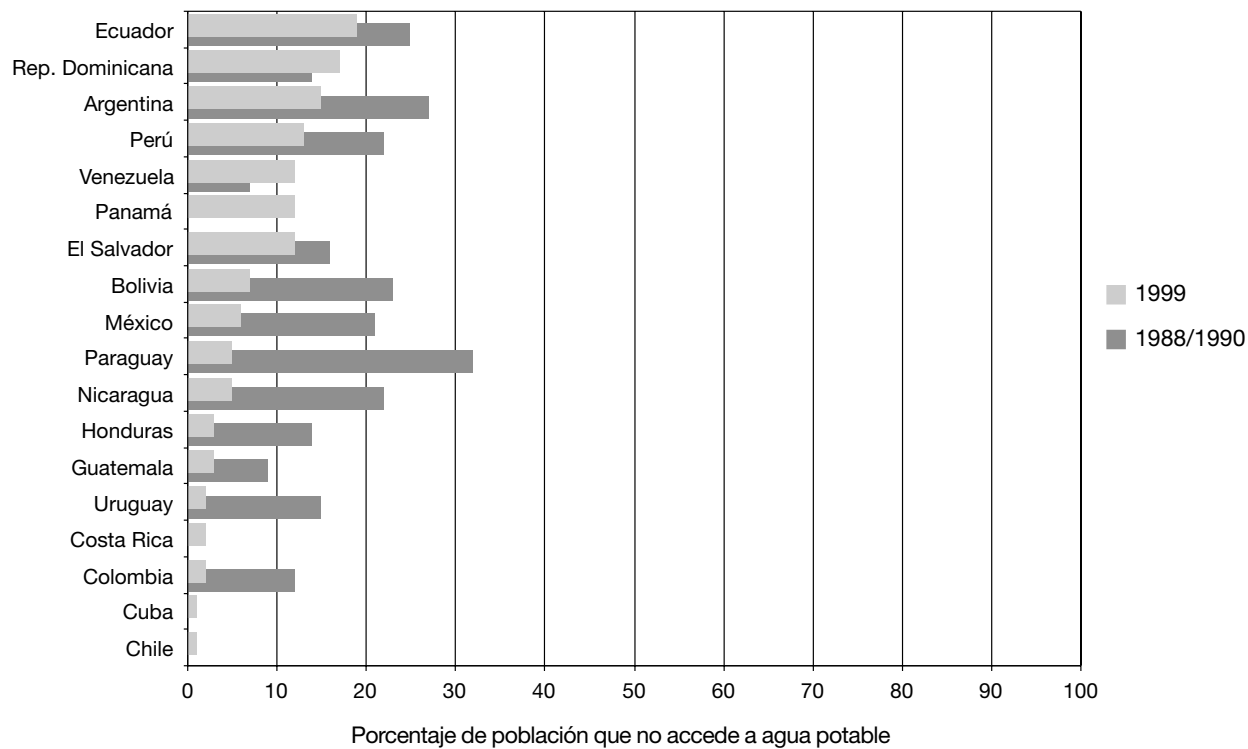
**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 9  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN AL AGUA POTABLE,  
 1988/1990 - 1999**  
 (Total nacional)



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

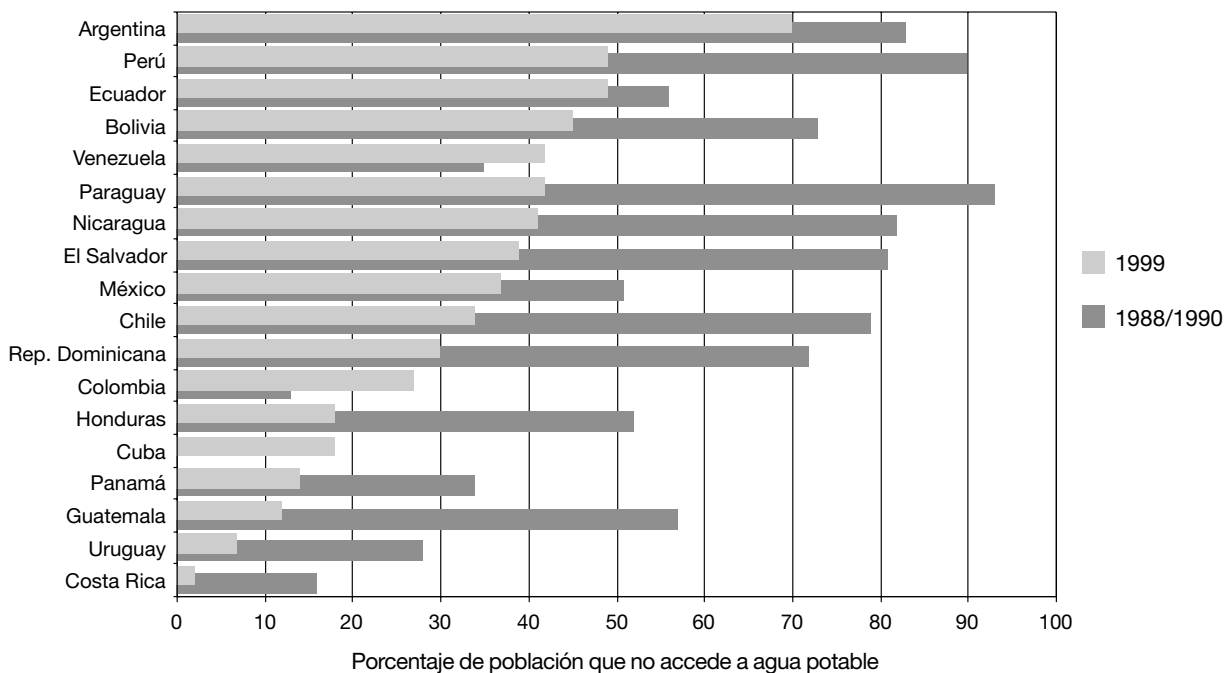
Gráfico 10  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN AL AGUA POTABLE,  
 1988/1990 - 1999**  
**(Zonas urbanas)**



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

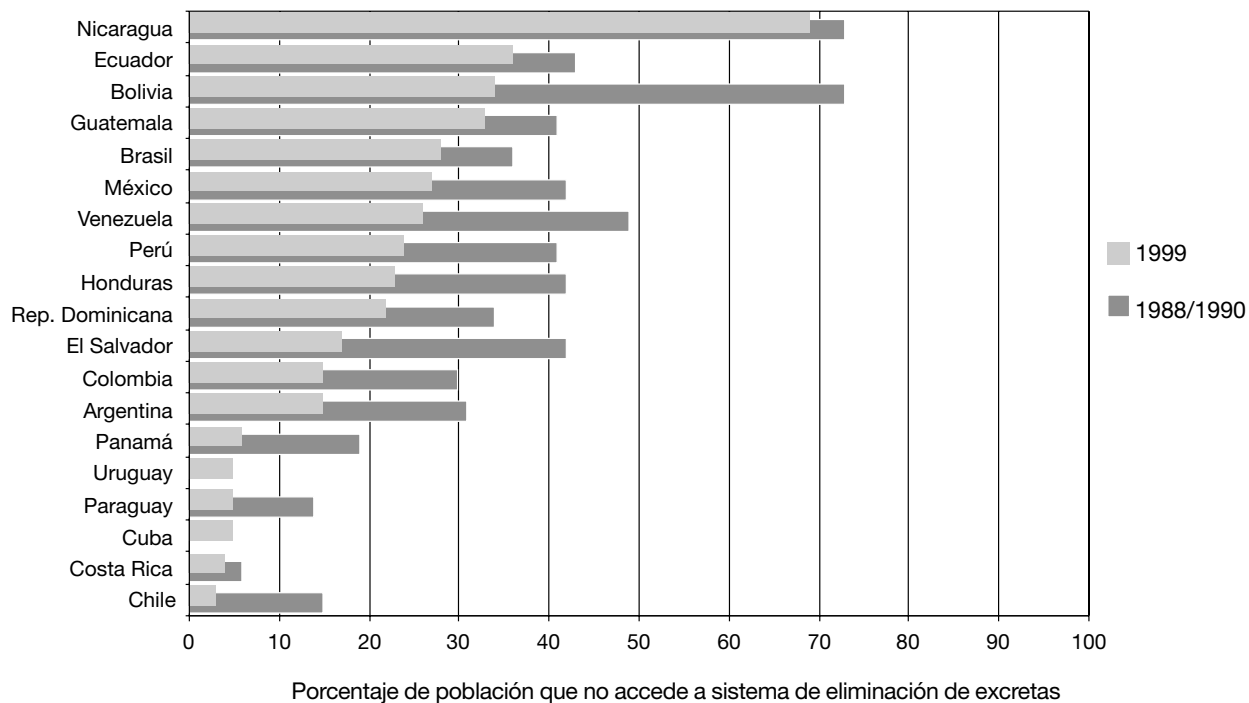


Gráfico 11  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN AL AGUA POTABLE**  
**1988/1990 - 1999**  
**(Zonas rurales)**



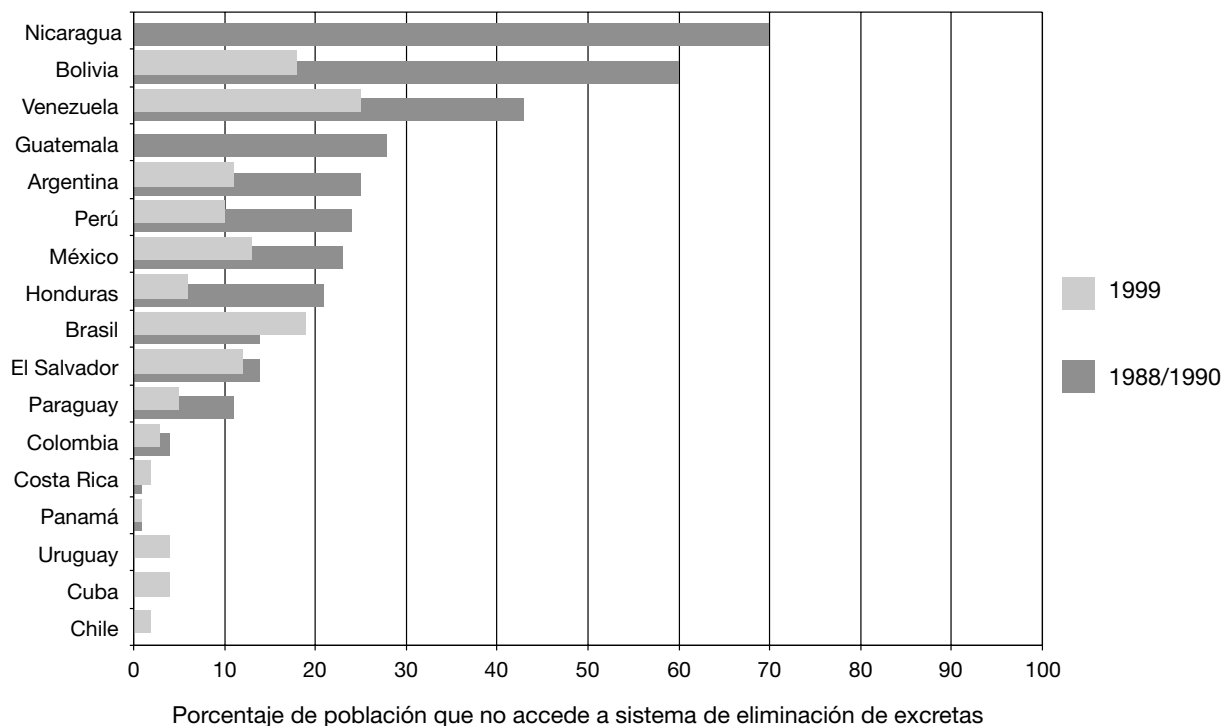
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 12  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN A MEDIOS SANITARIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS**  
**1988/1990 - 1999**  
**(Total nacional)**



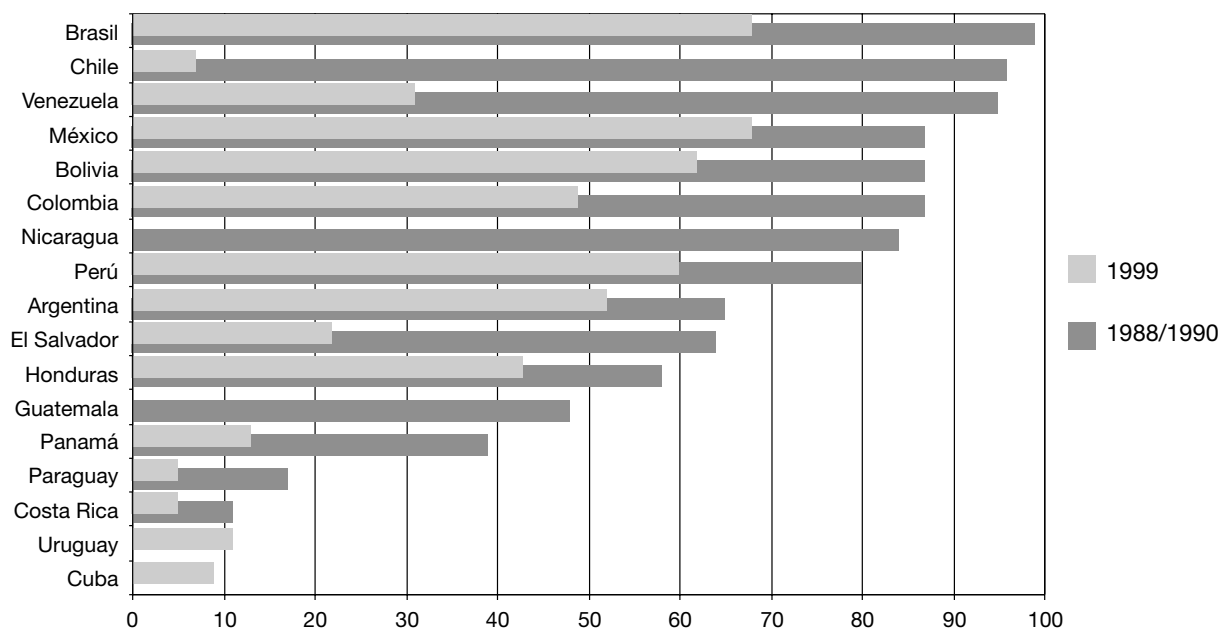
**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 13  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN  
 A MEDIOS SANITARIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS, 1988/1990 - 1999**  
 (Zonas urbanas)



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

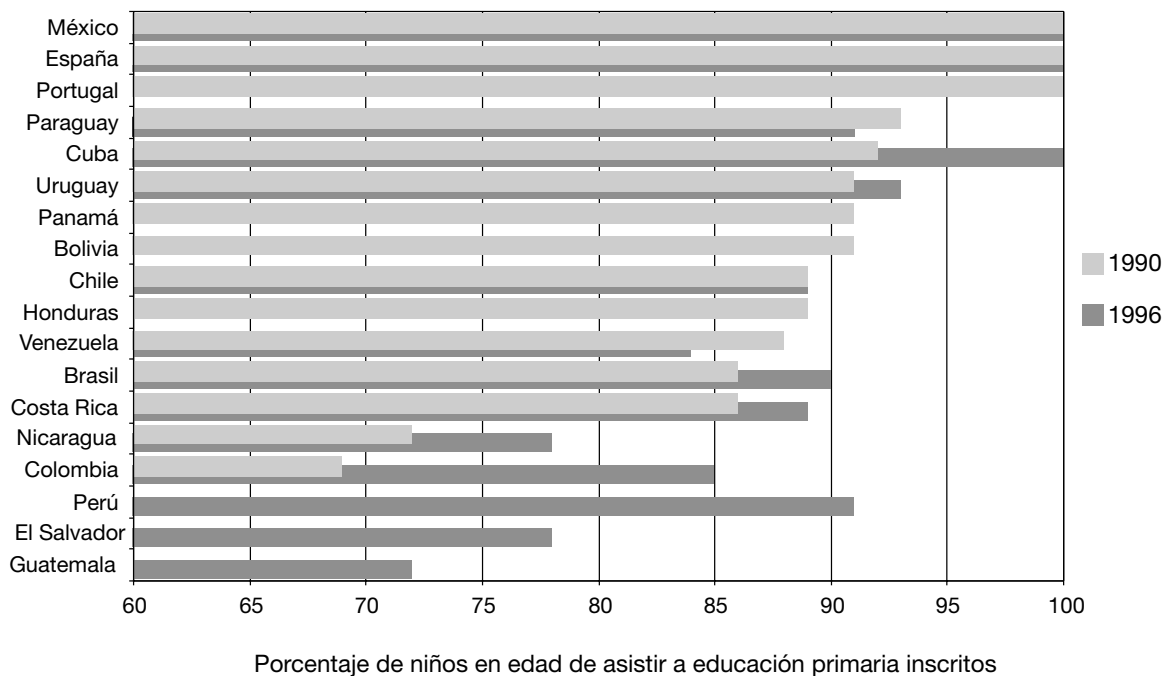
Gráfico 14  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN  
 A MEDIOS SANITARIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS, 1988/1990 - 1999**  
 (Zonas rurales)



Porcentaje de población que no accede a sistema de eliminación de excretas

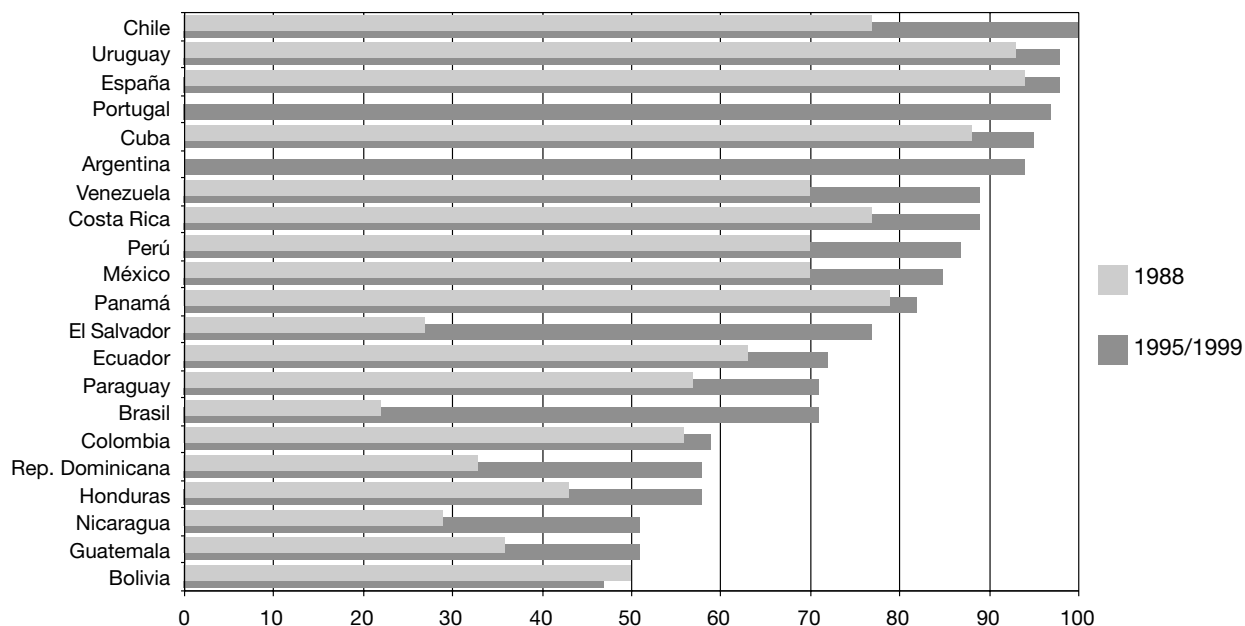
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 15  
**LOGROS EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A EDUCACIÓN BÁSICA,  
 1990 - 1996**



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), "World Education Indicators", World Education Report, 2000, París, 2000, apéndices 2 y 3.

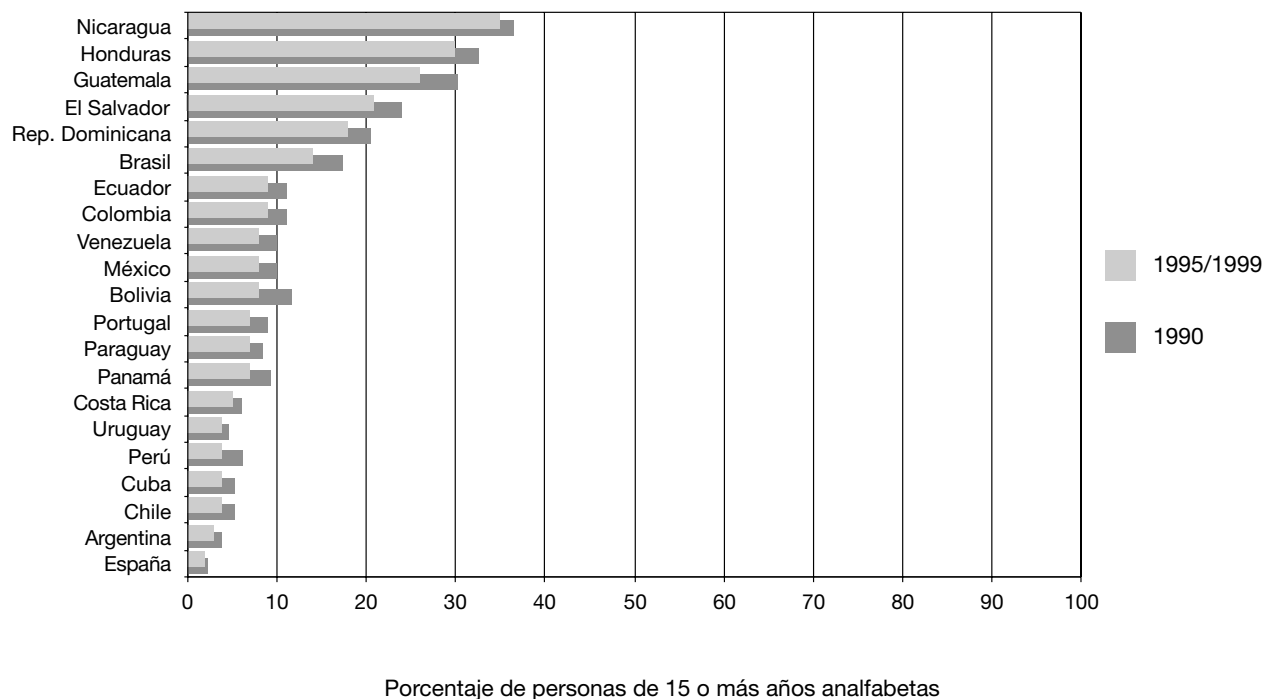
Gráfico 16  
**LOGROS EN EL TÉRMINO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA,  
 1988 - 1995/1999**



Alumnos de enseñanza primaria que completan 5° grado

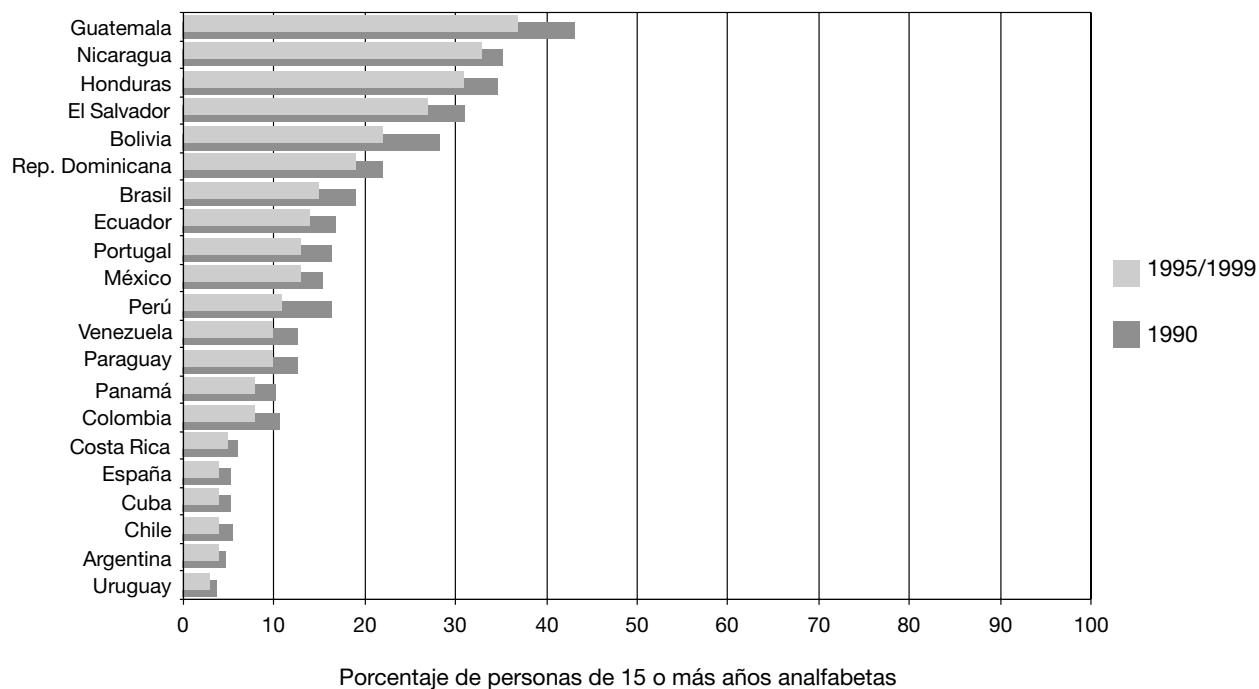
**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993, Estado mundial de la infancia, 2000, Nueva York, 2000 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 17  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE ANLAFABETISMO ADULTO MASCULINO,  
 1990 - 1995/1999**



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

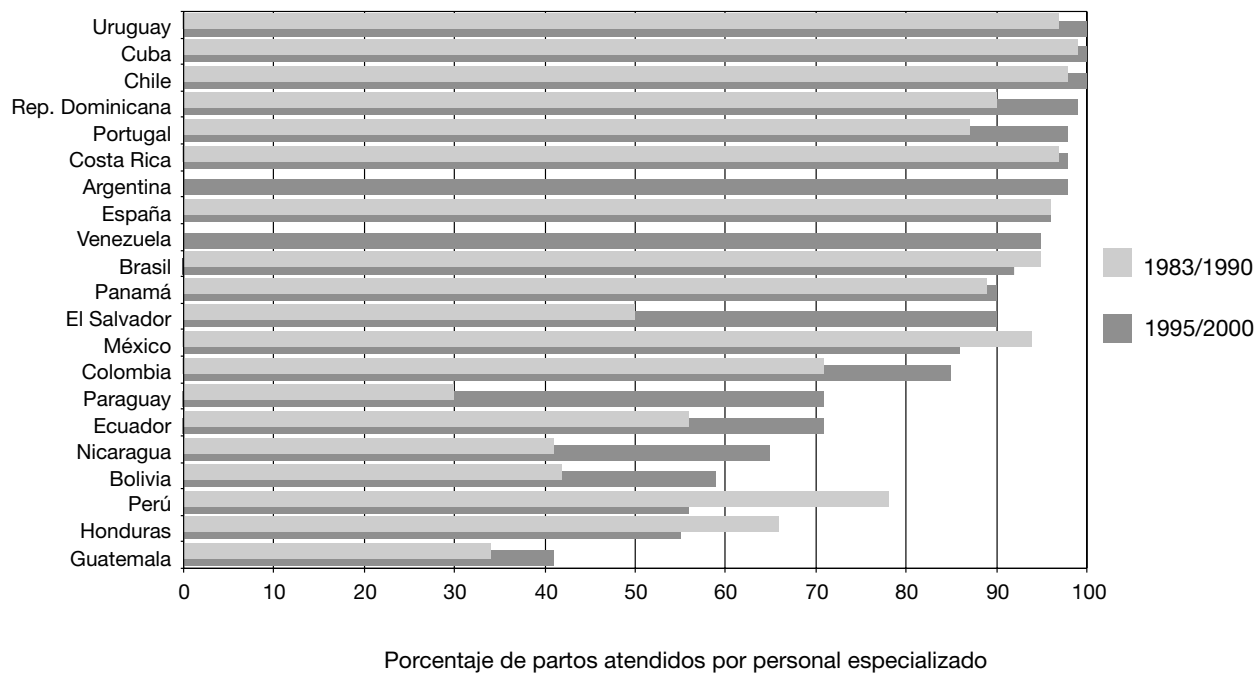
Gráfico 18  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE ANALFABETISMO ADULTO FEMENINO,  
 1990 - 1995/1999**



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

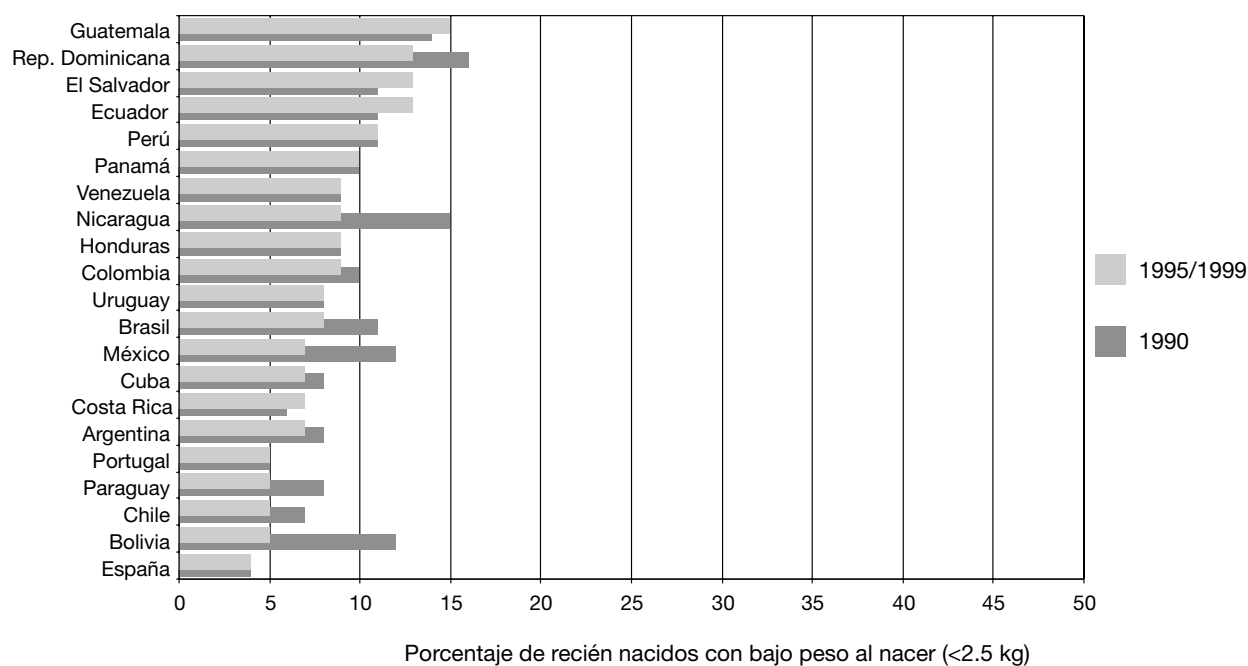


Gráfico 19  
**LOGROS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL PARTO,  
 1983/1990 - 1995/2000**



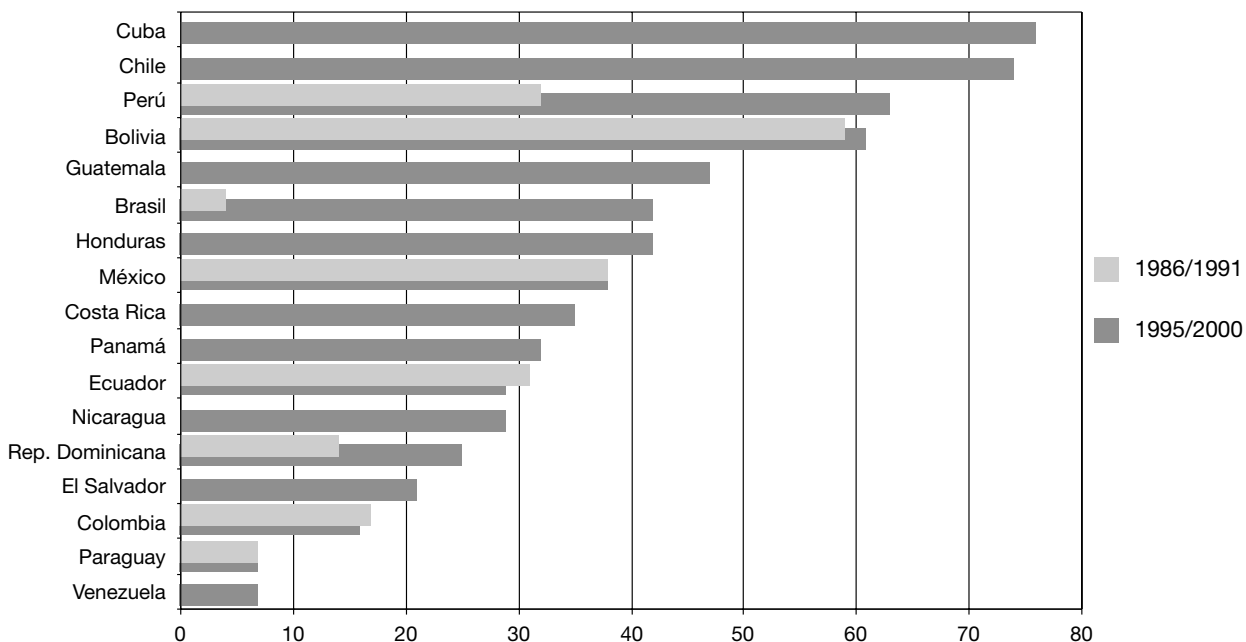
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 20  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER,  
 1990 - 1995/1999**



**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1995, Nueva York, 1995 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

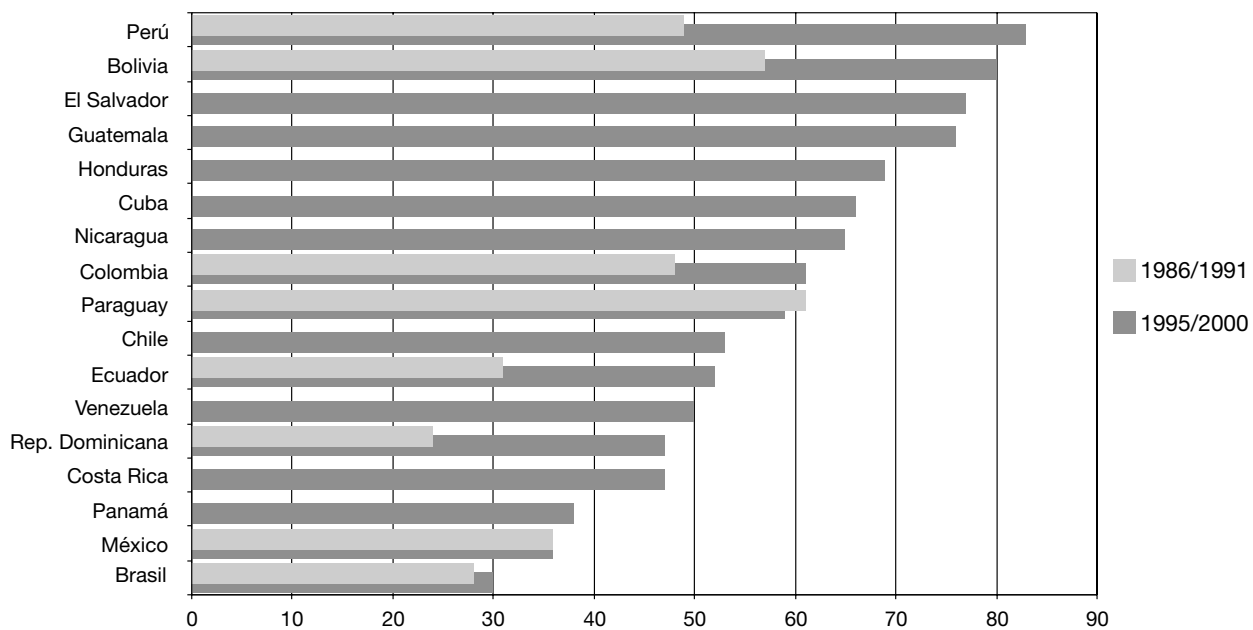
Gráfico 21  
**LOGROS EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA,  
 1986/1991 - 1995/2000**



Porcentaje de infantes de menos de cuatro meses de edad que sólo reciben leche materna

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

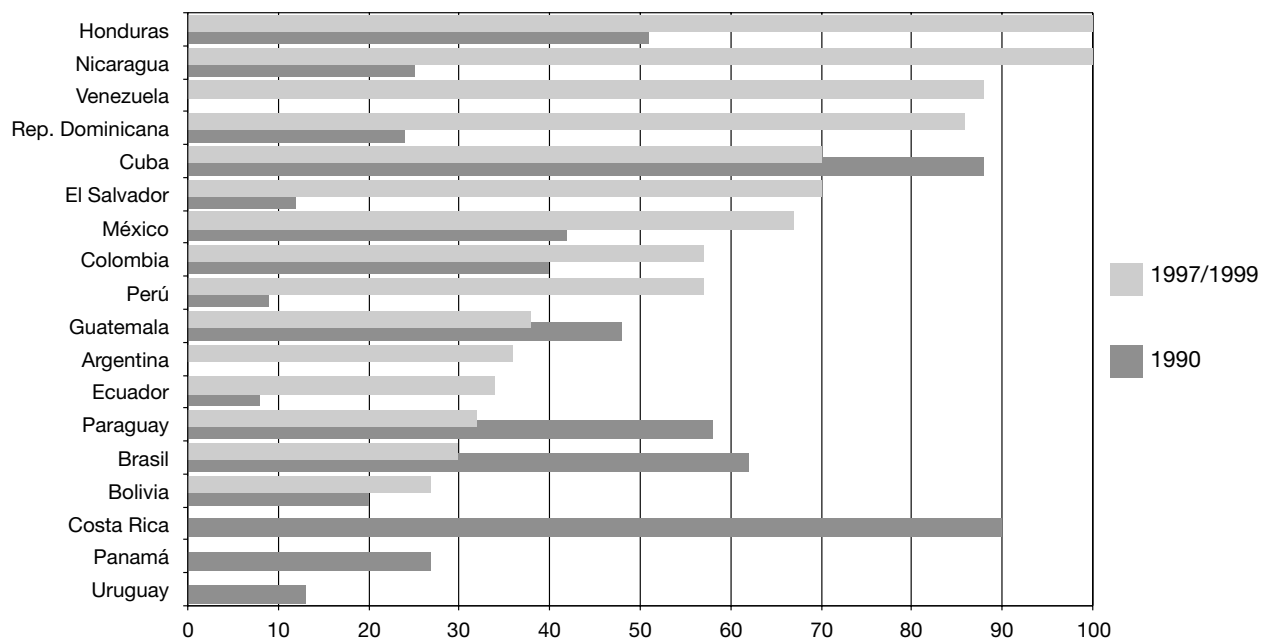
Gráfico 22  
**LOGROS EN LA LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA,  
 1986/1991 - 1995/2000**



Porcentaje de infantes de más de tres meses de edad que siguen recibiendo leche materna

**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

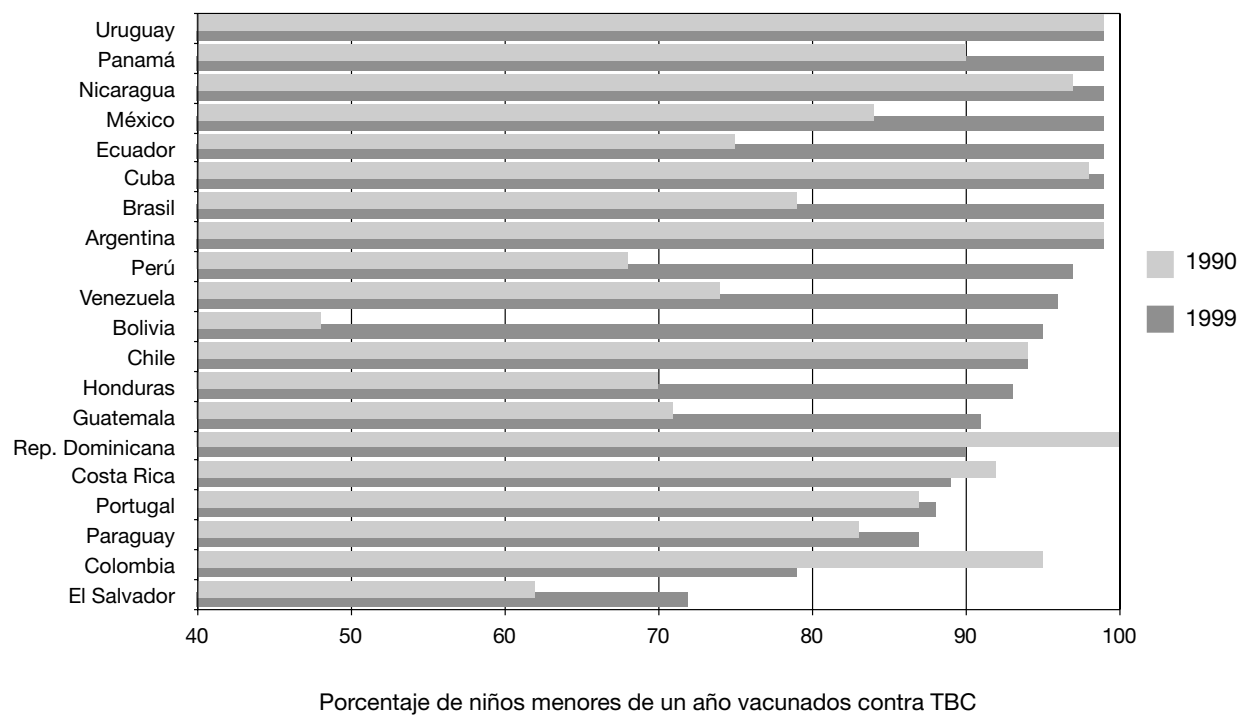
Gráfico 23  
**LOGROS EN INMUNIZACIÓN CONTRA TÉTANOS NEONATAL,  
 1990 - 1997/1999**



Porcentaje de mujeres embarazadas inmunizadas contra tétanos neonatal

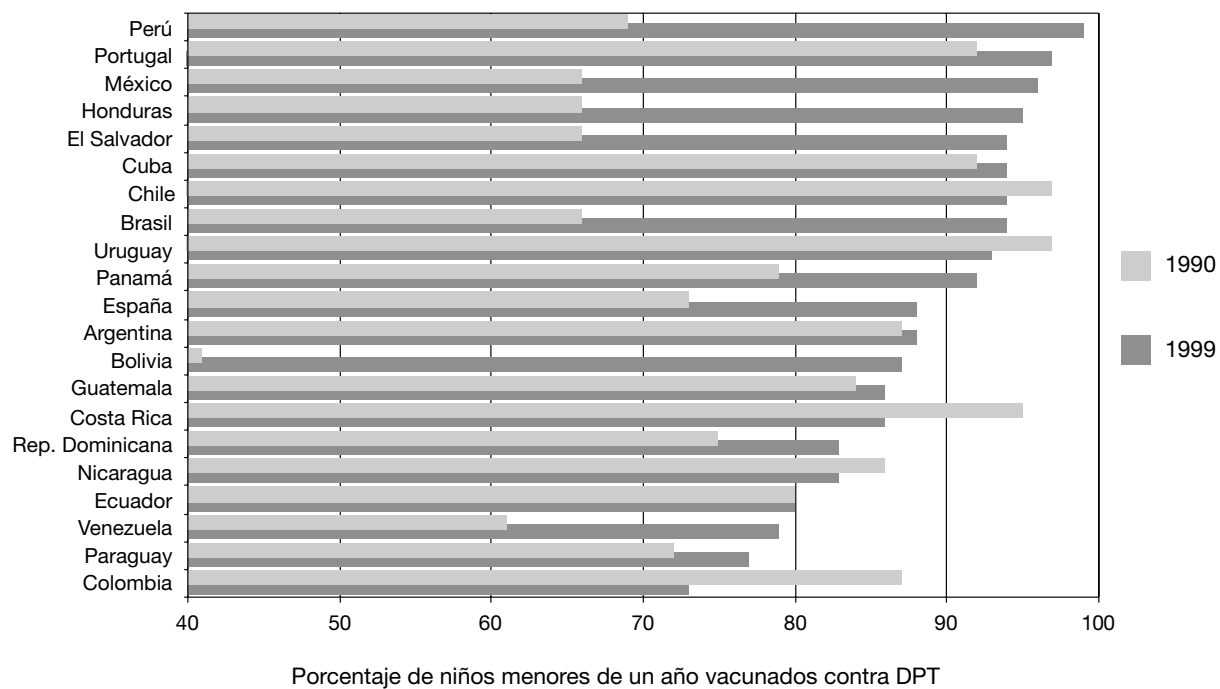
**Fuente:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 24  
**LOGROS EN INMUNIZACIÓN CONTRA LA TUBERCULOSIS (TBC),  
 1990 - 1999**



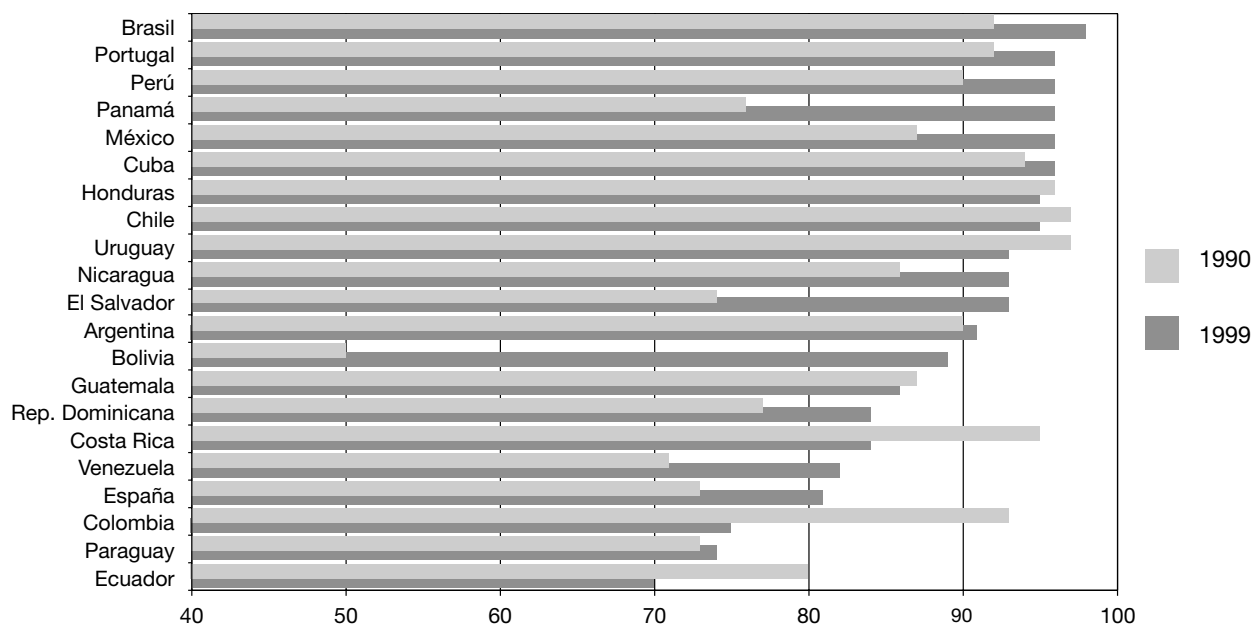
**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la base de informes de los países y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 25  
**LOGROS EN INMUNIZACIÓN CONTRA LA DPT, 1990 - 1999**  
 (Difteria, pertusis o tos ferina y tétanos)



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la base de informes de los países y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Gráfico 26  
**LOGROS EN INMUNIZACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS,  
 1990 - 1999**

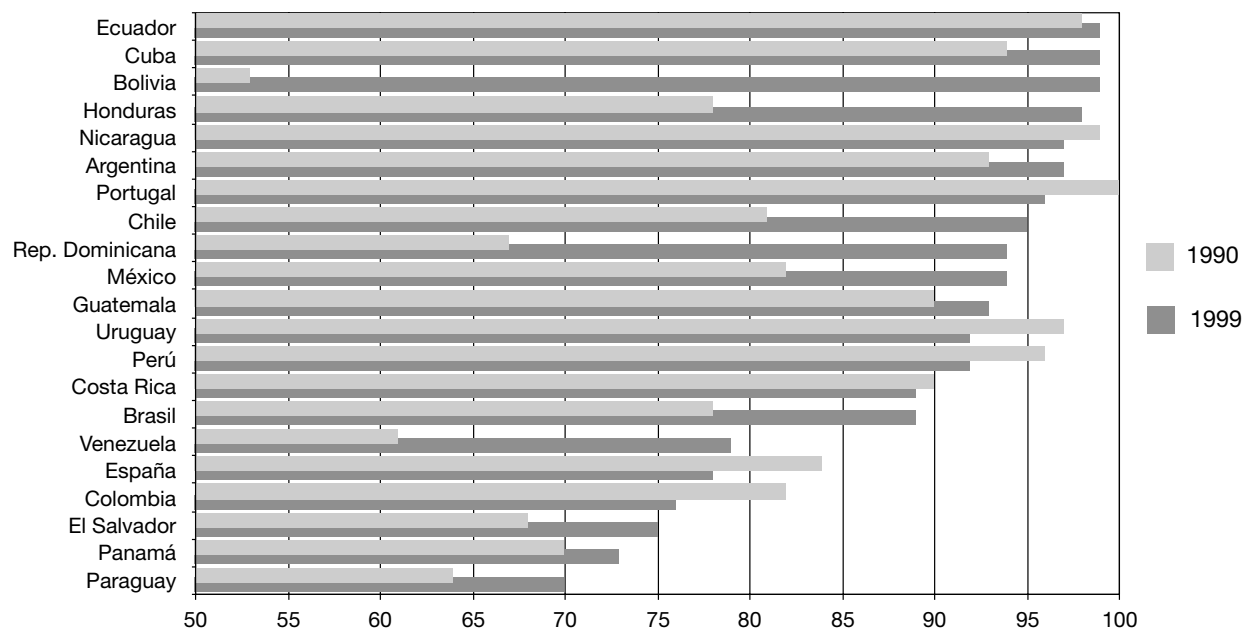


Porcentaje de niños menores de un año vacunados contra la poliomieltis

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la base de informes de los países y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.



Gráfico 27  
**LOGROS EN INMUNIZACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN,  
 1990 - 1999**



Porcentaje de niños menores de un año vacunados contra el sarampión

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la base de informes de los países y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Cuadro 1  
LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL <sup>a</sup>

Países	Tasa de mortalidad infantil		Reducción porcentual 1990/2000	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1980	2000		
Argentina	33	25	21	17
Bolivia	112	81	31	50 *
Brasil	70	50	24	33
Chile	31	16	23	10
Colombia	40	37	30	25
Costa Rica	24	15	26	10
Cuba	22	11	29	7
Ecuador	69	53	20	35
El Salvador	82	46	43	30
España	...	8	25	5
Guatemala	97	57	28	37
Honduras	75	47	34	31
México	56	36	23	24
Nicaragua	85	55	29	36
Panamá	25	26	27	17
Paraguay	46	45	17	29
Perú	89	61	39	40
Portugal	...	13	62	9
Rep. Dominicana	71	47	36	31
Uruguay	37	21	39	14
Venezuela	34	25	23	16
<b>Promedio simple</b>	<b>58</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>24</b>

**Fuente:** Tasa de mortalidad de menores de un año: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>) y datos de 1980: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

<sup>a</sup> Número de defunciones de niños menores de un año por 1 000 nacidos vivos.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la mortalidad infantil en un tercio o a 50 por 1 000 nacidos vivos, la cifra que sea menor.

El asterisco (\*) indica cuando la meta se fijó en 50 por 1 000.

Cuadro 2  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS<sup>a</sup>**

Países	Mortalidad de menores de 5 años		Reducción porcentual 1990/1999	Mortalidad proyectada al 2000	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	Tasa de mortalidad				
	1980	1999			
Argentina	38	22	21	21	18
Bolivia	170	83	32	80	70 *
Brasil	92	40	33	38	40
Chile	35	12	40	11	13
Colombia	58	31	11	31	23
Costa Rica	29	14	13	14	11
Cuba	22	8	38	8	9
Ecuador	101	35	39	33	38
El Salvador	120	42	30	40	40
España	...	6	33	6	6
Guatemala	139	60	27	58	54
Honduras	103	42	31	40	40
México	74	33	28	32	30
Nicaragua	120	47	29	45	44
Panamá	31	27	21	26	22
Paraguay	61	32	14	31	24
Perú	126	52	31	50	50
Portugal	...	6	60	5	10
Rep. Dominicana	92	49	25	47	43
Uruguay	42	17	29	16	16
Venezuela	42	23	15	23	18
<b>Promedio simple</b>	<b>79</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>30</b>

**Fuente:** Tasa de mortalidad de menores de 5 años: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.01.XX.1 y datos de 1980.

<sup>a</sup> Número de defunciones de niños menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años en un tercio o a 70 por 1 000 nacidos vivos, la cifra que sea menor. El asterisco (\*) indica cuando la meta se fijó en 70 por 1000.

Cuadro 3  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA <sup>a</sup>**

Países	Tasa de mortalidad materna registrada		Reducción porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1980/1990	1990/1999		
Argentina	140	38	73	70
Bolivia	600	390	35	300
Brasil	200	160	20	100
Chile	67	20	70	34
Colombia	200	80	60	100
Costa Rica	36	29	19	18
Cuba	39	27	31	20
Ecuador	170 <sup>c</sup>	160	6	85
El Salvador	...	120	...	...
España	5	6	-20	3
Guatemala	200 <sup>c</sup>	190	5	100
Honduras	220	110	50	110
México	110 <sup>c</sup>	55	50	55
Nicaragua	...	150	...	...
Panamá	60	70	-17	30
Paraguay	300	190	37	150
Perú	300	270	10	150
Portugal	10	8	20	5
Rep. Dominicana	...	230	...	...
Uruguay	36	26	28	18
Venezuela	69	60	13	35
<b>Promedio simple</b>	<b>153</b>	<b>114</b>	<b>26</b>	<b>77</b>

**Fuente:** Tasa de mortalidad materna: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Número de defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos, en que la defunción materna (cualquier causa excepto accidentes) ocurre durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminado éste.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la mortalidad materna a la mitad.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 4.A  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN  
DE LOS MENORES DE 5 AÑOS <sup>a</sup>**

Países	Insuficiencia ponderal moderada-grave (porcentaje)		Reducción porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	2	...	...
Bolivia	13	10	23.1	7
Brasil	7	6	14.3	4
Chile	3	1	66.7	2
Colombia	10	8	20.0	5
Costa Rica	6	5	16.7	3
Cuba	...	6	...	...
Ecuador	17	17 <sup>c</sup>	0	9
El Salvador	...	12	...	...
España	...	...	...	...
Guatemala	34 <sup>c</sup>	24	29.4	17
Honduras	21	25	-19.0	11
México	14	8	42.9	7
Nicaragua	11	12	-9.1	6
Panamá	16	7	56.3	8
Paraguay	4	5	-25.0	2
Perú	13 <sup>c</sup>	8	38.5	7
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	13 <sup>c</sup>	6	53.8	7
Uruguay	7 <sup>c</sup>	5	28.6	4
Venezuela	16 <sup>c</sup>	5 <sup>c</sup>	68.8	8
<b>Promedio simple</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>29.3</b>	<b>6</b>

**Fuente:** Insuficiencia ponderal: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993. Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera Infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Porcentaje de menores de 5 años cuyo peso para la edad es inferior a 2 o más desviaciones estándar de la media de una población de referencia.

Aquí se utilizó el indicador de insuficiencia ponderal (moderada y grave).

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la desnutrición severa y moderada en los niños menores de 5 años a la mitad.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 4.B  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN  
 DE LOS MENORES DE 5 AÑOS <sup>a</sup>**

Países	Emaciación (12-23 meses) moderada-grave (porcentaje)		Reducción porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	...
Bolivia	2	2	0	1
Brasil	2 <sup>c</sup>	2	0	1
Chile	1	0	100.0	1
Colombia	5	1	80.0	3
Costa Rica	3	...	...	2
Cuba	1 <sup>c</sup>	4	-300.0	1
Ecuador	4	2 <sup>c</sup>	50.0	2
El Salvador	3	1	66.7	2
España	...	...	...	...
Guatemala	3	3	0	2
Honduras	2 <sup>c</sup>	1	50.0	1
México	6 <sup>c</sup>	2	66.7	3
Nicaragua	0	2	...	0
Panamá	7	1	85.7	4
Paraguay	0	1	...	0
Perú	3	1	66.7	2
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	3	1	66.7	2
Uruguay	...	1	...	...
Venezuela	4	3 <sup>c</sup>	25.0	2
Promedio simple	3	2	42.9	1

**Fuente:** Emaciación: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Porcentaje de menores de 5 años cuyo peso para la talla es inferior a 2 o más desviaciones estándar de la media de una población de referencia.

Aquí se utilizó el indicador de emaciación (moderada y grave).

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la desnutrición severa y moderada en los niños menores de 5 años a la mitad.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 4.C  
**LOGROS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN  
DE LOS MENORES DE 5 AÑOS <sup>a</sup>**

Países	Cortedad de talla (24-59 meses) moderada-grave		Reducción porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	...
Bolivia	51 <sup>c</sup>	26	49.0	26
Brasil	15 <sup>c</sup>	11	26.7	8
Chile	10 <sup>c</sup>	2	80.0	5
Colombia	18	15	16.7	9
Costa Rica	8	6	25.0	4
Cuba	...	...	...	...
Ecuador	39	34 <sup>c</sup>	12.8	20
El Salvador	36	23	36.1	18
España	...	...	...	...
Guatemala	68 <sup>c</sup>	46	32.4	34
Honduras	34 <sup>c</sup>	39	-14.7	17
México	22 <sup>c</sup>	18	18.2	11
Nicaragua	22	25	-13.6	11
Panamá	24	14	41.7	12
Paraguay	17	11	35.3	9
Perú	43	26	39.5	22
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	26 <sup>c</sup>	11	57.7	13
Uruguay	16 <sup>c</sup>	8	50.0	8
Venezuela	17 <sup>c</sup>	13 <sup>c</sup>	23.5	9
<b>Promedio simple</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>32.3</b>	<b>14</b>

**Fuente:** Cortedad de talla: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Porcentaje de menores de 5 años cuya talla para la edad es inferior a 2 o más desviaciones estándar de la media de una población de referencia.

Aquí se utilizó el indicador de cortedad de talla (moderada y grave).

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la desnutrición severa y moderada en los niños menores de 5 años a la mitad.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 5  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN AL AGUA POTABLE <sup>a</sup>**

Países	Porcentaje de población sin acceso a agua potable			Reducción porcentual			Población sin acceso			Meta CMFI					
	1988/1990			1988-1990/1999			proyectada al 2000			al 2000 <sup>b</sup>					
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural			
Argentina	35	27	83	21	15	70	40	44	16	20	14	69	26	20	62
Bolivia	47	23	73	21	7	45	55	70	38	19	6	43	35	17	55
Brasil	25 <sup>c</sup>	...	...	28 <sup>c</sup>	...	...	-12	...	...	28	...	...	19	...	...
Chile	11	0	79	6	1	34	45	...	57	6	...	31	8	0	59
Colombia	12	12	13	9	2	27	25	83	-108	9	2	29	9	9	10
Costa Rica	8	0	16	2	2	2	75	...	88	2	...	2	6	0	12
Cuba	...	...	...	5	1	18	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	42	25	56	29	19	49	31	24	13	28	18	48	32	19	42
El Salvador	52	16	81	26	12	39	50	25	52	24	12	36	39	12	61
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	38	9	57	8	3	12	79	67	79	7	3	10	29	7	43
Honduras	35	14	52	10	3	18	71	79	65	9	3	16	26	11	39
México	29	21	51	14	6	37	52	71	27	13	5	36	22	16	38
Nicaragua	46	22	82	21	5	41	54	77	50	19	4	38	35	17	62
Panamá	16	0	34	13	12	14	19	...	59	13	...	13	12	0	26
Paraguay	66	32	93	21	5	42	68	84	55	19	4	39	50	24	70
Perú	39	22	90	23	13	49	41	41	46	22	12	46	29	17	68
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	37	14	72	21	17	30	43	-21	58	20	17	27	28	11	54
Uruguay	17 <sup>c</sup>	15 <sup>c</sup>	28 <sup>c</sup>	2	2	7	88	...	...	2	...	...	13	...	...
Venezuela	10 <sup>c</sup>	7 <sup>c</sup>	35 <sup>c</sup>	16	12	42	-60	-71	-20	17	13	43	8	5	26
<b>Promedio simple</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>59</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>44</b>

**Fuente:** Población sin acceso a agua potable: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de la población que usa cualquiera de los siguientes tipos de fuentes de agua potable: agua por tubería, llave pública, pozo con o sin bomba, pozo protegido no protegido y manantial protegido.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): acceso universal al agua potable. La meta regional considera reducir la proporción de población sin acceso en 25%.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.



Cuadro 6  
**LOGROS EN EL AUMENTO DE COBERTURA DE ACCESO DE LA POBLACIÓN A MEDIOS SANITARIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS <sup>a</sup>**

Países	Porcentaje de población sin acceso a saneamiento			Reducción porcentual			Población sin acceso			Meta CMFI		
	1988/1990			1988-1990/1999			proyectada al 2000			al 2000 <sup>b</sup>		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Argentina	31	25	65	52	56	20	14	10	51	26	21	54
Bolivia	73	60	87	53	70	29	31	16	60	61	50	72
Brasil	36	14	99	22	-36	31	27	20	65	30	12	82
Chile	15	0	96	80	...	93	3	...	5	12	0	80
Colombia	30	4	87	50	25	44	14	3	46	25	3	72
Costa Rica	6	1	11	33	-100	55	4	2	5	5	1	9
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	43 <sup>c</sup>	...	...	16	...	...	35	...	...	36	...	...
El Salvador	42	14	64	60	14	66	16	12	20	35	12	53
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	41	28	48	20	...	...	32	...	...	34	23	40
Honduras	42	21	58	45	71	26	22	5	42	35	17	48
México	42	23	87	36	43	22	26	12	66	35	19	72
Nicaragua	73	70	84	5	...	...	69	...	...	61	58	70
Panamá	19	1	39	68	0	67	5	1	12	16	1	32
Paraguay	14	11	17	64	55	71	5	5	4	12	9	14
Perú	41	24	80	41	58	25	23	9	58	34	20	66
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	34 <sup>c</sup>	...	...	35	...	...	21	...	...	28	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	49	43	95	47	42	67	24	24	28	41	36	79
<b>Promedio simple</b>	<b>37</b>	<b>23</b>	<b>68</b>	<b>44</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>56</b>

**Fuente:** Población sin acceso a saneamiento: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001, La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de la población que tiene, dentro de la vivienda o el sitio, sanitario conectado al sistema de alcantarillado, sanitario con descarga (privado o público), letrina mejorada o letrina tradicional.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): acceso universal a los medios sanitarios de eliminación de excretas. La meta regional considera reducir la proporción de población sin acceso en 17%.

<sup>c</sup> Se utilizaron las cifras reportadas por World Development Report 2000-2001. Attacking Poverty, World Bank.

Cuadro 7  
**LOGROS EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A EDUCACIÓN BÁSICA <sup>a</sup>**

Países	Tasa neta de matrícula			Aumento porcentual			Tasa neta de matrícula			Meta CMFI		
	1990			1990/1996			proyectada al 2000			al 2000 <sup>b</sup>		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Argentina	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Bolivia	91	95	87	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Brasil	86	...	...	5	...	...	91	...	...	100	100	100
Chile	89	90	88	0	1	0	89	91	88	100	100	100
Colombia	69	...	...	23	...	...	88	...	...	100	100	100
Costa Rica	86	86	87	3	3	2	90	90	89	100	100	100
Cuba	92	92	92	9	9	9	100	100	100	100	100	100
Ecuador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
El Salvador	...	...	...	...	...	...	78	78	78	100	100	100
España	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	100
Guatemala	...	...	...	...	...	...	72	76	69	100	100	100
Honduras	89	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
México	100	...	...	0	...	...	100	100	100	100	100	100
Nicaragua	72	71	73	8	7	8	79	77	80	100	100	100
Panamá	91	91	92	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Paraguay	93	94	92	-2	-3	-1	91	91	91	100	100	100
Perú	...	...	...	...	...	...	91	91	90	100	100	100
Portugal	100	100	100	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Rep. Dominicana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Uruguay	91	91	92	2	1	1	93	92	93	100	100	100
Venezuela	88	87	89	-5	-5	-4	83	82	84	100	100	100
<b>Promedio simple</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>90</b>	<b>-1</b>	<b>-2</b>	<b>-2</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Tasa neta de matrícula en primaria: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), World Education Report, 2000. The Right to Education: Towards Education for All Throughout Life, apéndices II y III, París, 2000.

<sup>a</sup> Número de niños en edad primaria inscritos en la escuela primaria, expresado como porcentaje de la población en edad de cursar la enseñanza primaria.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Acceso universal a la educación básica. Meta regional: Lograr acceso universal con equidad desde la perspectiva de género, geográfica, étnica, de niveles socioeconómicos y de grupos con necesidades especiales.

Cuadro 8  
**LOGROS EN EL TÉRMINO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA <sup>a</sup>**

Países	Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan 5º grado			Aumento porcentual en el período 1988/1995-1999	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1988	1990/1995	1995/1999		
Argentina	...	..	94	...	80
Bolivia	50	60	47	-6	80
Brasil	22 <sup>c</sup>	71	71	223	80
Chile	77	100	100	30	80
Colombia	56	73	59	5	80
Costa Rica	77	88	89	16	80
Cuba	88	100	95	8	80
Ecuador	63	85	72	14	80
El Salvador	27	77	77	185	80
España	94	98	98 <sup>c</sup>	4	80
Guatemala	36	50	51	42	80
Honduras	43	60	58	35	80
México	70	84	85	21	80
Nicaragua	29	54	51	76	80
Panamá	79	82	82 <sup>c</sup>	4	80
Paraguay	57	71	71	25	80
Perú	70 <sup>c</sup>	...	87	24	80
Portugal	...	...	97	...	80
Rep. Dominicana	33	24	58 <sup>c</sup>	76	80
Uruguay	93	98	98	5	80
Venezuela	70	89	89	27	80
<b>Promedio simple</b>	<b>60</b>	<b>76</b>	<b>78</b>	<b>30</b>	<b>80</b>

**Fuente:** Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan quinto grado: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993. Nueva York, 1993, Estado mundial de la infancia, 2000, Nueva York, 2000 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, No de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de niños que ingresan en el 1er grado y terminan el 5º grado de la enseñanza primaria.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Completación de la educación primaria de al menos 80% de los niños en edad escolar.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 9  
LOGROS EN LA REDUCCIÓN DEL ANALFABETISMO ADULTO <sup>a</sup>

Países	Tasa de analfabetismo adulto						Reducción porcentual en el período 1990/1995-1999				Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>	
	1980		1990 (estimación)		1995/1999		Masculina		Femenina		Masculina	Femenina
	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina
Argentina	6	6	4	5	3	4	25	15	2	2	2	2
Bolivia	20	41	12	28	8	22	31	23	6	14	14	14
Brasil	24	27	17	19	14	15	20	21	9	10	10	10
Chile	8	9	5	6	4	4	25	28	3	3	3	3
Colombia	15	16	11	11	9	8	19	25	6	5	5	5
Costa Rica	8	8	6	6	5	5	18	18	3	3	3	3
Cuba	8	8	5	5	4	4	25	25	3	3	3	3
Ecuador	15	22	11	17	9	14	19	17	6	8	8	8
El Salvador	29	38	24	31	21	27	12	13	12	16	16	16
España	3	8	2	5	2	4	15	25	1	3	3	3
Guatemala	38	54	30	43	26	37	14	14	15	22	22	22
Honduras	37	41	33	35	30	31	8	11	16	17	17	17
México	14	20	10	16	8	13	21	16	5	8	8	8
Nicaragua	39	39	37	35	35	33	4	7	18	18	18	18
Panamá	14	15	9	10	7	8	25	23	5	5	5	5
Paraguay	11	18	8	13	7	10	17	21	4	6	6	6
Perú	12	29	6	16	4	11	36	33	3	8	8	8
Portugal	13	23	9	16	7	13	23	21	5	8	8	8
Rep. Dominicana	25	27	21	22	18	19	13	13	10	11	11	11
Uruguay	6	5	5	4	4	3	15	19	2	2	2	2
Venezuela	14	18	10	13	8	10	21	21	5	6	6	6
<b>Promedio simple</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Fuente: Tasa de alfabetización de adultos: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001.

Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de personas de 15 años o más que pueden leer y escribir.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos a por lo menos la mitad, con especial atención en la alfabetización de las mujeres.

Cuadro 10  
**LOGROS EN AUMENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL EMBARAZO <sup>a</sup>**

	Prevalencia de anemia en mujeres (1997)		Control prenatal por personal capacitado (porcentaje)		Partos atendidos por personal especializado (porcentaje)		Variación en el período	
	Embarazadas	No embarazadas	1995-1999		1983/1990		1983/1990 - 1995/2000	
Argentina	...	...	96	...	...	98	...	...
Bolivia	...	...	87	...	42	59	40.5	40.5
Brasil	...	...	50	...	95	92	-3.2	-3.2
Chile	20	8	98	...	98	100	2.0	2.0
Colombia	40	23	83	...	71	85	19.7	19.7
Costa Rica	28	19	70	...	97	98	1.0	1.0
Cuba	...	...	97	...	99	100	1.0	1.0
Ecuador	...	...	81	...	56	71	26.8	26.8
El Salvador	...	...	69	...	50 a/	90	80.0	80.0
España	...	...	...	...	96	96 a/	0.0	0.0
Guatemala	40	35	49	...	34	41	20.6	20.6
Honduras	...	...	84	...	66	55	-16.7	-16.7
México	21	14	...	...	94	86	-8.5	-8.5
Nicaragua	...	...	82	...	41 a/	65	58.5	58.5
Panamá	39	29	94	...	89	90	1.1	1.1
Paraguay	...	...	72	...	30	71	136.7	136.7
Perú	53	36	67	...	78 a/	56	-28.2	-28.2
Portugal	...	...	...	...	87 a/	98 a/	12.6	12.6
Rep. Dominicana	...	...	98	...	90	99	10.0	10.0
Uruguay	24	8	92	...	97 a/	100	3.1	3.1
Venezuela	...	...	26	...	...	95	...	...
<b>Promedio simple</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>74</b>	<b>74</b>	<b>83</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>

**Fuente:** Prevalencia de anemia en mujeres: Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (PROMUDEH/UNICEF), Informe Regional de las Américas sobre los avances hacia las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia y los acuerdos regionales 1990-2000, Lima, 2000.

Control prenatal: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, 2000, Washington, D.C., 2000.

Partos atendidos por personal especializado: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001.

La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 11  
LOGROS EN LA REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER <sup>a</sup>

Países	Recién nacidos con bajo peso al nacer (porcentaje)		Reducción porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1990	1995/1999		
Argentina	8	7	12.5	10
Bolivia	12	5	58.3	10
Brasil	11	8	27.3	10
Chile	7	5	28.6	10
Colombia	10	9	10.0	10
Costa Rica	6	7	-16.7	10
Cuba	8	7	12.5	10
Ecuador	11	13 <sup>c</sup>	-18.2	10
El Salvador	11	13	-18.2	10
España	4	4 <sup>c</sup>	0.0	10
Guatemala	14	15	-7.1	10
Honduras	9	9 <sup>c</sup>	0.0	10
México	12	7	41.7	10
Nicaragua	15	9	40.0	10
Panamá	10	10	0.0	10
Paraguay	8	5	37.5	10
Perú	11	11 <sup>c</sup>	0.0	10
Portugal	5	5 <sup>c</sup>	0.0	10
Rep. Dominicana	16	13	18.8	10
Uruguay	8	8 <sup>c</sup>	0.0	10
Venezuela	9	9 <sup>c</sup>	0.0	10
<b>Promedio simple</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>12.7</b>	<b>10</b>

**Fuente:** Recién nacidos con bajo peso al nacer: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1995, Nueva York, 1995 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de recién nacidos con un peso inferior a 2.5 kg.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Reducción de la tasa de bajo peso al nacer a menos de 10%.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 12  
**LOGROS EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA <sup>a</sup>**

Países	Lactancia materna exclusiva		Aumento porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1986/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	100
Bolivia	59	61	3	100
Brasil	4	42	950	100
Chile	...	74	...	100
Colombia	17	16	-6	100
Costa Rica	...	35 <sup>c</sup>	...	100
Cuba	...	76	...	100
Ecuador	31	29 <sup>c</sup>	-6	100
El Salvador	...	21	...	100
España	...	...	...	100
Guatemala	...	47	...	100
Honduras	...	42	...	100
México	38	38 <sup>c</sup>	0	100
Nicaragua	...	29	...	100
Panamá	...	32	...	100
Paraguay	7	7	0	100
Perú	32	63	97	100
Portugal	...	...	...	100
Rep. Dominicana	14	25	79	100
Uruguay	...	...	...	100
Venezuela	...	7	...	100
<b>Promedio simple</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Lactancia materna exclusiva: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de infantes de menos de cuatro meses de edad que no reciben alimento o líquidos, a excepción de la leche materna.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Lograr que todas las mujeres utilicen la lactancia materna exclusiva.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 13  
**LOGROS EN LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA <sup>a</sup>**

Países	Lactancia materna complementaria		Aumento porcentual en el período	Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>
	1986/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	100
Bolivia	57	80	40	100
Brasil	28	30	7	100
Chile	...	53	...	100
Colombia	48	61	27	100
Costa Rica	...	47 <sup>c</sup>	...	100
Cuba	...	66	...	100
Ecuador	31	52 <sup>c</sup>	68	100
El Salvador	...	77	...	100
España	...	...	...	100
Guatemala	...	76	...	100
Honduras	...	69	...	100
México	36	36 <sup>c</sup>	0	100
Nicaragua	...	65	...	100
Panamá	...	38	...	100
Paraguay	61	59	-3	100
Perú	49	83	69	100
Portugal	...	...	...	100
Rep. Dominicana	24	47	96	100
Uruguay	...	...	...	100
Venezuela	...	50	...	100
<b>Promedio simple</b>	<b>42</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Lactancia materna complementaria: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1993, Nueva York, 1993 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de infantes de más de tres meses de edad que además de recibir alimento o líquidos, consumen leche materna.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Lograr que todas las mujeres, luego de la lactancia materna exclusiva, continúen con la lactancia con alimentación complementaria hasta el segundo año de vida.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.



Cuadro 14  
**LOGROS EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN <sup>a</sup>**

Países	Inmunización contra tétanos neonatal en embarazadas				Niños de un año con inmunización completa 1999				Aumento porcentual en el período				Meta CMFI al 2000 <sup>b</sup>			
	1990		1997/1999		1990		1999		TBC	DPT	Polio	Sarampión				
	TBC	DPT	Polio	Sarampión	TBC	DPT	Polio	Sarampión								
Argentina	...	36	99	87	90	93	99	88	91	97	...	0	1	1	4	90
Bolivia	20	27	48	41	50	53	95	87	89	99	35	98	112	78	87	90
Brasil	62	30	79	66	92	78	99	94	98	89	-52	25	42	7	14	90
Chile	...	...	94	97	97	81	94	94	95	95	...	0	-3	-2	17	90
Colombia	40	57 <sup>c</sup>	95	87	93	82	79	73	75	76	43	-17	-16	-19	-7	90
Costa Rica	90	...	92	95	95	90	89	86	84	89	...	-3	-9	-12	-1	90
Cuba	88	70	98	92	94	94	99	94	96	99	-20	1	2	2	5	90
Ecuador	8	34	75	80	80	98	99	80	70	99	325	32	0	-13	1	90
El Salvador	12	70	62	66	74	68	72	94	93	75	483	16	42	26	10	90
España	...	...	...	73 <sup>c</sup>	73 <sup>c</sup>	84 <sup>c</sup>	...	88 <sup>c</sup>	81 <sup>c</sup>	78 <sup>c</sup>	...	...	21	11	-7	90
Guatemala	48	38	71	84	87	90	91	86	86	93	-21	28	2	-1	3	90
Honduras	51	100	70	66	96	78	93	95	95	98	96	33	44	-1	26	90
México	42	67	84	66	87	82	99	96	96	94	60	18	45	10	15	90
Nicaragua	25	100	97	86	86	99	99	83	93	97	300	2	-3	8	-2	90
Panamá	27	...	90	79	76	70	99	92	96	73	...	10	16	26	4	90
Paraguay	58	32	83	72	73	64	87	77	74	70	-45	5	7	1	9	90
Perú	9	57	68	69	90	96	97	99	96	92	533	43	43	7	-4	90
Portugal	...	...	87	92	92	100 <sup>c</sup>	88 <sup>c</sup>	97 <sup>c</sup>	96 <sup>c</sup>	96 <sup>c</sup>	...	1	5	4	-4	90
Rep. Dominicana	24	86	100	75	77	67	90	83	84	94	258	-10	11	9	40	90
Uruguay	13	...	99	97	97	97	99	93	93	92	...	0	-4	-4	-5	90
Venezuela	...	88	74	61	71	61	96	79	82	79	...	30	30	15	30	90
<b>Promedio simple</b>	<b>39</b>	<b>59</b>	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>93</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>89</b>	<b>54</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>90</b>

**Fuente:** Inmunización de tétanos neonatal: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

Niños con inmunización completa: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la base de informes de los países y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia, 1992, Nueva York, 1992 y Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.XX.1.

<sup>a</sup> Proporción de embarazadas que han sido inmunizadas contra tétanos neonatal y proporción de niños menores de un año que han sido vacunados contra la tuberculosis (TBC), difteria, pertusis y tétanos (DPT), poliomielitis y sarampión.

<sup>b</sup> Cumbre Mundial en favor de la Infancia (CMFI): Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de vacunación (por lo menos 90% de los niños menores de un año para el año 2000) contra la difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, tuberculosis y contra el tétanos en mujeres en edad de procrear.

<sup>c</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 15  
**CRECIMIENTO ECONÓMICO E INFLACIÓN**

Países	PIB per cápita				PNB per cápita			PNB per cápita			Inflación: variación		
	(En dólares de 1995)		Variación anual (porcentaje)		(En dólares de 1999)			de 1999			promedio mensual del IPC (porcentaje)		
	1990	2000 <sup>a</sup>	1990-1995	1996-2000	1990	1999	1990-1999	en PPA	1990	1995	1999		
Argentina	5 545	5 681	2.5	0.9	5 480	7 600	3.7	11 324	24.9	0.1	-0.1		
Bolivia	833	842	1.1	0.9	845	1 010	2.0	2 193	1.4	0.8	0.3		
Brasil	3 859	3 923	1.7	0.7	3 935	4 420	1.3	6 317	26.5	1.7	0.7		
Chile	3 419	3 612	5.7	2.4	2 806	4 740	6.0	8 370	2.0	0.7	0.2		
Colombia	2 122	2 174	2.5	-1.3	2 003	2 250	1.3	5 709	2.4	1.5	0.7		
Costa Rica	2 967	3 034	2.3	3.3	2 354	2 740	1.7	5 770	2.0	1.7	0.8		
Cuba	...	...	...	...	...	1 170 <sup>b</sup>	...	...	...	...	...		
Ecuador	1 472	1 481	0.7	-2.4	1 322	1 310	-0.1	2 605	3.4	1.7	4.0		
El Salvador	1 406	1 457	3.7	1.3	1 482	1 900	2.8	4 048	1.5	0.9	-0.1		
España	...	...	...	...	11 818	14 000	1.9	16 730	0.5	0.4	0.4		
Guatemala	1 353	1 373	1.4	1.4	1 452	1 660	1.5	3 517	4.0	0.7	0.4		
Honduras	686	689	0.5	-0.3	695	760	1.0	2 254	2.6	2.0	0.9		
México	4 048	4 018	-0.8	3.9	4 059	4 400	0.9	7 719	2.2	3.6	1.0		
Nicaragua	454	450	-0.9	2.6	330	430	3.0	2 154	50.6	0.9	0.6		
Panamá	2 526	2 579	2.1	1.9	2 480	3 070	2.4	5 016	0.1	0.1	0.1		
Paraguay	1 697	1 706	0.6	-1.5	1 638	1 580	-0.4	4 193	3.1	0.8	0.4		
Perú	2 062	2 134	3.5	1.2	1 754	2 390	3.5	4 387	43.7	0.8	0.3		
Portugal	...	...	...	...	8 638	10 600	2.3	15 147	0.4	0.5	...		
Rep. Dominicana	1 410	1 444	2.4	6.3	1 377	1 910	3.7	4 653	5.0	0.7	0.4		
Uruguay	4 910	5 038	2.6	1.1	4 522	5 900	3.0	8 280	7.1	2.6	0.3		
Venezuela	3 030	3 023	-0.2	-1.5	3 874	3 670	-0.6	5 268	2.6	3.8	1.5		

Fuente: Producto interno bruto (PIB) e índice de precios al consumidor (IPC); CEPAL, sobre la base de cifras oficiales de los países.

Producto nacional bruto (PNB) y Paridad del poder adquisitivo (PPA): Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001: lucha contra la pobreza, Nueva York, Oxford University Press, septiembre de 2000.

<sup>a</sup> Estimación sobre la base de CEPAL, Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2000 (LC/G.2123-P), Santiago de Chile, diciembre de 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.138.

<sup>b</sup> Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país.

Cuadro 16  
**DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO (HOGARES)**

Países	Coeficiente de Gini <sup>a</sup>				Participación en el ingreso en 1989/1991				Participación en el ingreso en 1998/1999			
	1989/1991		1998/1999		del 40% más pobre		del 10% más rico		del 40% más pobre		del 10% más rico	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Argentina <sup>b</sup>	0.42	...	0.43	...	14.9	...	34.8	...	15.4	...	37.0	...
Bolivia	0.48	...	0.42	0.55	12.1	...	38.2	...	15.2	6.9	32.7	38.3
Brasil	0.53	0.46	0.54	0.46	10.3	14.5	41.8	38.2	10.6	14.0	45.7	40.2
Chile	0.47	0.49	0.47	0.40	13.4	13.8	39.2	45.1	13.3	16.9	39.1	40.5
Colombia	...	...	0.48	0.44	...	...	...	...	12.6	13.9	38.8	35.5
Costa Rica	0.35	0.35	0.38	0.39	17.8	17.6	24.6	24.5	16.2	15.8	27.2	28.2
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	0.38	...	0.47	...	17.1	...	30.5	...	14.1	...	36.6	...
El Salvador	...	...	0.39	0.37	...	...	...	...	16.3	15.6	29.2	25.9
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	0.48	0.43	0.44	0.44	12.1	14.4	37.9	35.1	14.7	15.2	37.5	37.9
Honduras	0.49	0.47	0.43	0.44	12.2	13.1	38.9	37.4	14.3	13.9	33.8	33.0
México	0.42	0.35	0.41	0.38	16.0	18.7	36.9	27.4	17.2	18.0	34.8	31.5
Nicaragua	...	...	0.48	0.49	...	...	...	...	12.3	10.8	39.1	37.3
Panamá	0.45	0.43	0.44	0.43	13.3	15.0	34.2	35.6	14.2	16.2	35.1	37.8
Paraguay <sup>c</sup>	0.36	...	0.40	0.45	18.6	...	28.9	...	16.5	15.1	32.8	39.4
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana <sup>d</sup>	...	...	0.43	0.39	...	...	...	...	14.8	16.5	35.5	32.6
Uruguay	0.35	...	0.31	...	20.1	...	31.2	...	21.6	...	27.0	...
Venezuela <sup>e</sup>	0.38	0.32	0.42	...	16.8	19.8	28.4	23.8	14.6	...	31.4	...

Porcentajes

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

a/ Calculado a partir de la distribución por deciles del ingreso per cápita de los hogares.

b/ Gran Buenos Aires.

c/ Asunción.

d/ Las cifras finales corresponden a 1997.

e/ Las cifras de 1999 corresponden al total nacional.

Cuadro 17  
**MAGNITUD DE LA POBREZA (HOGARES)**

Países	Magnitud de la pobreza (porcentaje)									
	1989/1991		1993/1995		1998/1999		1993/1995		1998/1999	
	Total nacional	Urbano	Rural	Total nacional	Urbano	Rural	Total nacional	Urbano	Rural	
Argentina <sup>a</sup>	...	16	...	...	12	...	...	13	...	
Bolivia	...	49	...	...	46	...	...	42	...	
Brasil	41	36	64	37	33	53	30	26	45	
Chile	33	33	34	23	23	26	18	17	23	
Colombia	50	47	55	47	41	57	49	45	56	
Costa Rica	24	22	25	21	18	23	18	16	21	
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Ecuador	...	56	...	...	52	...	...	58	...	
El Salvador	...	...	...	48	40	58	44	34	59	
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Guatemala	...	...	72	...	...	...	54	39	65	
Honduras	75	65	84	73	70	76	74	66	82	
México	39	34	49	36	29	47	38	31	49	
Nicaragua	...	...	...	65	60	79	65	59	73	
Panamá	36	34	43	30	25	41	24	21	33	
Paraguay <sup>b</sup>	...	37	...	...	42	...	52	41	65	
Perú <sup>c,d</sup>	52	45	64	41	33	56	37	25	61	
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Rep. Dominicana <sup>d</sup>	...	...	...	...	...	...	32	32	34	
Uruguay	...	12	...	...	6	...	...	6	...	
Venezuela	34	33	38	42	41	48	44	...	...	

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

<sup>a</sup> En 1990 y 1997 corresponde al Gran Buenos Aires.

<sup>b</sup> En 1990 corresponde a Asunción.

<sup>c</sup> La cifra inicial corresponde a 1986, y las restantes fueron proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

<sup>d</sup> Las cifras finales corresponden a 1997.

Cuadro 18  
**MAGNITUD DE LA POBREZA (POBLACIÓN)**

Países	Magnitud de la pobreza en zonas urbanas (porcentaje)						Magnitud de la pobreza en zonas rurales (porcentaje)							
	Población en 1989/1991			Población en 1998/1999			Población en 1989/1991			Población en 1998/1999				
	0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 19 años	0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 19 años	0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 19 años	0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 19 años		
Argentina <sup>a</sup>	21.2	33.4	32.5	23.9	39.6	39.7	29.8	...	...	...	...	...		
Bolivia	52.1	60.4	58.8	50.9	60.5	59.5	52.9	...	...	...	80.7	84.8	79.8	
Brasil	42.1	54.0	53.4	45.9	51.1	46.7	38.0	62.2	73.8	73.1	62.3	72.4	60.1	
Chile	38.2	51.9	51.6	44.4	30.3	29.5	25.6	39.3	54.4	55.2	42.0	36.4	31.6	
Colombia	52.0	65.8	65.4	56.0	64.5	63.7	55.2	60.4	70.8	68.5	59.0	73.2	62.0	
Costa Rica	24.8	33.0	32.5	27.3	27.0	25.4	20.6	27.3	34.8	37.0	25.8	29.0	19.5	
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Ecuador	61.8	70.8	71.8	65.1	72.6	73.6	67.0	...	...	...	...	...	...	
El Salvador	...	...	...	...	48.2	49.2	40.6	...	...	...	...	65.1	72.7	63.9
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Guatemala	...	...	...	...	46.0	54.8	46.4	...	...	...	...	70.0	76.6	69.0
Honduras	69.8	77.3	80.0	69.9	79.7	79.3	74.5	88.0	91.0	91.6	88.1	86.3	89.7	87.3
México	41.7	48.4	54.1	45.4	50.4	50.2	42.5	56.6	64.8	64.8	56.2	58.4	69.0	60.1
Nicaragua	...	...	...	...	64.0	73.4	66.0	...	...	...	...	77.0	82.4	77.2
Panamá	40.8	53.4	53.7	46.7	40.9	40.9	31.2	57.1	68.9	70.7	60.3	41.5	57.3	46.6
Paraguay <sup>b</sup>	42.2	55.0	50.5	45.9	61.3	60.5	52.1	...	...	...	...	73.9	83.2	75.1
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana <sup>c</sup>	...	...	...	...	35.6	44.5	46.9	38.3	...	...	...	39.4	49.3	39.9
Uruguay	17.8	34.0	31.7	24.2	9.4	22.2	18.4	12.7	...	...	...	...	...	...
Venezuela <sup>d</sup>	38.8	47.9	49.8	42.3	49.4	61.7	52.6	46.5	56.6	57.8	46.2	...	...	...

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

a/ Gran Buenos Aires, excepto para 1999 en que se considera el total urbano.

b/ Asunción, excepto para 1999 en que se considera el total urbano.

c/ Las cifras finales corresponden a 1997.

d/ En 1999 las cifras corresponden al total nacional.

Cuadro 19  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL (TOTAL)**

Países	Gasto público social* (GPS)														
	per cápita (en dólares de 1997)					como porcentaje del producto interno bruto (PIB)					como porcentaje del gasto público total (GPT)				
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000			
Argentina	1 211	1 576	1 702	17.7	19.8	21.1	62.2	65.2	63.3	...	...	...			
Bolivia <sup>a</sup>	...	147	171	...	14.6	16.5	...	54.9	57.6	...	...	...			
Brasil <sup>b</sup>	786	952	1 011	18.1	19.7	21.0	48.9	60.4	60.4	...	...	...			
Chile	440	719	862	13.0	14.4	16.5	60.8	65.9	67.3	...	...	...			
Colombia <sup>a</sup>	158	403	383	7.9	15.2	15.5	28.8	41.8	34.9	...	...	...			
Costa Rica <sup>a</sup>	476	568	633	15.7	17.0	16.5	38.9	42.2	42.6	...	...	...			
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Ecuador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
El Salvador <sup>a</sup>	...	70	83	...	3.8	4.3	...	24.9	27.5	...	...	...			
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Guatemala	52	71	...	3.3	4.3	...	29.8	42.4	...	...	...	...			
Honduras <sup>b,c</sup>	59	56	56	7.9	7.1	7.1	36.5	34.5	34.3	...	...	...			
México	259	352	432	6.4	8.5	9.4	40.8	51.9	60.1	...	...	...			
Nicaragua	48	47	71	10.8	10.9	15.3	35.4	37.0	43.2	...	...	...			
Panamá <sup>a</sup>	496	653	627	18.6	20.8	19.1	40.0	38.1	42.3	...	...	...			
Paraguay <sup>d</sup>	56	149	118	3.0	7.9	6.8	39.9	47.1	44.4	...	...	...			
Perú <sup>d,e</sup>	74	171	212	3.3	6.1	6.8	31.1	35.1	37.8	...	...	...			
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Rep. Dominicana	64	107	152	4.3	5.9	6.8	38.4	39.0	42.1	...	...	...			
Uruguay <sup>b</sup>	888	1 358	1 518	16.8	20.8	22.0	62.3	69.8	...	...	...	...			
Venezuela	337	317	335	9.0	8.3	9.5	33.9	35.5	38.5	...	...	...			

Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social de la División de Desarrollo Social.

\* Las cifras son promedios simples para los bienes considerados.

<sup>a</sup> La cifra final corresponde al año 1999.

<sup>b</sup> La cifra final corresponde al año 1998.

<sup>c</sup> La relación GPS/GPT corresponde a una estimación.

<sup>d</sup> La cifra final corresponde al año 2000.

<sup>e</sup> La cifra inicial corresponde al año 1991.

Cuadro 20  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL (SALUD)**

Países	Gasto público social (GPS) en salud*									
	per cápita (en dólares de 1997)			como porcentaje del producto interno bruto (PIB)			como porcentaje del gasto público total (GPT)			
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1999-2000
Argentina	271	358	385	4.0	4.5	4.8	13.9	14.8	14.3	14.3
Bolivia <sup>a</sup>	...	34	33	...	3.3	3.2	...	12.6	11.2	11.2
Brasil <sup>b</sup>	162	183	187	3.7	3.8	3.9	9.9	11.6	11.2	11.2
Chile	70	127	148	2.1	2.5	2.8	9.6	11.7	11.6	11.6
Colombia <sup>a</sup>	23	86	101	1.2	3.2	4.1	4.2	8.9	9.2	9.2
Costa Rica <sup>a</sup>	150	160	188	5.0	4.8	4.9	12.3	11.8	12.6	12.6
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador <sup>a</sup>	...	25	29	...	1.3	1.5	...	8.9	9.6	9.6
España	...	...	...	...	...	...	5.5	5.8	...	...
Guatemala	14	16	25	0.9	1.0	1.4	8.1	9.5	10.3	10.3
Honduras <sup>b,c</sup>	19	18	15	2.6	2.3	1.9	12.0	11.1	9.4	9.4
México	118	90	101	2.9	2.2	2.2	18.6	13.2	14.1	14.1
Nicaragua	20	18	25	4.6	4.1	5.5	15.0	14.0	15.4	15.4
Panamá <sup>a</sup>	164	210	226	6.1	6.7	6.9	13.3	12.3	15.3	15.3
Paraguay <sup>d</sup>	5	22	16	0.3	1.2	0.9	3.8	7.1	6.0	6.0
Perú <sup>d,e</sup>	15	32	39	0.7	1.2	1.3	6.2	6.5	6.9	6.9
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	14	24	37	1.0	1.3	1.7	8.6	8.9	10.2	10.2
Uruguay <sup>b</sup>	154	222	185	2.9	3.4	2.7	10.8	11.4	...	...
Venezuela	57	42	50	1.5	1.1	1.4	5.8	4.7	5.7	5.7

Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social de la División de Desarrollo Social.

\* Las cifras son promedios simples para los bienes considerados.

<sup>a</sup> La cifra final corresponde al año 1999.

<sup>b</sup> La cifra final corresponde al año 1998.

<sup>c</sup> La relación GPS/GPT corresponde a una estimación.

<sup>d</sup> La cifra final corresponde al año 2000.

<sup>e</sup> La cifra inicial corresponde al año 1991.

Cuadro 21  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL (EDUCACIÓN)**

Países	Gasto público social (GPS) en educación*								
	per cápita (en dólares de 1997)		como porcentaje del producto interno bruto (PIB)		como porcentaje del gasto público total (GPT)				
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000			
Argentina	226	339	394	3.3	4.3	4.9	11.6	14.0	14.6
Bolivia <sup>a</sup>	...	59	64	...	5.9	6.2	...	22.1	21.6
Brasil <sup>b</sup>	156	162	163	3.6	3.4	3.4	9.6	10.3	9.7
Chile	87	166	213	2.6	3.3	4.1	12.0	15.2	16.6
Colombia <sup>a</sup>	63	126	114	3.1	4.8	4.6	11.4	13.1	10.4
Costa Rica <sup>a</sup>	115	148	163	3.8	4.4	4.3	9.4	11.0	11.0
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador <sup>a</sup>	...	44	52	...	2.3	2.7	...	15.5	17.2
España	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	25	28	43	1.6	1.7	2.4	14.3	16.7	17.5
Honduras <sup>b,c</sup>	32	31	31	4.3	4.0	3.9	19.8	19.3	18.9
México	104	153	178	2.6	3.7	3.9	16.4	22.6	24.8
Nicaragua	22	21	29	5.0	4.8	6.4	16.3	16.4	17.9
Panamá <sup>a</sup>	125	180	195	4.7	5.7	5.9	10.1	10.5	13.1
Paraguay <sup>d</sup>	22	72	59	1.2	3.9	3.4	15.7	22.9	22.0
Perú <sup>d,e</sup>	28	54	62	1.3	2.1	2.2	11.7	11.2	11.1
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	17	41	62	1.2	2.3	2.8	10.5	14.8	17.3
Uruguay <sup>b</sup>	129	184	213	2.4	2.8	3.1	9.1	9.4	...
Venezuela	129	119	146	3.4	3.1	4.1	13.0	13.2	16.9

Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social de la División de Desarrollo Social.

\* Las cifras son promedios simples para los bienes considerados.

<sup>a</sup> La cifra final corresponde al año 1999.

<sup>b</sup> La cifra final corresponde al año 1998.

<sup>c</sup> La relación GPS/GPT corresponde a una estimación.

<sup>d</sup> La cifra final corresponde al año 2000.

<sup>e</sup> La cifra inicial corresponde al año 1991.



Cuadro 22  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS**

Países	Gasto público per cápita en servicios sociales básicos		Sectores (promedio 1994-1996 en dólares de 1996)			
	promedio 1994-1996 (en dólares de 1996)	Total como porcentaje del producto interno bruto (PIB)	Educación básica	Salud básica	Agua potable	
Argentina	...	...	...	...	...	
Bolivia	40	4.3	22	13	5	
Brasil	132	2.7	89	34	8	
Chile	98	2.2	83	14	1	
Colombia	101	4.7	58	38	6	
Costa Rica	103	3.9	62	39	2	
Cuba	...	...	...	...	...	
Ecuador	53	3.5	37	15	1	
El Salvador	30	1.8	20	10	(.)	
España	...	...	...	...	...	
Guatemala	19	1.2	13	6	...	
Honduras	...	...	...	...	...	
México	...	...	...	...	...	
Nicaragua	18	3.9	8	9	(.)	
Panamá	...	...	...	...	...	
Paraguay	...	...	...	...	...	
Perú	39	1.4	8	30	2	
Portugal	...	...	...	...	...	
Rep. Dominicana	19	1.2	14	6	(.)	
Uruguay	...	...	...	...	...	
Venezuela	...	...	...	...	...	

Fuente: Enrique Ganuza, Arturo León y Pablo Sauma (comps.), Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1933), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1999.

(.) Significa menos de 1 dólar per cápita.

Cuadro 23  
**INFORMALIDAD Y DESEMPLEO URBANO**

Países	Porcentaje de ocupados en el sector informal urbano		Tasa de desempleo abierto urbano	
	1989/1992	1996/1998	1990	2000
Argentina <sup>a</sup>	43.1	41.4	7.4	15.1
Bolivia	62.5	65.5	7.3	6.1 **
Brasil	40.2	46.6	4.3	7.5
Chile	39.4	37.3	9.2	9.4
Colombia	54.1	55.9	10.5	20.4
Costa Rica	37.6	39.6	5.4	5.3
Cuba	...	...	7.7*	5.8
Ecuador	54.5	53.9	6.1	14.7
El Salvador	...	...	10.0	6.7
España	...	...	16.3	13.6
Guatemala	...	...	6.0	3.8 ***
Honduras	53.2	52	7.8	5.3 **
México	39.6	43.6	2.7	2.3
Nicaragua	...	...	7.6	9.0
Panamá	37.8	33.6	20.0	15.2
Paraguay <sup>b</sup>	57.6	57.1	6.6	9.4 **
Perú	...	...	8.3	10.3
Portugal	...	...	4.7	..
Rep. Dominicana	45.1	47	19.6	13.9
Uruguay	39.5	42.5	9.2	13.4
Venezuela <sup>c</sup>	37.1	49.4	11.0	14.6

**Fuente:** Empleo en el sector informal: CEPAL, *La brecha de la equidad: una segunda evaluación* (LC/G.2096), Santiago de Chile, 2000. Desempleo abierto urbano de 1990: CEPAL, *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Edición 1998* (LC/G.2043-P), Santiago de Chile, 1999. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.1. Desempleo abierto urbano de 2000: CEPAL, *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2000* (LC/G.2123-P), Santiago de Chile, diciembre de 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.138.

\* Cifra correspondiente a 1991; \*\* Cifras correspondientes a 1999; \*\*\* Cifra correspondiente a 1998.

<sup>a</sup> Las cifras corresponden al Gran Buenos Aires, exceptuando la tasa de desempleo para la población de 15 años y más de edad.

<sup>b</sup> Las cifras corresponden a Asunción, exceptuando la tasa de desempleo para la población de 15 años y más de edad.

<sup>c</sup> La cifra de 1997 corresponde al total nacional.



