

**Los objetivos de desarrollo  
del Milenio y los desafíos para América  
Latina y el Caribe para avanzar en mayor  
bienestar, mejor capital humano y más  
igualdad de oportunidades**



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado a solicitud del Gobierno de Guyana, en ocasión de la XIX Cumbre de los Jefes de Estado y de Gobierno del Grupo de Río que tuvo lugar en Georgetown, del 28 de febrero al 3 de marzo de 2007.

El documento fue coordinado por la División de Desarrollo Social, bajo la dirección de Andras Uthoff, en colaboración con la Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, bajo la dirección de Neil Pierre, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF.

La redacción de los capítulos estuvo a cargo de Cecilia Acuña, Simone Cecchini, Rodrigo Martínez, Martín Hopenhayn, Rebecca de los Ríos, Andras Uthoff y personal técnico de UNICEF.

El documento contribuye al proyecto "Cooperación interregional para el fortalecimiento de la inclusión social, la equidad de género y la promoción de la salud en proceso de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM)," financiado por la cuenta del Desarrollo de Naciones Unidas (06/07B).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del equipo de trabajo y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.143

Copyright © Naciones Unidas, julio de 2007. Todos los derechos reservados  
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

# Índice

Introducción .....	7
I. La pobreza en América Latina y el Caribe .....	15
Introducción .....	15
1. La pobreza absoluta y los objetivos de desarrollo del Milenio .....	16
1.1. Tendencias recientes de la pobreza en América Latina.....	16
1.2. Progreso hacia el logro de la primera meta de los objetivos de desarrollo del Milenio .....	19
2. Tendencias recientes de la distribución del ingreso .....	22
3. Pobreza, mercados laborales y estructuras familiares .....	23
3.1 Evidencia a través de países y a través de deciles .....	24
3.2 La pobreza y la familia .....	25
3.3 Productividad laboral, empleo, estructura familiar y cambios en la incidencia de la pobreza a través del tiempo.....	26
4. Implicaciones para las políticas.....	26
4.1 Programas sociales para la reducción de la pobreza.....	27
4.2 Políticas de mercado laboral.....	30
4.3 Implicaciones de política para las finanzas públicas .....	32
II. El hambre y la desnutrición en América Latina y el Caribe .....	35
Introducción .....	35
1. La situación actual.....	36
1.1 Inseguridad alimentaria y subnutrición .....	37
1.2 Desnutrición .....	38
1.3 Deficiencias de micronutrientes.....	41
1.4 Los grupos más vulnerables.....	42
2. Progreso hacia las metas del hambre.....	44
2.1 Progreso en la reducción de la subnutrición .....	44
2.2 Progreso en la reducción de la desnutrición .....	46
3. La desnutrición y las políticas .....	48
3.1 Políticas y programas de alimentación.....	48
3.2 Recomendaciones de política.....	49
III. La educación en América Latina y el Caribe .....	51
1. La situación educativa en América Latina y el Caribe: visión ampliada del segundo objetivo de desarrollo del Milenio .....	51

2.	Financiamiento de la educación .....	56
3.	Calidad de la educación .....	61
4.	Los desafíos y las propuestas .....	64
IV.	La situación de salud en América Latina y el Caribe .....	67
	Introducción .....	67
1.	Panorama regional actual.....	69
1.1	Tendencias .....	69
1.2	Mortalidad en menores de 5 años .....	69
1.3	Mortalidad materna y proporción de partos atendidos por personal entrenado.....	72
1.4	Incidencia de VIH/SIDA .....	74
1.5	Incidencia de malaria, TBC y otras enfermedades.....	76
2.	Políticas a desarrollar para el logro de los ODM correspondientes a salud .....	79
2.1	La Agenda de Salud para la Américas: un compromiso político para alcanzar las metas del Milenio .....	79
V.	Situación y retos de la infancia y la adolescencia .....	83
	Introducción .....	83
1.	La prioridad de los niños y las niñas para el logro de los ODM. ....	84
1.1	Promover un buen comienzo en la vida para los niños y niñas.....	84
1.2	Ayudar a lograr la supervivencia y el desarrollo pleno de la niñez.....	84
1.3	Contribuir a que los niños, niñas y adolescentes, reciban una educación de buena calidad, que aprendan y terminen sus estudios .....	85
1.4	Cooperar para crear entornos de protección a favor de la infancia.....	85
1.5	Promover el derecho a conocer y protegerse del VIH/SIDA .....	86
1.6	Promover una mayor y más equitativa inversión a favor de la infancia y la adolescencia.....	86
1.7	Ayudar a que los niños, niñas y adolescentes, reciban una atención inmediata y priorizada durante situaciones de emergencias.....	87
2.	Acciones estratégicas para superar las amenazas.....	87
2.1	VIH/SIDA .....	87
2.2	Desnutrición crónica.....	88
2.3	Disparidad y exclusión social.....	88
2.4	Emergencias .....	89
3.	Los adolescentes: sujetos de derecho y materia de atención en un continente joven.....	90
3.1	Situación demográfica.....	91
3.2	La educación de los adolescentes.....	92
3.3	Los retos que afrontan los adolescentes .....	92
	Bibliografía .....	95

### Índice de Gráficos

Gráfico 1	AMÉRICA LATINA: TENDENCIAS DE LA POBREZA E INDIGENCIA, 1980-2006.....	16
Gráfico 2	AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PROGRESO EN LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA ENTRE 1990 Y 2006.....	20
Gráfico 3	AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): TASAS DE CRECIMIENTO DEL PIB PER CÁPITA REQUERIDAS PARA REDUCIR LA TASA DE POBREZA EXTREMA DE 1990 PARA EL 2015.....	21
Gráfico 4	AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): CAMBIOS DEL COEFICIENTE DE GINI, 1990, 1998/1999-2003/2005.....	23
Gráfico 5	AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): TASAS DE INDIGENCIA Y DE POBREZA NO INDIGENTE, POR TIPO DE HOGAR Y FAMILIA, ÁREAS URBANAS, 2002 .....	25
Gráfico 6	AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE DESNUTRICIÓN (BAJA TALLA PARA LA EDAD), SUBNUTRICIÓN Y POBREZA EXTREMA.....	37
Gráfico 7	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): PROVISIÓN DE ENERGÍA DIETÉTICA (DES) Y PERSONAS MOSTRANDO SUBNUTRICIÓN 2000-2002.....	38
Gráfico 8	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): BAJO PESO AL NACER, 1990-2001 .....	39

Gráfico 9	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (28 PAÍSES Y TERRITORIOS): BAJO PESO PARA LA EDAD (DESNUTRICIÓN GLOBAL) EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS 1996-2002 .....	40
Gráfico 10	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES) BAJA TALLA PARA LA EDAD (DESNUTRICIÓN CRÓNICA) EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, 1996-2003 .....	41
Gráfico 11	PAÍSES ANDINOS: PREVALENCIAS REGIONALES DE BAJO PESO Y BAJA TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, 1998-2000 .....	43
Gráfico 12	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (32 PAÍSES): PROGRESO HACIA LA META DE NUTRICIÓN DEFICIENTE.....	45
Gráfico 13	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES): PROGRESO HACIA LA META DE DESNUTRICIÓN – BAJO PESO .....	47
Gráfico 14	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (26 PAÍSES): CONCLUSIÓN DE PRIMARIA, POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD .....	52
Gráfico 15	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): TASA NETA DE MATRÍCULA EN PRESCOLAR.....	53
Gráfico 16	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES): CONCLUSIÓN DE SECUNDARIA, POBLACIÓN DE 20 A 24 AÑOS ED EDAD .....	55
Gráfico 17	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (22 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN COMO PROPORCIÓN DEL PIB .....	58
Gráfico 18	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (14 PAÍSES): COSTOS ANUALES ASOCIADOS A ALUMNOS REPITENTES COMO PORCENTAJE DEL PIB.....	61
Gráfico 19	PORCENTAJE DE CONCLUSIÓN DE LA SECUNDARIA TOTAL Y DESAGREGADO PARA MUJERES, QUINTIL MÁS POBRE DE INGRESOS, RESIDENTES RURALES Y ETNIAS, 8 PAÍSES (2001-2004) .....	64
Gráfico 20	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS .....	71
Gráfico 21	DESCENSO ANUAL PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS .....	72
Gráfico 22	MUERTES MATERNAS EVITABLES.....	73
Gráfico 23	ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA .....	74
Gráfico 24	ESTIMACIONES DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER AL 2010 EN POBLACIONES CON O SIN SIDA EN PAÍSES DEL CARIBE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990 y 2002 .....	75
Gráfico 25	DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE MALARIA, EN GRUPOS DE PAÍSES CLASIFICADOS DE ACUERDO A SU PIB PER CÁPITA, EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990, 2001 Y 2002 .....	77
Gráfico 26	DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS, EN GRUPOS DE PAÍSES CLASIFICADOS DE ACUERDO A SU PIB PER CÁPITA, EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990-1995 Y 1997-2002 .....	78
Gráfico 27	DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS .....	80

### Índice de cuadros

Cuadro 1	AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): POBRES E INDIGENTES 1989/1995-2003-2005 .....	18
Cuadro 2	CARIBE (21 PAÍSES Y TERRITORIOS): POBRES E INDIGENTES, 1989-2005.....	19
Cuadro 3	CARIBE (5 PAÍSES): ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL .....	22
Cuadro 4	NÚMERO DE AÑOS DE ESTUDIO REQUERIDOS PARA TENER UNA PROBABILIDAD DE ESTAR EN LA POBREZA IGUAL O INFERIOR AL PROMEDIO DE CADA PAÍS ENTRE OCUPADOS DE 20 A 29 AÑOS DE EDAD .....	54
Cuadro 5	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (22 PAÍSES): ESTIMACIÓN GLOBAL DEL COSTO TOTAL Y ADICIONAL PARA CUMPLIR LAS CUATRO METAS EDUCATIVAS DEL AÑO 2015 .....	57
Cuadro 6	GASTO POR ALUMNO Y SALARIOS DOCENTES: PAÍSES DE AMÉRICA LATINA VS. EUROPA OCCIDENTAL Y NORTEAMÉRICA .....	59



## Introducción

En los albores de este nuevo siglo, la comunidad internacional retomó la agenda de desarrollo con una visión integral, y en septiembre del 2000, 147 Jefes de Estado y de Gobierno y 189 Estados Miembros de Naciones Unidas firmaron un nuevo pacto global para el desarrollo cuya expresión política quedó reflejada en la Declaración del Milenio. En esta Declaración, se establecieron los fundamentos de una agenda de desarrollo basada en valores que redefinen profundamente las relaciones internacionales para el siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad común pero diferenciada<sup>1</sup>.

Un año más tarde, en la 56ª Sesión de la Asamblea General, el Secretario General presentó una Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio (A/56/326), en donde propone una desagregación de las secciones III y IV de dicha Declaración en 18 metas y 48 indicadores que se constituyeron en lo que se conoce como los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).<sup>2</sup> Con el fin de establecer un sistema estable y homogéneo de seguimiento, se fijaron dichas metas cuantitativas y temporales bajo el reconocimiento de que la supervisión cuantitativa es más fácil para algunas metas que para otras. De este modo, los ODM se han convertido en la carta de navegación del Sistema de Naciones Unidas para lo cual se le solicitó al Secretario General establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para apoyar a los Estados Miembros, tanto al nivel nacional como regional y global con miras a lograr una definición más clara de responsabilidades entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil.

Con ello se ha generado un consenso internacional en torno a la idea de que el sistema económico debe ser compatible y consistente con objetivos sociales amplios, que además encarnan la realización de los derechos económicos, sociales y culturales. En este marco, se requieren esfuerzos sostenidos para que los países en desarrollo puedan cumplir a cabalidad sus compromisos, redistribuyendo y movilizándolo más recursos internos, reformando las instituciones

---

<sup>1</sup> Véase Resolución aprobada por la Asamblea General. 55/2. Declaración del Milenio. Documento A/RES/55/2.

<sup>2</sup> La Sección III, titulada “El desarrollo y la erradicación de la pobreza”, y la IV, “Protección de nuestro entorno común”, se centran en cómo lograr el desarrollo sostenible mediante la erradicación de la pobreza y hacen hincapié en la importancia de reducir a la mitad el número de personas que viven con menos de 1 dólar por día. Todo esfuerzo encaminado a conseguir el desarrollo sostenible exige una acción coordinada para reducir la pobreza y encontrar soluciones a los problemas del hambre, la malnutrición y las enfermedades. Para avanzar en este proceso, los países en desarrollo necesitarán el compromiso político y financiero de los Estados más ricos.

para adaptarlas a las prioridades nacionales y adoptando políticas económicas y sociales efectivas que cada país pueda hacer propias y que estimulen el crecimiento económico.

Los países de América Latina y el Caribe enfrentan tales desafíos con evidentes contrastes. El recorrido de las últimas décadas muestra, en general, un pobre desempeño en crecimiento del ingreso per cápita (muy por debajo del ritmo exhibido por los países de la OCDE y el Sudeste Asiático). Lo mismo ocurre en relación a la reducción de la pobreza y a la distribución del ingreso. Mayor convergencia con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se observa, en cambio, en la disminución de la mortalidad infantil, la expansión de la expectativa de vida y el acceso a servicios básicos. En educación los resultados son positivos en cuanto a la expansión casi universal de la asistencia al nivel primario, pero con claros rezagos en logros en el nivel secundario, en la calidad de la educación medida por aprendizajes efectivos y en la equidad en logros.

En lo económico, la divergencia en términos de producto por habitante entre la región y el mundo desarrollado se registra desde inicios de la década de los años 70 y continuó aumentando en los últimos años.<sup>3</sup> La recuperación del crecimiento a partir del 2004, si bien positiva, no revierte la situación descrita. Esto se da, además, en un contexto de aumento del desempleo y la informalidad, al menos hasta el 2004. Esto, sumado a la mayor flexibilidad de los mercados de trabajo asociada a la apertura y a las reformas, tuvo un impacto crítico sobre la protección social. En el Caribe en particular los avances se ven limitados por importantes desastres naturales.<sup>4</sup>

La región muestra una enorme rigidez que caracteriza la desigualdad en la distribución del ingreso, factor que indudablemente limita las posibilidades de avanzar hacia el objetivo de reducción de la pobreza extrema y el cumplimiento de las metas del milenio. Esta desigualdad de ingresos es reflejo de lo que ocurre con una también muy desigual distribución de los activos, principalmente tierra, capital, educación y tecnología. Así, una de las condiciones para mejorar la distribución del ingreso es mediante la redistribución de los activos productivos. La evidencia también demuestra que una buena distribución de activos, que genere un universo de pequeñas empresas sólidas, está asociada a una mejor distribución del ingreso y a una menor concentración del poder en general. Por lo tanto, las políticas destinadas a democratizar el acceso a los activos productivos –capital, tecnología, capacitación y tierras– son imprescindibles, tanto en términos de crecimiento como de equidad. Cuando se trata del capital humano, esta redistribución sólo puede hacerse de manera gradual, a lo largo del tiempo, a través de la educación, la nutrición y la salud.

También es fundamental lograr mayores niveles de estabilidad macroeconómica, en un sentido amplio del término, que incluye no sólo control fiscal y bajos niveles de inflación, sino también estabilidad del crecimiento económico y de las cuentas externas. La experiencia indica que lograr estabilidad de precios o el rápido crecimiento con rezago cambiario resulta a la larga costoso, al igual que políticas procíclicas que agudizan los efectos de los ciclos financieros internacionales sobre las economías o una aplicación demasiado estrecha de los objetivos de estabilización de precios, que ignore otras dimensiones de estabilidad y los costos de transición

---

<sup>3</sup> En el período 1990-2004, la tasa promedio anual de crecimiento del PIB fue de tan solo 2,7%, es decir alrededor de la mitad del 5,5% correspondiente al período 1950-1980. Al mismo tiempo, el desempeño de América Latina y el Caribe en los años noventa fue claramente inferior al de otras regiones en desarrollo, especialmente el sudeste de Asia que se expandió a una tasa promedio del 6%.

<sup>4</sup> Después del huracán Iván en 2004, los países del Caribe comprobaron su enorme vulnerabilidad a los desastres naturales, ya que el sector que más contribuye al crecimiento del PIB (el turismo) se detuvo completamente. Los análisis socio-económicos de la CEPAL encontraron que tanto los países desarrollados como los países en vías de desarrollo del Caribe habían sufrido serios efectos y repercusiones sociales. Los daños a la infraestructura turística y del sector privado tuvieron importantes consecuencias sobre el PIB, el desempleo, la vivienda, la salud y la educación.



que pueden generar las políticas anti-inflacionarias. Todo ello termina afectando sobre todo las condiciones de vida y los activos de los grupos de menores ingresos.

En este contexto, es urgente consolidar sistemas que permitan una coordinación entre las autoridades económicas y sociales, en las que las prioridades sociales se incorporen en el centro del diseño de la política económica. Dados los niveles de pobreza excesivos para nuestro nivel de desarrollo, los rezagos en capital humano y las enormes desigualdades sociales y productivas, se requiere una política integral, que combine una política social de corte universal y redes de protección de carácter compensatorio, con una política económica que incorpore explícitamente objetivos sociales en su diseño.

La experiencia internacional y la propia historia de la región indican, en efecto, que el desarrollo social debe concebirse como el producto de tres factores básicos: (1) una política social de largo plazo, destinada a incrementar la equidad y garantizar la inclusión; (2) un crecimiento económico estable que genere un volumen adecuado de empleos de calidad y un ambiente favorable para el progreso de las pequeñas empresas; y (3) una reducción del dualismo interno de los sectores productivos, que reduzca las brechas productivas entre distintas actividades económicas y entre distintos agentes productivos.

Dada la innegable relación existente entre desarrollo económico y social, es indispensable diseñar marcos integrados de política. Estos marcos deben considerar explícitamente la relación entre desarrollo y equidad, pero también las que existen al interior de las políticas sociales, las cuales tienen un papel estratégico para encarar la pobreza y la desigualdad, atender la vulnerabilidad social vinculada con la volatilidad económica, y enfrentar los rezagos en capital humano que frenan el crecimiento económico.

Es en esta inflexión del desarrollo, y de los grandes desafíos recién planteados, que cabe considerar el avance de los ODM en los países de la región (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005). En el 2005 (Ibíd.) se evaluaron las posibilidades de cumplimiento de cada una de las metas del Milenio a partir de la evolución de los indicadores básicos desde inicios de la década pasada hasta el presente. Se destacaron, también, las notables diferencias entre los países de la región en cuanto a sus posibilidades de alcanzar dichas metas a partir de un ejercicio de proyección de tendencias y pronóstico sobre qué países están en una “trayectoria” hacia el cumplimiento de las mismas y cuáles muy probablemente no las lograrían en el año 2015 si se mantuvieran las tendencias observadas.

Ya en el documento del 2005 (Ibíd.) se mostraba que, en el caso de las metas sobre pobreza extrema y hambre, que el número de años que se requiere para alcanzarlas se reduce significativamente si el crecimiento económico fuera acompañado por una mejor distribución de sus frutos. En este sentido, un aspecto muy crucial de las inequidades características de la región es el hecho que las desigualdades de acceso al bienestar entre las personas están determinadas en gran medida por las características de su hogar de origen. El impacto negativo que ejerce en las oportunidades de bienestar una constelación de factores (bajo ingreso del hogar, baja educación de los padres, falta de acceso a servicios básicos, etc.) es muy incidente en las primeras etapas de la vida de los menores, con lo cual se limitan temprana y a veces irreversiblemente sus posibilidades de acceder al bienestar. La desnutrición crónica que afecta en promedio a uno de cada cinco niños en la región y que está asociada a la condición de extrema pobreza de sus hogares, así como la diferencia en logros educativos según la condición socio-económica de los hogares, son tal vez los ejemplos más claros. Así, la pobreza y la desigualdad se transmiten de una generación a la siguiente. En consecuencia, las políticas públicas no sólo deben ser integradas, eficientes en el uso de los recursos y eficaces en términos de los objetivos que persiguen, sino que deben además privilegiar las acciones tendientes a inhibir los mecanismos de

transmisión intergeneracional de las desigualdades y evitar sus peores efectos en las primeras etapas del ciclo de vida.

El presente documento retoma algunos de los planteos hechos en el informe referido (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005). Avanza en el tipo de problemas y desafíos que la región enfrenta en cinco áreas inscritas en los ODM o fuertemente relacionadas con los mismos, y propone recomendaciones para los gobiernos y países de la región en dichas áreas, a saber: pobreza, desnutrición infantil, educación, salud e infancia. A continuación se presenta una síntesis de lo que se plantea en dichos ámbitos a lo largo del documento.

## **En relación a la pobreza**

Si bien la incidencia de la pobreza en América Latina se redujo en los últimos cuatro años en consistencia con el mayor crecimiento del PIB per cápita, el pobre desempeño económico promedio de las dos décadas anteriores ha incidido en la persistencia de tasas muy altas de pobreza. Además, la pobreza ha sido refractaria al crecimiento en dicho período debido a que los determinantes de pobreza han seguido una tendencia contracíclica, y sobre todo a que la distribución del ingreso no mejora y es la más desigual entre todas las regiones del mundo. Así, actualmente el ingreso per cápita se sitúa 15% por encima del registrado hace 25 años, mientras la incidencia de pobreza recién empieza a recuperarse respecto del nivel de comienzos de los años 80 del siglo pasado y, sumado al crecimiento demográfico, lleva a que se hayan sumado 70 millones de nuevos pobres respecto de dicho período.

Para avanzar en la reducción de la pobreza y extrema pobreza conforme al primer objetivo de desarrollo del Milenio, una mejor distribución del ingreso permitiría el logro fijado con menores tasas de crecimiento, o bien traducir las tasas actuales en ritmos más veloces de disminución de la incidencia y el volumen de pobres. Revirtiendo la tendencia histórica, es necesario, además, que el gasto social no siga la tendencia pro-cíclica, según la cual aumenta en tiempos de bonanza y disminuye en fases de estancamiento o depresión económicas, y que asuma una tendencia contra-cíclica para mitigar el impacto negativo de los ajustes y de la volatilidad sobre los sectores con menores activos.

Factores claves que afectan la pobreza son la baja productividad laboral de los grupos en los deciles más bajos, asociados a empleos de baja calidad, y estructuras familiares con altas tasas de dependencia, precisamente en dichos sectores. Con ello, la distribución en las familias pobres de bajos ingresos, con baja participación laboral, redundará en muy bajos ingresos per cápita. Por lo mismo, es necesario incrementar simultáneamente la productividad laboral y la tasa de participación en las familias en condición de pobreza.

Por otro lado es indispensable contar con políticas en el campo de la oferta y de la demanda de trabajo, generando mayores empleos productivos y capacitando a los sectores pobres para insertarse con mejores niveles de ingreso en el mercado laboral. Es necesario articular políticas de corto plazo, sobre todo de transferencias a los sectores pobres, con políticas de largo plazo que implican potenciar su capital humano. Hay experiencia reciente que buscan conjugar ambos niveles, mediante programas de transferencias monetarias condicionadas a la continuidad escolar y la atención de salud y nutrición de niños y niñas de los hogares beneficiarios. Finalmente, es necesario actuar sobre dos aspectos fundamentales de las finanzas públicas: el del nivel y la estructura tributaria, en un esquema progresivo en términos de distribución de los aportes; y en el monto y estructura del gasto social, con los mismos fines de distribución en beneficio de los sectores de menores ingresos.

## En relación a la desnutrición infantil

La situación nutricional es un indicador más de las desigualdades sociales prevalecientes en América Latina y el Caribe; y es a la vez causa y consecuencia de la pobreza. Aun cuando los países muestran avances importantes en los últimos años para alcanzar las metas definidas en los ODM, el esfuerzo debe seguir para cubrir todo el camino. En la región, mientras la producción de bienes e insumos alimentarios triplica los requerimientos energéticos de la población, 52 millones de personas tienen un acceso insuficiente a los alimentos, 7,3% de los niños y niñas menores de 5 años tenía insuficiente peso para la edad y 15,6% presentaba baja talla. Paradójicamente, al mismo tiempo la región muestra un aumento progresivo de los problemas de sobrepeso y obesidad.

El panorama es muy heterogéneo, con una gran diversidad de situaciones entre y dentro de los países. Estas diferencias se expresan tanto en la intensidad en que se presentan los distintos factores de vulnerabilidad alimentaria, como en las distintas etapas de las transiciones demográficas y epidemiológicas que coexisten en la región. En este contexto, los más vulnerables son las minorías étnicas (indígenas y afrodescendientes) en situación de pobreza, que están expuestos a altos riesgos medioambientales y que viven en zonas rurales, aun cuando el mayor volumen se presenta en las zonas periféricas de las grandes urbes.

Para avanzar en la erradicación definitiva del flagelo del hambre y la desnutrición se deben tener presente dos elementos centrales. Primero, considerando la fuerte interacción que existe entre las distintas fuentes de vulnerabilidad (como salud, nutrición, educación, vivienda, trabajo y medioambiente), durante los últimos años se ha llegado a un relativo consenso en la necesidad de orientar las acciones de una manera integral y participativa, procurando invertir el círculo vicioso del hambre y la pobreza en un círculo virtuoso que potencie las sinergias que se generan entre los sectores al analizar y trabajar de manera conjunta. Segundo, considerando el efecto crucial que tiene en el ciclo de vida, la lucha contra la desnutrición (particularmente la crónica) requiere esfuerzos y compromisos sostenidos en el tiempo, con políticas de Estado integrales que focalicen las intervenciones en los menores de tres años de edad, mujeres embarazadas y en período de lactancia.

## En relación a la educación

Si bien la cobertura de educación primaria es cercana a la universal en la región, se hace necesario complementar este segundo ODM con metas más ambiciosas. No sólo porque es corta la brecha para alcanzar este ODM, sino sobre todo porque la educación primaria es claramente insuficiente en los países de América Latina y el Caribe si se espera que sirva de palanca para salir de la pobreza, aumentar la productividad, reducir las desigualdades sociales y transitar hacia la sociedad de la información.

De acuerdo a estimaciones de CEPAL y UNESCO realizadas en el 2004, y con base en datos del 2000, los recursos totales necesarios para cumplir las metas educacionales al año 2015 ascendían a casi 149.000 millones de dólares para un total de 22 países de la región, en el lapso 2000-2015. Ello requiere combinar mayor eficiencia en el uso de recursos disponibles, así como expandir los recursos públicos y privados.

Además es fundamental mejorar la calidad de la educación, medida principalmente por los aprendizajes efectivos, y que de acuerdo a la información de pruebas estandarizadas muestra todavía enormes deficiencias. Relevancia, pertinencia y equidad son los tres ejes que deben orientar las mejoras en la calidad. En este terreno subsisten fuertes desigualdades en perjuicio de

alumnos de minorías étnicas, de familias pobres y de zonas rurales, lo que demanda políticas que apunten a revertir tales brechas prestando especial apoyo técnico y financiero a las escuelas que atienden a dichos grupos.

Dada esta situación, se plantean desafíos en cuatro niveles para avanzar hacia una educación de calidad para todos, con propuestas específicas en cada ámbito. El primer desafío es ampliar el acceso a la educación desde la fase pre-escolar hasta la secundaria, la permanencia en el sistema y la conclusión de los ciclos. El segundo es garantizar logros básicos de aprendizaje equivalentes a todas las personas, lo que derivará en un mayor y mejor impacto social, detectando y abordando los factores críticos que limitan la calidad de la oferta pedagógica. El tercero es garantizar que las oportunidades educacionales sean distribuidas en forma equitativa a toda la población y en todos los niveles escolares, y evitar que la expansión de los niveles más altos de educación se lleve a cabo sacrificando una educación primaria universal de buena calidad. Y el cuarto es mejorar la eficiencia de los sistemas de educación, entendida como la optimización del uso de recursos para elevar el nivel educacional y el aprendizaje efectivo de la población.

## En relación a la salud

Tres de los ocho objetivos y siete de las dieciocho metas del Milenio se refieren explícitamente a los temas de salud. A pesar de la heterogeneidad de condiciones e instituciones relacionadas con este tema, se encuentran denominadores comunes en relación con la cobertura, el acceso a los servicios básicos y en materia de protección social en salud en los países de la región. Así, el derecho a la salud en el marco de los ODM ha colocado la inversión en la salud en el centro del desarrollo social. Las grandes inequidades existentes en el acceso y utilización de servicios de salud así como en los resultados de salud plantean la necesidad de desarrollar un abordaje específico para reducir las brechas de equidad existentes en salud como condición para alcanzar los ODM relacionados con salud.

En este contexto, los países de la región deben concentrar sus esfuerzos en seis ámbitos. En primer término, el esfuerzo supone avanzar más rápidamente hacia una considerable reducción de las inequidades en los resultados de salud y en el acceso a servicios básicos. En segundo lugar implica un progreso importante en materia de protección social en salud, sin la cual no es posible extender la cobertura de las intervenciones más críticas que requiere la situación de salud de la población. En tercer término requiere de un incremento en los actuales niveles de gasto público y privado combinado y una mejora sustancial en la asignación de recursos sectoriales con el fin de mejorar la infraestructura de la provisión de servicios de salud y el acceso al agua potable y saneamiento, lo cual a su vez tendría un impacto relevante en la salud primaria de las comunidades. En cuarto lugar, demanda una reorientación de los servicios de atención a la salud con base en una estrategia renovada de atención primaria en salud. En quinto término requiere de un fortalecimiento sostenido de la infraestructura en salud pública. Por último, en sexto lugar, precisa del avance en la formulación y puesta en práctica de políticas y acciones intersectoriales que tengan incidencia efectiva sobre los determinantes económicos y sociales de las metas de salud contenidas en los ODM.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que se encuentra actualmente en proceso de elaboración y discusión por los estados miembros de OPS/OMS, será la herramienta estratégica que guiará la respuesta de los países de la región a estos desafíos.

## **En relación a la infancia**

Los ODM representan una oportunidad para centrar la voluntad política en lograr el cumplimiento de los derechos de las personas, en especial de aquellos que constituyen la principal reserva de capital humano destinada a asumir el relevo generacional en las tareas que impone el desarrollo social, económico y político: los niños, niñas y adolescentes. Esto es particularmente importante en América Latina y el Caribe, una región todavía joven, en la cual el 37% de los 576,5 millones de habitantes son niños, niñas y adolescentes. Niños, niñas y adolescentes cuyo desarrollo y cuya realización de los derechos están amenazados por la situación de pobreza que afecta a 209 millones de latinoamericanos y caribeños.

Garantizar los derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño significa promover un buen comienzo en la vida de niños y niñas, asegurando que todos sean registrados inmediatamente después de su nacimiento, tengan acceso a una buena atención de salud, a una nutrición adecuada, a agua potable y a saneamiento seguro. Significa también sentar las bases para el aprendizaje y los logros escolares y protegerlos contra la violencia, el abuso, el abandono, la explotación y la discriminación.

Los Estados deben desarrollar políticas públicas que permitan proteger a los niños y niñas de enfermedades que pueden prevenirse, impulsar la inmunización contra las enfermedades infantiles más comunes, y apoyar programas de educación dirigidos a adolescentes y jóvenes para prevenir y reducir la transmisión del VIH/SIDA. Otra prioridad debe ser la promoción de una educación de buena calidad, considerando de manera especial a los niños y niñas indígenas, trabajadores y a los afectados por la violencia y las discapacidades. Asimismo, es de fundamental importancia proteger a los niños, niñas y adolescentes contra el abandono, el trabajo infantil, la explotación sexual comercial y la violencia en los hogares, escuelas, instituciones y comunidades.

Para lograr todos estos objetivos, se requiere una mayor y más equitativa inversión social. En este sentido, es necesario que los compromisos políticos se transformen en decisiones de política pública presupuestaria que asignen recursos al cumplimiento de los derechos de la infancia y adolescencia.

## **La necesaria interdependencia**

Cabe enfatizar, finalmente, que es necesario reforzar sinergias y complementariedades en los distintos ámbitos que aquí se abordan. Las mejoras en educación tienen impactos directos en la disminución de la desnutrición y mortalidad infantiles, e inversamente, la reducción de la desnutrición infantil mejora la equidad en las condiciones de acceso y las trayectorias esperadas en educación. En general, salud y educación se refuerzan recíprocamente y permiten saltos en capital humano, que a su vez pueden generar mayor igualdad de oportunidades en el mundo laboral, y promover mayor crecimiento económico, lo que a su vez incide positivamente en la reducción de la pobreza. Por otra parte el crecimiento económico es condición necesaria para contar con mayores recursos para invertir en mejoras en salud y en educación; y es también importante que dicho crecimiento contemple políticas activas en materia de empleo, dado el impacto favorable que tienen la mayor productividad del trabajo y la mayor población ocupada en relación a la población total sobre la reducción de la pobreza.

Los problemas y los desafíos están planteados. Reclaman el compromiso de los gobiernos, así como de la sociedad civil y de la cooperación internacional. Requieren de instituciones sólidas y eficaces para avanzar, respaldadas por pactos sociales que infundan legitimidad y continuidad a las acciones y las políticas. Y de acuerdos entre países que promuevan y refuercen compromisos hacia adentro y hacia afuera.



# I. La pobreza en América Latina y el Caribe

## Introducción

La incidencia de pobreza en América Latina está bajando luego de la recuperación económica de los últimos cuatro años (2003-2006). De hecho, la región ha mostrado su mejor desempeño económico en 25 años. El progreso en la reducción de la pobreza responde a tasas de desempleo decrecientes – debido primariamente a un fuerte aumento en el número de empleos – y también a una mejor distribución del ingreso en varios países.

Esta buena noticia con respecto al panorama social (CEPAL, 2006a) no debe impedir ver dos resultados subyacentes. En primer lugar, una respuesta constante y negativa de la incidencia de pobreza al crecimiento del PIB, la cual provee evidencia de la existencia de fuertes fuerzas contracíclicas que operan a través de los factores determinantes de la pobreza. Segundo, grandes respuestas *ratchet* de la incidencia de pobreza a los niveles del PIB per cápita, lo cual provee evidencia de cambios importantes en los factores estructurales que vinculan la incidencia de la pobreza con el nivel de desarrollo económico medido en términos de producción per cápita.

Este capítulo explora, de manera preliminar, las implicaciones de los susodichos resultados para las políticas. Mientras la buena noticia es que la incidencia de pobreza está disminuyendo debido al crecimiento económico, la mala noticia es que la tendencia es mucho menos sensible que aquella experimentada cuando la pobreza aumentó. Hoy día, el ingreso per cápita es casi 15% mayor que hace 25 años. Sin embargo, la incidencia de la pobreza apenas ha vuelto al nivel relativo mostrado a comienzos de los años ochenta y, debido al crecimiento demográfico, hay setenta millones de pobres adicionales.

Las lecciones para la política pública son bien claras. Las crisis económicas y financieras tienen costos de los cuales no se debe hacer caso omiso. Luego de las crisis de la deuda, no sólo cayó la producción sino mucho peor ha sido el aumento de la incidencia de pobreza. El dato pertinente es que la producción se ha recuperado mucho más rápido que la reducción de la pobreza. En términos de este último indicador, se han requerido 25 años para llegar a la situación previa a la crisis de la deuda, mientras se necesitaron 16 años para recuperar el nivel de producción per cápita. Siendo así las cosas, la política social no puede compensar la vulnerabilidad económica real, especialmente cuando las políticas de estabilización dependen de recortes importantes del gasto social público, y soluciones privadas y de mercado sin buena reglamentación excluyen una gran parte de la población de las prestaciones sociales.

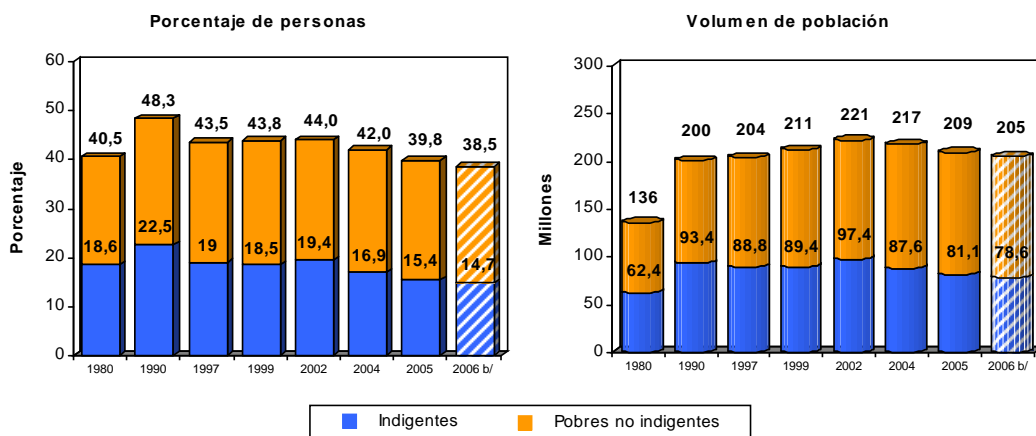
# 1. La pobreza absoluta y los objetivos de desarrollo del Milenio

## 1.1. Tendencias recientes de la pobreza en América Latina

Una mirada de largo plazo a las tendencias de la pobreza muestra que la región ha tomado 25 años para reducir la pobreza a los niveles de 1980. Por lo tanto, no se debe permitir que el progreso alentador visto recientemente opaque el hecho de que los niveles de pobreza siguen muy altos y que la región aún tiene una gran tarea por delante.

Según el último panorama social (CEPAL, 2006a) en el 2005 el 39,8% de la población de la región vivía en situación de pobreza, y el 15,4% de la población era extremadamente pobre o indigente. Así, los pobres sumaban 209 millones en total, de los cuales 81 millones eran indigentes (véase el gráfico 1). Por primera vez luego de 25 años, la incidencia de la pobreza es similar a las cifras anteriores a la crisis de la deuda, pero representa 70 millones de habitantes adicionales debido al crecimiento demográfico. Se espera que en el 2006 disminuya el porcentaje de pobres en poco más de un punto porcentual, a 38,5%, y el porcentaje de indigentes en alrededor de medio punto porcentual, a 14,7%. Si se logran estos resultados, el número de pobres e indigentes disminuiría nuevamente, a 205 millones y 79 millones, respectivamente.

**GRÁFICO 1**  
**AMERICA LATINA: TENDENCIAS DE LA POBREZA E INDIGENCIA, 1980-2006<sup>a</sup>**



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

<sup>a</sup> Estimación para 18 países de la región, más Haití. Las cifras mostradas sobre la sección naranja de las barras representan el porcentaje y número total de pobres (indigentes más pobres no indigentes).

<sup>b</sup> Proyecciones.

Así que los últimos cuatro años (2003-2006) han visto el mejor desempeño de América Latina, en términos de indicadores sociales, en 25 años. Por primera vez la tasa de pobreza está por debajo de la cifra de 1980, y las nuevas cifras muestran una reducción de los números absolutos de pobres e indigentes por tercer año consecutivo, lo cual no tiene precedentes en la región. Como resultado de ello, el número proyectado de pobres para el 2006 debería ser similar al de 1997, recuperando así el nivel observado antes de la crisis asiática. La reducción de la



pobreza e indigencia en los años recientes se debe en parte al mejoramiento del crecimiento económico en la región. El segundo factor que subyace a las tendencias positivas de la pobreza e indigencia es el cambio distributivo en algunos países.

Como se puede ver en el cuadro 1, varios países latinoamericanos muestran reducciones en las tasas tanto de pobreza y de indigencia en comparación con mediciones hechas alrededor del 2000 y 2002. Las mayores mejoras se vieron en Argentina, donde representaron una recuperación de la severa crisis que golpeó al país en los primeros años de esta década, y la República Bolivariana de Venezuela, que experimentó una fuerte caída del PIB per cápita en el 2002 y 2003 pero, en la posterior recuperación, pudo llegar a una situación mejor que la de antes de la crisis. Entre 2000-2002 y 2003-2005, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú también vieron fuertes reducciones de los niveles de pobreza. El porcentaje de indigentes disminuyó significativamente en estos países, así como también en Bolivia, Brasil, Costa Rica, El Salvador y Panamá. En el otro extremo, la República Dominicana y Uruguay son los únicos países donde las tasas de pobreza e indigencia empeoraron entre el 2002 y 2005. Entre el 2002 y 2004, ambos países registraron un deterioro significativo de los niveles de calidad de vida, junto con un aumento de la tasa de pobreza, de casi diez puntos porcentuales en la República Dominicana y de poco menos de seis puntos en Uruguay. Después, entre el 2004 y 2005, los dos países tuvieron recuperaciones parciales y redujeron el porcentaje de pobres. Así que aun cuando para el 2005 los indicadores no habían mejorado lo suficiente para volver a los niveles pre-crisis, de todos modos han recuperado una tendencia a la reducción.

El cuadro 2 presenta estimaciones de pobreza para países caribeños formuladas empleando una amplia gama de metodologías diversas, así que se requiere extrema precaución al compararlas entre sí y con aquellas para América Latina calculadas por la CEPAL y presentadas en el cuadro 1. Es, sin embargo, posible formular unas conclusiones generales acerca de la pobreza extrema en la subregión. Haití es el país con la mayor tasa de indigencia, no sólo en el Caribe sino en toda la región. Dominica, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Suriname también tienen altas tasas de pobreza. En el otro extremo, los niveles de pobreza absoluta en Antigua y Barbuda, Barbados y las Bahamas son tan bajas como en países muy desarrollados (CEPAL, 2005 y 2006d).

**CUADRO 1**  
**AMERICA LATINA (18 PAISES): POBRES E INDIGENTES, 1989/1995-2003/2005**  
*(Porcentajes de la población)*

País	1979/1988			1989/1995			1989/1999			2000/2002			2003/2005		
	Año	Pobres	Indig.	Año	Pobres	Indig.	Año	Pobres	Indig.	Año	Pobres	Indig.	Año	Pobres	Indig.
Argentina <sup>a</sup>	1980 <sup>b</sup>	5,8	1,5	1990 <sup>b</sup>	21,2	5,2	1999	23,7	6,6	2002	45,4	20,9	2005	26,0	9,1
Bolivia	...	...	...	1989 <sup>c</sup>	52,6	23,0	1999	60,6	36,4	2002	62,4	37,1	2004	63,9	34,7
Brasil	1979	45,1	21,9	1990	48,0	23,4	1999	37,5	12,9	2001	37,5	13,2	2005	36,3	10,6
Chile	1987	45,1	17,4	1990	38,6	13,0	1998	23,2	5,7	2000	20,2	5,6	2003	18,7	4,7
Colombia	1980	42,3	17,4	1994	52,5	28,5	1999	54,9	26,8	2002	51,1	24,6	2005	46,8	20,2
Costa Rica	1981	23,6	6,9	1990	26,3	9,9	1999	20,3	7,8	2002	20,3	8,2	2005	21,1	7,0
República Dominicana	...	...	...	...	...	...	2000	46,9	22,1	2002	44,9	20,3	2005	47,5	24,6
Ecuador <sup>a</sup>	...	...	...	1990	62,1	26,2	1999	63,5	31,3	2002	49,0	19,4	2005	45,2	17,1
El Salvador	...	...	...	1995	54,2	21,7	1999	49,8	21,9	2001	48,9	22,1	2004	47,5	19,0
Guatemala	1980	71,1	39,6	1989	69,1	41,8	1998	61,1	31,6	2002	60,2	30,9	...	...	...
Honduras	1988	76,1	57,7	1990	80,8	60,9	1999	79,7	56,8	2002	77,3	54,4	2003	74,8	53,9
México	1984	42,5	15,4	1989	47,7	18,7	1998	46,9	18,5	2002	39,4	12,6	2005	35,5	11,7
Nicaragua	...	...	...	1993	73,6	48,4	1998	69,9	44,6	2001	69,4	42,4	...	...	...
Panamá	1979 <sup>a</sup>	36,1	16,4	1991 <sup>a</sup>	39,9	16,2	1999 <sup>a</sup>	25,7	8,1	2002	34,0	17,4	2005	33,0	15,7
Paraguay	1986 <sup>d</sup>	51,5	18,6	1990 <sup>d</sup>	43,2	13,1	1999	60,6	33,8	2001	61,0	33,2	2005	60,5	32,1
Perú	...	...	...	...	...	...	1999	48,6	22,4	2001 <sup>e</sup>	54,8	24,4	2004 <sup>e</sup>	51,1	18,9
Uruguay <sup>a</sup>	1981	12,8	3,3	1990	17,9	3,4	1999	9,4	1,8	2002	15,4	2,5	2005	18,8	4,1
Venezuela (República Bolivariana de)	1981	25,0	8,6	1990	39,8	14,4	1999	49,4	21,7	2002	48,6	22,2	2005	37,1	15,9

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

<sup>a</sup> Áreas urbanas.

<sup>b</sup> Área metropolitana de Buenos Aires.

<sup>c</sup> Ocho capitales departamentales y la ciudad de El Alto.

<sup>d</sup> Área metropolitana de Asunción.

<sup>e</sup> Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Estos valores no son comparables con aquellos de años anteriores debido a cambios del marco muestral de la encuesta de hogares.

**CUADRO 2**  
**CARIBE (21 PAISES Y TERRITORIOS): POBRES E INDIGENTES, 1989-2005**  
*(Porcentajes de la población)*

País	Año	Pobres	Indigentes	País	Año	Pobres	Indigentes
Anguila	2002	23,0	2,0	Haití	2001	75,0	56,0
Antigua y Barbuda	Alrededor de 1990	12,0	...	Jamaica	1990	28,4	...
Bahamas	2001	9,3	...		2005	14,8	...
Barbados	1997	13,9	1,0	Puerto Rico	1989	58,9 <sup>b</sup>	...
Belice	2002	33,5	10,8		2005	44,9 <sup>b</sup>	...
Islas Vírgenes Británicas	2002	22,0	1,0	Saint Kitts y Nevis	2000 (Saint Kitts)	30,5	11,0
Cuba	1999	20,0 <sup>a</sup>	...		2000 (Nevis)	32,0	17,0
Dominica	2002	39,0	15,0	San Vicente y las Granadinas	1996	37,5	25,7
República Dominicana	2000	46,9	22,1	Santa Lucía	1995	25,1	7,1
	2005	47,5	24,6	Suriname	2000	69,2	...
Granada	1998	32,1	12,9	Trinidad y Tobago	1992	21,2	11,2
Guyana	1993	43,2	20,7	Islas Turcos y Caicos	1999	25,9	3,2
	1999	35,0	21,3	Islas Vírgenes EE. UU.	2000	32,5	...

Fuente: CEPAL (2006a).

<sup>a</sup> Áreas urbanas únicamente; se refiere a “población en riesgo de pobreza”.

<sup>b</sup> Línea de pobreza oficial del gobierno federal de los Estados Unidos de América.

## 1.2. Progreso hacia el logro de la primera meta de los objetivos de desarrollo del Milenio

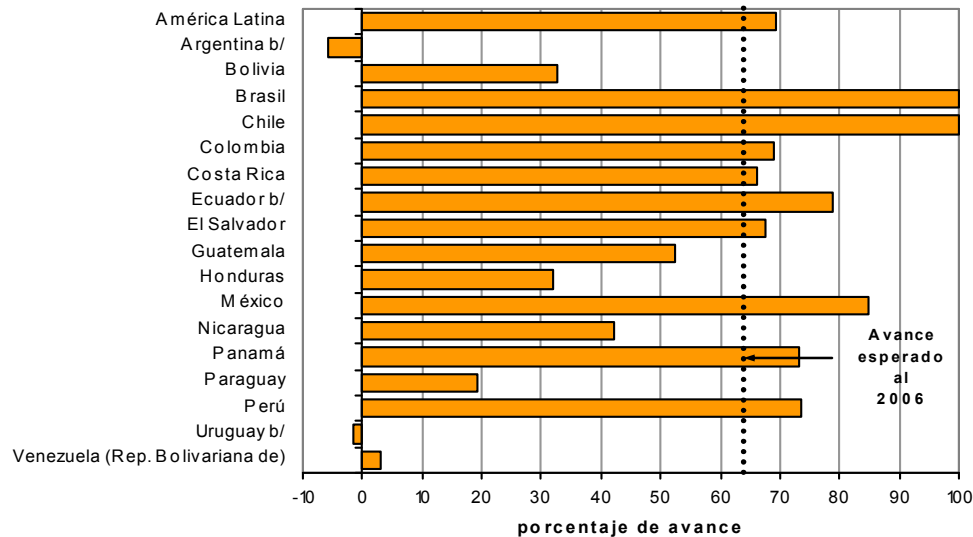
Con base en el progreso esperado en el 2006 y el crecimiento económico registrado entre 1991 y 2006, se puede inferir que un gran grupo de países tienen una alta probabilidad de cumplir la primera meta de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), la cual es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que viven en situación de pobreza extrema.

La reducción de la pobreza extrema proyectada para el 2006 corresponde a un avance de 69% hacia el cumplimiento de la primera meta de los ODM. Este progreso es ligeramente mayor que la parte ya transcurrida del período para lograr la meta.<sup>5</sup> Así que se puede decir que la región como un todo está enrumbo hacia el cumplimiento de su compromiso de reducir la tasa de pobreza extrema de 1990 a la mitad para el 2015 (véase el gráfico 2). Brasil y Chile ya han cumplido la meta de reducción de la pobreza. Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá y Perú también pueden lograr la meta con simplemente mantener el crecimiento del ingreso per cápita en una tasa similar al promedio de los últimos 16 años. A su vez, Colombia y Uruguay tendrían que lograr una tasa de crecimiento anual ligeramente mayor que su promedio para 1991-2006, lo cual puede ser factible en vista de sus tasas de crecimiento económico recientes. Uruguay en particular, dada la pequeña diferencia que separa su actual tasa de indigencia de la meta, se considera parte del grupo que muy probablemente cumplirán la meta (CEPAL, 2006a). Con respecto a las economías pequeñas y vulnerables del Caribe, la poca cantidad de datos de tendencia hace difícil evaluar el progreso. Sin embargo, se debe anotar que los frecuentes desastres naturales – tales como huracanes, tormentas y erupciones volcánicas – o los choques

<sup>5</sup> Se previó un total de 25 años (de 1990 a 2015) para la meta. De este período han transcurrido 16 años, lo cual representa el 64% del tiempo estipulado.

económicos exógenos – tal como un aumento en los precios del petróleo – tienen un impacto desproporcionado en los pobres y en aquellos que tienen ingresos que están apenas por encima de la línea de pobreza, y pueden terminar por poner en riesgo las posibilidades de los países caribeños de cumplir la primera meta de la ODM (CEPAL, 2005 y 2006d).

**GRÁFICO 2**  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PROGRESO EN LA REDUCCIÓN**  
**DE LA POBREZA EXTREMA ENTRE 1990 Y 2006<sup>a/</sup>**  
*(Porcentajes)*

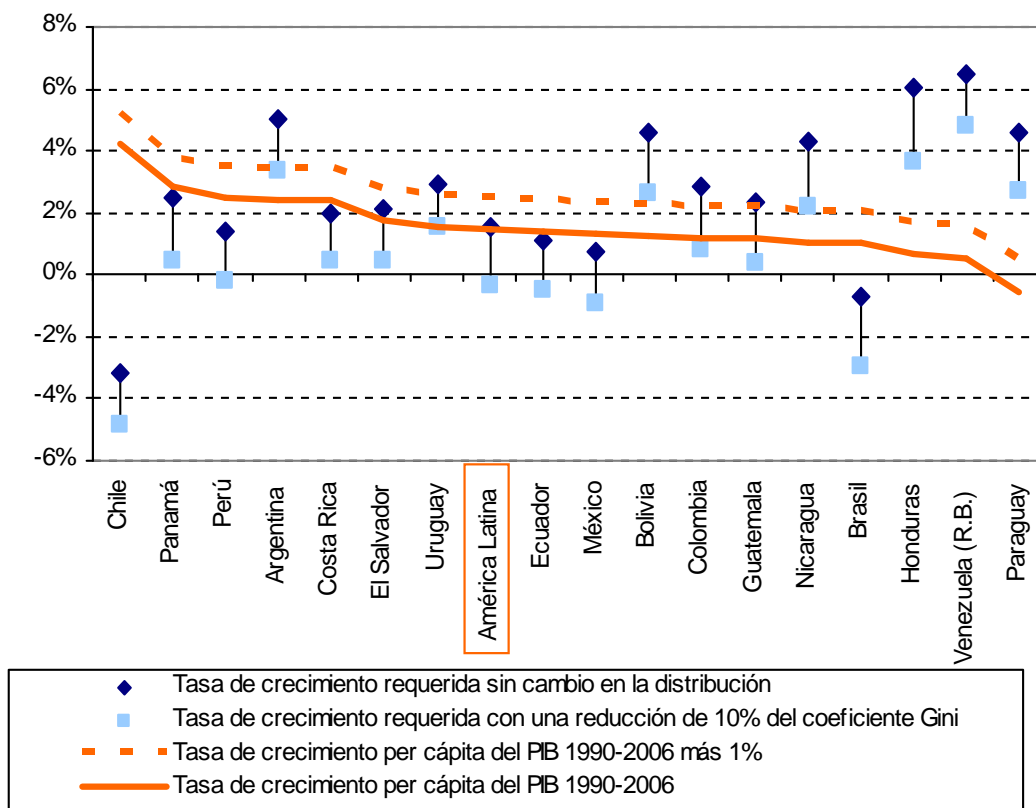


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

- <sup>a</sup> El porcentaje de avance se calcula dividiendo la reducción (o el aumento) de la indigencia, expresada en puntos porcentuales, observada en el período entre la mitad de la tasa de indigencia de 1990. La línea punteada representa el porcentaje de progreso esperado para el 2006 (64%).
- <sup>b</sup> Áreas urbanas.

Para los países que han logrado menos progreso de lo esperado, (i) lograr mantener sus tasas de crecimiento futuras por encima del promedio para 1990-2006 y (ii) mejorar la distribución del ingreso para aumentar la calidad de vida de los pobres, haría más factible reducir la pobreza a la mitad para el 2015 (véase el gráfico 3). Progresos en este respecto también aumentarían las posibilidades de los países con las mayores tasas de pobreza de la región – tales como Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay – de reducir la pobreza extrema a la mitad dentro del tiempo estipulado. No son esfuerzos pequeños en términos de crecimiento económico y de mejor distribución de sus frutos, pero el reciente desempeño positivo de la región en estos aspectos da fundamentos para mayor optimismo con respecto a la posibilidad de lograr la primera meta de la ODM (véase el cuadro 3).

**GRÁFICO 3**  
**AMERICA LATINA (17 PAISES): TASAS DE CRECIMIENTO DEL PIB PER CÁPITA**  
**REQUERIDAS PARA REDUCIR LA TASA DE POBREZA EXTREMA DE 1990 PARA EL 2015**  
 (Porcentajes)



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

Podría ser particularmente difícil lograr estas metas en los países caribeños en donde la vulnerabilidad económica está sujeta a desastres naturales. Al explorar el marco conceptual para la dimensión social de la vulnerabilidad a un desastre natural, la CEPAL sugiere que es la relación dinámica entre los factores de predisposición y capacidad de adaptación social la que resulta en una posición débil o fuerte de vulnerabilidad social. Los factores de predisposición a la vulnerabilidad social pueden incluir la jefatura de hogar femenina, la vivienda subnormal, el pobre estado de salud, vivir en áreas con tendencia al desastre, y un bajo nivel de bienestar económico. Por otra parte, la capacidad de adaptación a la vulnerabilidad social puede incluir niveles adecuados de educación, condiciones de salud favorables, posesión de fuerte capital social, bienestar económico y viviendas adecuadas.

Con este marco conceptual de vulnerabilidad, la CEPAL identificó los países caribeños más vulnerables. Los subdominios empleados fueron educación, salud, seguridad y orden social, asignación de recursos y perspectivas de comunicación. Las estadísticas indican que Granada es el país más vulnerable (0,496), seguido por Santa Lucía (0,490), Belice (0,473) y, por último, San Vicente y las Granadinas (0,456) (véase el cuadro 3).

**CUADRO 3**  
**CARIBE (5 PAISES): INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

<b>Dominios subnacionales</b>	<b>Belice</b>	<b>Granada</b>	<b>St. Kitts y Nevis</b>	<b>Santa Lucía</b>	<b>San Vicente y las Granadinas</b>
Educación	0.619	0.609	0.513	0.623	0.658
Salud	0.252	0.300	0.333	0.333	0.283
Seguridad y orden social	0.234	0.121	0.173	0.336	0.186
Asignación de recursos	0.349	0.427	0.291	0.342	0.280
Perspectivas de comunicación	0.995	1.000	0.999	0.999	1.000
Índice de vulnerabilidad social (SVD)	0.473	0.496	0.421	0.490	0.456

Fuente: Publicación CEPAL, 2006: “The Impact of Natural Disasters on Households in Caribbean SIDS. Extreme Events and other human induced disasters on LAC”, preparado por Asha Kambon.

## 2. Tendencias recientes de la distribución del ingreso

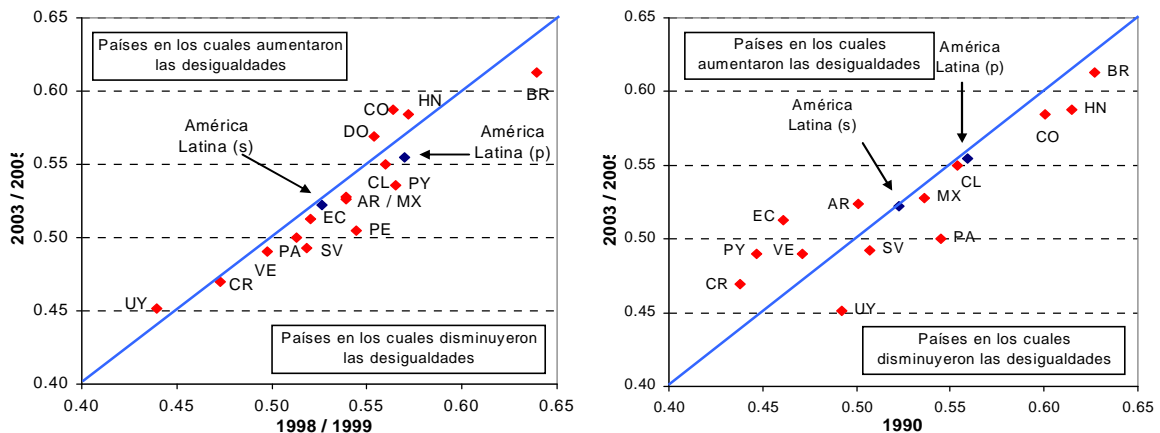
La distribución del ingreso fuertemente inequitativa e inflexible de América Latina ha sido históricamente uno de sus rasgos más prominentes, y las tasas de pobreza altas y persistentes están muy ligadas a dicha distribución inequitativa. La desigualdad latinoamericana no sólo es mayor que la que se ve en otras regiones del mundo sino también permaneció sin cambio durante los años noventa y luego empeoró al principio de la presente década.

Sin embargo, según los datos más recientes de encuestas de hogares varios países han logrado mejoras en la distribución en años recientes. Aunque pequeñas, estas mejoras por lo menos representan un progreso con respecto a la rigidez, o hasta deterioro, de la distribución en períodos anteriores.

La comparación de la distribución del ingreso per cápita del hogar en 2003-2005 y 1998-1999 muestra que la brecha entre los grupos más pobres y más ricos está disminuyendo en la mayoría de los países examinados. De hecho, la razón entre el ingreso del 10% más rico y el 40% más pobre bajó entre 8% y 23% en Argentina, la República Bolivariana de Venezuela, Brasil, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay y Perú. En todos estos casos este resultado reflejó una combinación de mejoras ganadas por los primeros cuatro deciles y pérdidas sufridas por el más rico. Chile y Costa Rica no mostraron ningún cambio de este indicador, mientras Colombia, la República Dominicana, Honduras y Uruguay mostraron aumentos, el mayor de los cuales fue de 13%. La tendencia incipiente hacia el mejoramiento de la distribución es corroborada por el empleo de un indicador sintético, tal como el índice de Gini, para resumir los datos de distribución del ingreso para el total de la población. Entre 1998-1999 y 2003-2005, Brasil, El Salvador, Paraguay y Perú mostraron reducciones apreciables, de entre 4% y 7%, de este indicador. Honduras fue el único país que registró un fuerte aumento del coeficiente de Gini (véase el gráfico 4).

Una evaluación de más largo plazo, para el período 1990-2005, revela un cuadro menos consistente. En esos quince años, dos países –Uruguay y Panamá– lograron una gran mejora de la distribución (datos de áreas urbanas en ambos casos), con reducciones de 8% del coeficiente de Gini. A éstos sigue Honduras, con una reducción de 4%. En contraste, Ecuador (áreas urbanas) y Paraguay (área metropolitana de Asunción) vieron un aumento de este indicador de alrededor de 10%, lo cual representa un fuerte aumento de la concentración del ingreso. Argentina (área metropolitana de Buenos Aires), la República Bolivariana de Venezuela y Costa Rica también registraron reducciones significativas, de entre 4% y 7%.

**GRÁFICO 4**  
**AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): CAMBIOS DEL COEFICIENTE DE GINI, 1990,**  
**1998/1999-2003/2005<sup>a</sup>**



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

Nota: América Latina (s): promedio simple para América Latina  
 América Latina (p): promedio ponderado para América Latina

<sup>a</sup> Calculado a partir de la distribución de las personas ordenadas según su ingreso per cápita. El valor para América Latina se refiere a un promedio simple de los coeficientes de Gini de 13 países con información comparable para el período 1990-2005.

<sup>b</sup> Datos de áreas urbanas para Argentina, Ecuador, Panamá y Uruguay.

<sup>c</sup> Datos de áreas urbanas para Ecuador, Panamá y Uruguay. Los datos de Argentina se refieren al área metropolitana de Buenos Aires, y los de Paraguay al área metropolitana de Asunción.

### 3. Pobreza, mercados laborales y estructuras familiares

Medida en términos absolutos, como en el caso de las estimaciones de la CEPAL, la incidencia de la pobreza representa la proporción de la población total que vive en hogares en los cuales el ingreso per cápita está por debajo de la línea de pobreza. Una trampa de pobreza resulta de las interacciones entre la productividad laboral, el comportamiento de los miembros del hogar en el mercado laboral y las estructuras familiares. La productividad laboral de los miembros de hogares pobres es limitada tanto por la falta de capital humano como por el acceso a oportunidades de trabajo informales que no son “de cuello blanco”. El subempleo y el bajo ingreso no aumentan los costos de oportunidad del cuidado de la familia, aumentando así el número de dependientes en los hogares pobres. La combinación de bajos ingresos de los económicamente activos y altas proporciones de dependencia (o sea, familias o hogares más grandes que dependen de estos bajos ingresos), lleva a que el ingreso per cápita del hogar caiga por debajo de la línea de la pobreza. Esto, a su vez, limita la formación de capital humano en los hogares pobres. Esto es un círculo vicioso de reproducción de la pobreza.

Hay vínculos importantes entre el desempeño económico y la manera en que la sociedad se beneficia de él a través de la capacidad de generar ingresos en el mercado laboral. El ingreso total por persona ocupada es determinado en gran medida por la productividad laboral, y por lo tanto es procíclico (es decir, aumenta en períodos de bonanza y disminuye durante recesiones o períodos de bajo crecimiento). Pero como se refiere al ingreso total, podría ser influido por transferencias contracíclicas (que aumentan en períodos críticos) asignadas a las familias pobres, y por otras transferencias financieras tales como remesas e ingresos en especie. También, como

en América Latina el ingreso total de las familias pobres se compone en gran medida de ingresos laborales, se espera un comportamiento procíclico. Siendo otras tendencias constantes, y en ausencia de políticas de protección social contracíclicas, la incidencia de la pobreza aumentaría en períodos de recesión y disminuiría en períodos de bonanza. Este comportamiento es reforzado por condiciones en las cuales la participación en la fuerza laboral también es procíclica debido a restricciones en los hogares de ingreso bajo que impiden a los miembros económicamente activos secundarios solicitar empleos de ingreso de subsistencia.

Con base en una tipología de países agrupados según su nivel de incidencia de la pobreza, se puede afirmar con fuerza que el comportamiento descrito anteriormente se cumple en gran medida en América Latina y el Caribe. Los principales factores que afectan a la pobreza son tres: (i) baja productividad laboral asociada con empleos de mala calidad, (ii) estructuras familiares de alta dependencia (reflejando anteriores decisiones de fertilidad y composición familiar), y (iii) rigidez en los roles de género dentro de los hogares pobres que limitan su participación de las mujeres en la fuerza laboral. Con respecto a este último punto, hay que notar que aun donde las mujeres tienen altas tasas de participación en la fuerza laboral – como en los países caribeños – existen todavía grandes brechas de ingreso laboral entre el hombre y la mujer, con un impacto negativo en la pobreza femenina (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas 2005 y CEPAL, 2006d).

### **3.1. Evidencia a través de países y a través de deciles**

Hay características importantes que discriminan entre grupos de países. En primer lugar, en los países con mayor incidencia de pobreza el ingreso laboral por trabajador es la cuarta parte de dicho ingreso en los países que muestran menos incidencia de pobreza, y la mitad de aquél de los países que están en segundo lugar. Segundo, la baja productividad de los países pobres está enclavada en empleos de mala calidad asociados con oportunidades de trabajo informales poco intensivos en capital y que no son “de cuello blanco”. Tercero, ingresos de subsistencia bajos en los países más pobres implican mayores tasas de ocupación entre los económicamente activos pero también menores tasas de participación y de desempleo como resultado de la necesidad de las personas de cubrir su propia subsistencia y el cuidado de la familia. De hecho, las razones de dependencia mayores en los países más pobres resultan de tasas de fertilidad que siguen altas. Las grandes proporciones de miembros de la familia en necesidad de atención implican menos ingresos totales per cápita junto con bajas tasas de participación.

Los mismos resultados se dan al hacer comparaciones a través de los deciles de la distribución de ingresos en América Latina. En primer lugar, el trabajo y el ingreso total per cápita, así como la proporción de otras fuentes no laborales en el ingreso total, son significativamente menores en los deciles inferiores. Segundo, la menor productividad se asocia con la falta de oportunidades en el mercado laboral para acceder a empleo formal “de cuello blanco”. Tercero, los hogares pobres muestran mayores razones de dependencia y menores tasas de participación, lo cual denota desincentivos como resultado de menores tasas de ocupación y mayores tasas de desempleo.

La pobre dotación de capital humano de los miembros de la fuerza laboral procedentes de hogares de bajos ingresos afecta a sus oportunidades laborales y aumenta el desempleo. Mayor desempleo y bajos ingresos para los pobres reducen el costo de oportunidad de la mano de obra y, a su turno, la participación en la fuerza laboral. La necesidad de cumplir roles de cuidado de la familia fortalece las restricciones a la participación en la fuerza laboral y la inversión en capital humano. A su vez, la baja inversión en capital humano fomenta mayores tasas de fertilidad y aumenta las razones de dependencia, afectando a los niveles de ingreso per cápita. De nuevo, la pobreza está atrapada en un círculo vicioso.

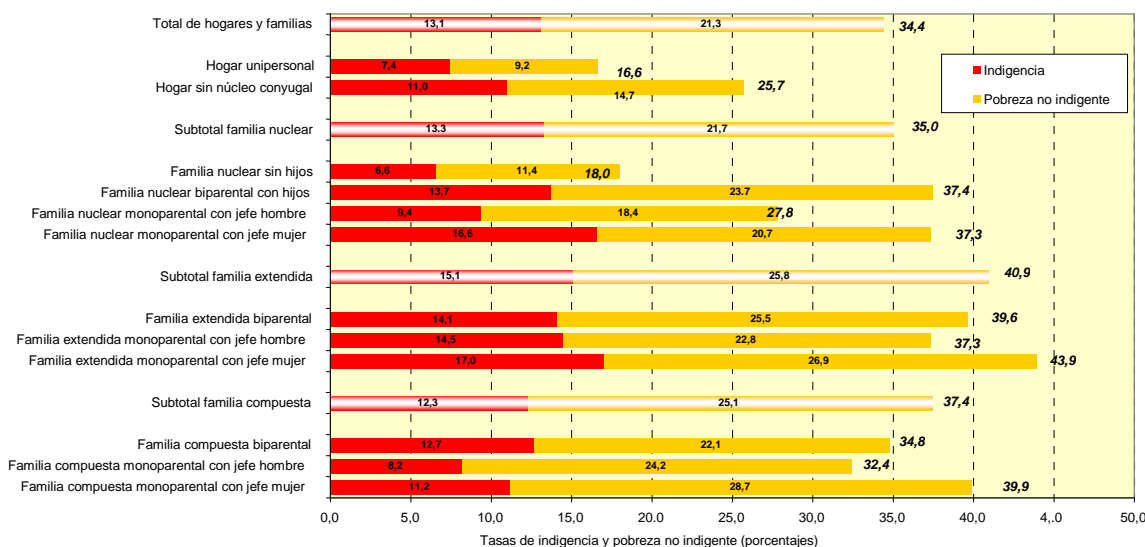


### 3.2. La pobreza y la familia

La calidad de vida y el bienestar de las familias se relacionan con su estructura y la etapa a que han llegado en el ciclo de vida de la familia. En América Latina, los hogares más pequeños (hogares de una sola persona o familias nucleares sin hijos) y las familias monoparentales encabezadas por hombres se concentran en el quintil de ingreso más alto. En cambio, las familias más grandes (familias nucleares biparentales con hijos, familias extendidas y familias compuestas) y las familias monoparentales con jefatura femenina se concentran en el quintil de ingreso más pobre.

Un análisis de las tasas de pobreza e indigencia por tipo de hogar confirma que estas tasas son mayores entre las familias extendidas y compuestas y, dentro de este grupo, entre los hogares monoparentales encabezados por mujeres. Las tasas de pobreza también son mayores entre las familias nucleares, especialmente las familias nucleares biparentales con hijos y familias nucleares monoparentales encabezadas por mujeres. Las tasas de pobreza e indigencia son menores entre los hogares de una sola persona y las familias nucleares sin hijos, tanto aquellas que constan de una pareja joven que apenas comienza el ciclo de vida familiar como aquellas que constan de una pareja mayor cuyos hijos han formado hogares propios (véase el gráfico 5).

**GRÁFICO 5**  
**AMERICA LATINA (16 PAISES):<sup>a</sup> TASAS DE INDIGENCIA Y DE POBREZA NO INDIGENTE,<sup>b</sup>**  
**POR TIPO DE HOGAR Y FAMILIA, AREAS URBANAS, 2002**  
(Porcentajes)



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

<sup>a</sup> Promedio simple.

<sup>b</sup> Las cifras a la derecha de las barras son las tasas de pobreza total, incluida la indigencia.

### 3.3. Productividad laboral, empleo, estructura familiar y cambios en la incidencia de la pobreza a través del tiempo

Las diferencias a través del tiempo en la incidencia de la pobreza pueden ser analizadas identificando la importancia relativa de cambios en los mercados laborales y las estructuras familiares. Esto se puede realizar distinguiendo dos componentes principales: cambios debidos a mejoras en el ingreso por persona ocupada – una medida sustituta (*proxy*) de la productividad laboral – y cambios en el número de personas ocupadas comparado con la población total. Si el ingreso por persona ocupada aumenta, especialmente en los deciles inferiores de la distribución del ingreso, esto fomentará la reducción de la pobreza. De manera similar, un aumento en el número de personas ocupadas por la población total, resultante de la interacción del comportamiento de los miembros del hogar en el mercado laboral y los cambios en las estructuras familiares, contribuirá a una disminución del porcentaje de personas que viven por debajo de la línea de la pobreza.

Empleando estimaciones del impacto de los cambios en estos dos componentes entre 1990 y 2005 por decil de la distribución del ingreso, es posible examinar los vínculos entre el desempeño económico y la capacidad de los hogares de generar ingresos en el mercado laboral en América Latina y el Caribe. En Chile, por ejemplo, ambas fuerzas contribuyeron a la reducción de la pobreza: en primer lugar, el ingreso por persona ocupada aumentó entre 1990 y 2003; segundo, hubo un número mayor de personas ocupadas frente a la población total. Como resultado de esto, mientras la incidencia de pobreza era de 38,6% en 1990, en 2003 disminuyó a 18,7% (véase el cuadro 1). En suma, la incidencia de la pobreza en Chile se redujo debido a un aumento significativo de la productividad laboral, así como un aumento importante del número de personas empleadas frente a la población total – en todos los deciles, pero especialmente en los inferiores. En contraste, países como Argentina o Bolivia no han visto ninguna reducción significativa de la incidencia de la pobreza en buena medida porque las caídas del ingreso por persona ocupada a través de los deciles no fue compensada suficientemente por aumentos en el número de personas ocupadas en la población total.

## 4. Implicaciones para las políticas

El **crecimiento económico** sostenido es una condición necesaria para la reducción de la pobreza, especialmente cuando se traduce en más y mejores empleos para los pobres. Un mayor número de oportunidades de empleos decentes es un prerrequisito para el éxito de los esfuerzos de los hogares pobres por lograr la autosuficiencia económica. Sin embargo, dada la naturaleza multidimensional y multicausal de la pobreza, si bien el crecimiento económico es esencial para iniciar y mantener procesos para eliminar este fenómeno, el solo crecimiento no puede superar la gama de factores estructurales que impulsan su reproducción intergeneracional (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005 y CEPAL, 2006b).

Esto exige la participación activa del estado a través de la implementación de programas y políticas sociales, así como políticas de mercado laboral orientadas hacia la reducción de la pobreza. Los **programas y políticas sociales**, en particular, necesitan fusionar medidas a largo plazo, incluyendo apoyo para la formación de capital humano y social, para ayudar a las familias a superar los determinantes de la pobreza estructural con ayuda a corto plazo para protegerlas contra los golpes pasajeros. Existe consenso acerca de que un aspecto clave de la formación y acumulación de capital humano es el acceso universal garantizado a servicios de educación y salud de alta calidad, cuyos efectos se pueden ver en la generación siguiente. En cambio, resultados más inmediatos pueden ser obtenidos por medio de las transferencias en dinero o en

especie para los hogares pobres, las cuales permiten a grandes sectores de la población mejorar su bienestar y aumentar sus niveles de ingreso y consumo por encima de los umbrales de indigencia y pobreza en el corto plazo. A su vez, las **políticas de mercado laboral** necesitan enfocarse en la “demanda” (contribuyendo a aumentar la demanda de mano de obra de parte de los empleadores) y la “oferta” (mejorando la calidad de la oferta de mano de obra) así como en llenar las brechas entre la demanda y la oferta –aumentando la calidad y eficiencia de acción para encajar los trabajadores con los empleos y la capacitación (CEPAL 2004a y 2006b).

Se requiere esfuerzo público sostenido para la ejecución apropiada de los programas sociales de reducción de la pobreza. Por lo tanto, es esencial mejorar las **finanzas públicas** y tener instalada una sólida estructura institucional social, capaz de mantener la continuidad y consistencia de los programas a través del tiempo y de asegurar que se cumplan sus objetivos a largo plazo, especialmente dadas las múltiples demandas a corto plazo que los gobiernos de la región usualmente enfrentan (CEPAL 2006b).

#### 4.1. Programas sociales para la reducción de la pobreza<sup>6</sup>

Los programas sociales de reducción de la pobreza implementados en América Latina y el Caribe reflejan la naturaleza multidimensional de la pobreza y buscan reducirla tanto mediante la mitigación de sus efectos inmediatos como mediante la creación de capacidad.

Los programas sociales de la región tienen una larga historia de intervenciones multidimensionales diseñadas para fortalecer el capital humano, con la meta última de brindar oportunidades productivas y mejorar el entorno familiar y comunitario. Los dos tipos más difundidos de programa son los “**programas de emergencia vinculados al empleo**” (que combinan apoyo de emergencia a corto plazo, creación de capacidad a mediano y largo plazo, y medidas para facilitar oportunidades productivas) y los “**programas de transferencia condicionadas**” (que emplean transferencias de dinero y normas de condicionamiento como medios para generar sinergias entre diferentes dimensiones del capital humano, y entre éstas y el alivio a corto plazo de la pobreza). Muchos de estos programas han surgido en respuesta a las variaciones inesperadas del ciclo económico y las crisis. Sin embargo, debido a que los efectos negativos de dichas crisis (incluyendo mayor desempleo y pobreza) han sido tan duraderos, estos programas se están convirtiendo paulatinamente en componentes permanentes de la política social.

La diversidad de los programas sociales implementados en la región se percibe en su amplia gama de objetivos y áreas de acción:

- Los programas de “beneficios sociales”, que incluyen programas de transferencias condicionadas, actúan para aliviar los efectos de la pobreza por medio de transferencias monetarias, vivienda social y programas de alimentos.
- Las transferencias especiales a familias pobres, agrupadas en la categoría “gestión de riesgos sociales y vulnerabilidad”, brindan ayuda compensatoria de emergencia a los desprotegidos; esta categoría incluye programas de emergencia vinculados al empleo.
- Algunos programas responden a las necesidades y características específicas de grupos de población específicos, tales como los jóvenes, los discapacitados y grupos étnicos.
- Los “programas públicos orientados a la producción y el empleo” buscan mejorar la capacidad productiva en los sectores más pobres mediante componentes de capacitación y adquisición de habilidades vocacionales, propuestas de proyectos productivos y mejor acceso a crédito y microcrédito.

---

<sup>6</sup> Esta sección se basa en el capítulo 5 de CEPAL (2006b), págs. 149-180.

- Los “programas de orientación comunitaria y fondos de inversión social” dan prioridad a la participación de la comunidad en el proceso de mejorar los niveles de calidad de vida de esa misma comunidad.

#### 4.1.1. Programas de emergencia vinculados al empleo

Los programas de emergencia vinculados al empleo han sido aplicados en varios países de la región (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay, entre otros) y generalmente han tenido una amplia cobertura.<sup>7</sup> Típicamente proveen empleos a corto plazo a trabajadores parcialmente capacitados o sin capacitación en proyectos intensivos en mano de obra que involucran la creación o reparación de infraestructura económica, social y comunitaria; a cambio de su participación en tales proyectos, los beneficiarios reciben remuneración en forma de transferencias de dinero o alimentos.<sup>8</sup> Cada vez más, el objetivo es relacionar estos programas con iniciativas más generales condicionando los beneficios a la asistencia escolar o estableciendo vínculos con la red de seguridad social general. Algunos programas incluyen el pago de aportes de seguridad social y salud y cobertura del seguro de accidentes de trabajo, creando vínculos con el sistema general de protección social.

Los programas de este tipo se originaron como medidas de emergencia para aliviar los efectos de la crisis que golpeó a la región en los años ochenta. Desde entonces se han convertido en una de las respuestas habituales de los países de América Latina y el Caribe a las altas tasas de desempleo y aumento de actividad informal y pobreza causados por las tasas de crecimiento económico bajas y volátiles de la región. Estos programas tienen efectos contracíclicos directos en los ingresos del hogar (permitiendo a las familias aumentar sus recursos en circunstancias económicas adversas) y desempeñan un papel importante en proveer protección social mediante la transferencia de fondos para impedir que los ingresos familiares caigan por debajo de niveles críticos. Las transferencias recibidas por los hogares también protegen a su capital humano, particularmente al mejorar la seguridad alimentaria y animando a los jóvenes a no abandonar a la escuela. Si bien originalmente estaban vinculados con el ciclo económico y las crisis, los problemas de desempleo estructural y la persistencia de la pobreza en la región han convertido estos programas en medidas cada vez más permanentes que están cada vez menos relacionadas con dicho ciclo.<sup>9</sup> Por lo tanto, se pueden ver como programas de reducción de la pobreza que emplean medidas relacionadas con el empleo.

Las evaluaciones de programas de emergencia relacionados con el empleo muestran que han tenido éxito relativo en términos de focalización, ya que la mayoría de los beneficiarios han estado por debajo del umbral de pobreza o de indigencia;<sup>10</sup> los programas con la cobertura más amplia hasta han tenido éxito en reducir la tasa agregada de pobreza extrema.<sup>11</sup> En términos de empleo, estos programas han tenido efectos positivos en la creación de empleos temporales de

<sup>7</sup> En términos de número de beneficiarios, el programa *Jefes y Jefas* de la Argentina cubre el 10,7% de la población económicamente activa, los programas de empleo directo de Chile el 7,8%, y el PANES de Uruguay el 7,2%.

<sup>8</sup> En términos relativos, los salarios pagados a los beneficiarios valen entre 43% y 100% del salario mínimo, excepto en los casos del *Programa Proempleo* de Chile y *Empleos en Acción* de Colombia, que pagan prestaciones por encima del salario mínimo legal.

<sup>9</sup> Esto explica por qué a menudo son mantenidos una vez haya pasado la recesión o crisis, como ha ocurrido en Argentina y Uruguay.

<sup>10</sup> Por ejemplo, el 80% de los beneficiarios del programa *Trabajar* de la Argentina procedieron del 20% más pobre de los hogares; y el 90% de los trabajadores incluidos en el *Programa de emergencia social productivo* (PESP) en el Perú eran pobres.

<sup>11</sup> En el programa *Jefes y Jefas* de la Argentina, la pobreza entre los participantes cayó de 82% a 70%, y la pobreza extrema cayó de 51% a 29%.

corto plazo.<sup>12</sup> Sin embargo, no hay consenso acerca de la capacidad de los programas de empleo temporal de crear empleos estables. Así que los programas deberían incluir herramientas y mecanismos para ayudar a los beneficiarios a hacer la transición hacia el empleo permanente, a través de iniciativas productivas, programas de capacitación y ayuda en la búsqueda de empleo (véase la sección 4.2, más adelante).

Uno de los desafíos continuados enfrentados por estos programas es de hecho la necesidad de dotar a los beneficiarios de nuevas capacidades productivas y evitar caer en una situación en la cual simplemente están brindando a dichos beneficiarios subsidios sin reciprocidad. Otro desafío es que las mujeres con varios niños y niñas pequeños que son jefes de hogar generalmente enfrentan conflictos entre sus obligaciones de cuidado de los niños, las tareas domésticas y la necesidad de salir a trabajar para mantener a la familia. Adicionalmente, un aspecto controvertido de los programas de empleo temporal ha sido la decisión acerca de qué nivel de pagos de transferencia es más apropiado para maximizar la participación de los grupos más pobres, así como su bienestar, sin introducir desincentivos de empleo. La práctica más común consta de pagar salarios bajos como un mecanismo de orientación basado en autoselección de parte de los beneficiarios mismos, desalentando así a las personas de participar en el programa si ya tienen un empleo o están en condiciones de trabajar. Es necesario tener todos estos puntos en cuenta en el diseño de programas de emergencia vinculados al empleo para asegurar que beneficien a quienes más los necesitan.

#### 4.1.2. Programas de transferencias condicionadas

Los programas de transferencias condicionadas generalmente implican una transferencia de fondos a familias pobres quienes, a cambio, se comprometen a cumplir ciertas metas de educación, salud y nutrición. La combinación de ayuda monetaria (o en especie) con requisitos de educación o atención en salud hace posible combinar el alivio de la pobreza a corto plazo con un objetivo a largo plazo: el desarrollo de activos de capital humano con miras a superar la reproducción intergeneracional de la pobreza. Los programas de este tipo tienen como premisa el hecho de que las personas más pobres carecen de oportunidades y no son capaces de afrontar adecuadamente las situaciones adversas, y así sufren grandes pérdidas de capital humano en términos de educación, salud o ambas cosas. Estos programas también representan una síntesis novedosa, combinando elementos innovadores con ciertos rasgos de intervenciones que tienen una larga trayectoria en la región. Ejemplos de estos últimos son las transferencias monetarias directas a las familias (incluidas en numerosos programas de bienestar social), la condicionalidad (incluida en los programas de emergencia vinculados al empleo descritos en la anterior sección 4.1.1) y las intervenciones multisectoriales (incluidas en los programas de alimentación escolar, entre otros).

Las principales innovaciones consisten en el énfasis global en la corresponsabilidad de las familias beneficiarias, la condicionalidad como incentivo a nivel de la familia (no de como mecanismo de autoselección y focalización) y como medio para coordinar metas a corto y largo plazo, la prioridad explícita asignada a la búsqueda de sinergias sectoriales en la acumulación de capital humano no sólo entre los niños y niñas de edad escolar sino también en la niñez temprana, y el papel predominante asignado a la mujer como receptora de prestaciones y su papel en la implementación y el monitoreo.

El tipo de condicionalidad empleado en tales programas sociales en la región no varía mucho entre un caso y otro. En el área de educación, se exige a los niños y niñas mantener un nivel mínimo de asistencia escolar, que varía entre el 80% y 90%. En salud y nutrición, la

---

<sup>12</sup> En el caso de *Jefes y Jefas*, por ejemplo, el 26% de los beneficiarios no habrían encontrado empleo y el 23% habrían estado inactivos si el programa no se hubiera implementado.

transferencia se condiciona a visitas a centros de atención primaria en salud para que los niños y sus madres puedan recibir atención en salud preventiva y servicios de nutrición. Otra característica común es el enfoque en la familia como la unidad básica de intervención y el papel importante de la mujer dentro del hogar. Las mujeres son las receptoras directas y administradoras de las transferencias en el grupo familiar y actúan como promotoras en la divulgación de actividades y la supervisión de operaciones a nivel local, todo lo cual contribuye sustancialmente al empoderamiento de las mujeres. Sin embargo, la condicionalidad de las prestaciones puede tener efectos contraproducidos no previstos en la etapa de diseño de programa, con repercusiones negativas en el bienestar familiar. Este tipo de efecto puede surgir como consecuencia de falta de conocimiento, problemas en dar a conocer las normas de la operación, o el empleo de condiciones excesivamente estrictas.<sup>13</sup>

Muchos programas de transferencias condicionadas poseen recursos abundantes y aplican criterios de elegibilidad relativamente claros. Ambos de estos factores permiten a los países lograr una cobertura amplia de su población. Dos programas importantes son *Bolsa Familia* en el Brasil y *Oportunidades* en México, ambos de los cuales abarcan un gran porcentaje de la población (16% y 25%, respectivamente). Programas implementados en Chile, Colombia y Jamaica también tienen una amplia cobertura, variando entre el 4% y 9% de la población. El presupuesto de ninguno de estos programas excede el 0,35% del PIB. De hecho, con 0,32% del PIB, *Oportunidades* de México y el *Programme for Advancement through Health and Education* (PATH: Programa para el Progreso mediante Salud y Educación) de Jamaica representan las mayores asignaciones presupuestarias.

Evaluaciones independientes indican que los programas de transferencias condicionadas han hecho un aporte significativo a la acumulación de capital humano: de una parte, han tenido un impacto educativo positivo, a tanto corto como mediano plazo, según se mide con indicadores tales como tasas de matrícula escolar y asistencia, promoción entre grados y mayores niveles de educación. Por otra parte, el efecto de estos programas en términos de resultados de salud y nutrición también es positivo, con aumentos significativos en consultas de salud preventiva, acceso a servicios de salud y el uso de servicios ambulatorios (*out-patient services*). Adicionalmente, en la mayoría de estos programas las transferencias monetarias han aumentado el ingreso del hogar, aunque las transferencias no siempre han sido lo suficientemente grandes para tener un impacto significativo en la tasa de pobreza.

Finalmente, otro aspecto muy importante de los programas de transferencias condicionadas implementados en la región es la estructura institucional más fuerte en que se han insertado su diseño y aplicación. Tanto *Oportunidades* como *Bolsa Familia* son ejemplos de la consolidación de iniciativas dispersas como resultado de un consenso político de crear instituciones con suficiente poder para coordinar estos esfuerzos. Aparte de la condicionalidad de las transferencias, el fortalecimiento de instituciones es claramente uno de los factores claves del éxito relativo y amplio cubrimiento logrado por estos programas.

## 4.2. Políticas de mercado laboral

El mercado laboral es uno de los principales vínculos entre los patrones de producción cambiantes y la equidad social. El ingreso percibido por los trabajadores es el principal medio para financiar las necesidades básicas de la gran mayoría de las familias de la región: el ingreso

---

<sup>13</sup> Por ejemplo, la evaluación del programa *Bolsa Alimentação* implementado en cuatro comunidades del nororiente del Brasil encontró que, pasados seis meses del programa, los niños y niñas beneficiarios habían ganado menos peso por mes que el grupo de comparación. Esto se atribuyó al hecho de que las madres temían que perderían la prestación si los niños ganaban peso, creyendo que su presencia en el programa se debía a que sus hijos pesaban menos de lo normal.

laboral varía entre un mínimo de 63% del ingreso de las familias del Brasil y un máximo de 90% en Nicaragua. Sin embargo, las altas tasas de desempleo y subempleo hacen que para los pobres sea difícil salir de la pobreza a través del mercado laboral. Así, en ausencia de programas de seguro de desempleo significativos<sup>14</sup> es evidente la necesidad de implementar políticas de mercado laboral que puedan ayudar a los desempleados a encontrar ocupaciones de manera más rápida, evitar que los empleados se conviertan en desempleados y fomentar el crecimiento del empleo. Estas políticas también pueden facilitar vínculos entre trabajadores y empleos, facilitar menores costos de búsqueda de empleo, y mejorar las capacidades de los desempleados así como de los empleados de microempresas y empresas pequeñas.

Para mejorar la transparencia de los mercados laborales, es esencial crear mejores sistemas de información (acerca de oportunidades de empleo y oferta de mano de obra) y de **intermediación laboral**. Estos fomentan la movilidad, dentro de un mismo sector y entre sectores, así como también geográfica, y suministran información importante para los programas de capacitación. Aunque la intermediación es un instrumento efectivo y de bajo costo, hay que desplegar más esfuerzos para extender su cobertura. Esto exige la incorporación de nuevas tecnologías y el establecimiento de varios tipos de cooperación entre los sectores público y privado. Para explotar su potencial plenamente, los sistemas de intermediación y de información deben estar ligados más fuertemente con políticas de mercado laboral activas (incluyendo capacitación, producción y desarrollo tecnológico, promoción de empleos para grupos específicos de trabajadores) y, donde sea apropiado, también políticas de mercado laboral pasivas (políticas que compensan a los trabajadores por la pérdida de empleo e ingreso).

La **demanda de mano de obra** puede ser estimulada por medio de políticas macroeconómicas, sectoriales o territoriales y, sobre todo, políticas diseñadas para aumentar el empleo mediante programas específicos y fomentar el reclutamiento de mano de obra en el sector privado. Aparte de políticas macroeconómicas orientadas a proteger los niveles de empleo y reducir su volatilidad a largo plazo, las políticas para el desarrollo productivo pueden aumentar la demanda de mano de obra indirectamente al mejorar la manera en que funciona el aparato productivo. Herramientas particularmente efectivas a este respecto incluyen políticas para mejorar la situación de las empresas pequeñas y medianas y el desarrollo regional de ciertos conglomerados de producción, así como para ofrecer incentivos para actividades intensivas en mano de obra, tales como el turismo y la construcción de vivienda. Las políticas para alentar la demanda de mano de obra de parte del sector privado también incluyen normalmente subsidios estatales para el reclutamiento de trabajadores adicionales, cubriendo parte o todo el salario y otros costos laborales.

Finalmente, para mejorar las oportunidades de empleo de los pobres es crucial reestructurar los **sistemas de educación y capacitación vocacional** en la región para ajustarlos a las realidades cambiantes. Innovaciones notables en el campo de la capacitación vocacional incluyen la diversificación de capacitadores, mayor participación de instituciones privadas, y concentración del financiamiento y la reglamentación de la capacitación en el sector público. También se están realizando esfuerzos por hacer que las actividades de capacitación vocacional sean más determinadas por la demanda, en muchos casos mediante la capacitación en servicio para personal calificado que desempeña un papel clave en mantener la competitividad de sus empresas. También se han formulado programas de capacitación vocacional especializados para grupos de desempleados con problemas específicos, incluyendo jóvenes y mujeres de bajo nivel

---

<sup>14</sup> Barbados es el único país de la región CARICOM que tiene un programa de prestaciones de desempleo y seguro nacional (seguridad social). Esta legislación fue aprobada en la *National Insurance and Social Security Act*, Cap 47:1966, y es pagadera por cada día de desempleo, menos domingos, por un máximo de 26 semanas en un período continuo de desempleo, o por un total agregado de 26 semanas en las 52 semanas inmediatamente anteriores a la semana actual de desempleo.

educativo, y trabajadores en empleos de baja productividad y bajo salario (tales como trabajadores independientes y microempresarios) (CEPAL 2004b y 2007).

### **4.3. Implicaciones de política para las finanzas públicas<sup>15</sup>**

El mejoramiento de las finanzas públicas (mediante cambios en el nivel y la composición de la carga impositiva) y la gestión correcta de las políticas sociales (al hacer que los gastos sociales sean contracíclicos y flexibles, así como orientándolos hacia sectores y subsectores con un impacto progresivo en la distribución del ingreso) son claves para sostener los programas de reducción de la pobreza.

#### **4.3.1. La política fiscal**

El financiamiento del gasto social depende tanto de la estructura del mercado laboral como del sistema impositivo. Dado que sólo una porción pequeña de los trabajadores latinoamericanos y caribeños goza de empleos decentes bien remunerados, con acceso a servicios sociales y aportando a la seguridad social, mucho otros tendrán que depender de los miembros de sus propias familias o de la asistencia pública. Sin embargo, la baja carga impositiva en la región hace que sea difícil proteger a los sectores más vulnerables de la sociedad y financiar políticas sociales que aumenten las oportunidades de los pobres y su acceso a los servicios.

Los países latinoamericanos y caribeños tienen una carga impositiva de alrededor del 18% del PIB, la mitad de la de los miembros de la OCDE (36%). La carga impositiva de los países de la región es en promedio un tercio de lo que se esperaría según sus niveles de ingreso per cápita, así que en términos absolutos los países podrían aumentar su carga impositiva entre 3 y 4 puntos porcentuales del PIB. Estos recursos adicionales podrían generar los fondos necesarios para financiar programas de reducción de la pobreza, así como sistemas de protección social no contributivos.

Otra diferencia frente a los países desarrollados – donde los sistemas impositivos son capaces de revertir la concentración del ingreso primario que resulta de la acción de las fuerzas del mercado – es que los sistemas impositivos de la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños son regresivos, ya que ni siquiera pueden mantener la distribución del ingreso determinado por el mercado. Esto es resultado de sistemas impositivos fuertemente orientados hacia los impuestos indirectos, así como de beneficios y exenciones que favorecen en su mayor parte a los ricos.

Sin embargo, aumentar la carga impositiva y lograr sistemas impositivos más progresivos está lejos de ser fácil. Aumentar la recolección de impuestos es factible, especialmente cuando el entorno macroeconómico es favorable. En los casos en que se está haciendo cada vez más difícil introducir nuevos impuestos o aumentar las tasas impositivas, la eliminación de exenciones y la limitación de deducciones de impuestos podrían servir como fuentes importantes de ingresos fiscales en el futuro. Mejoras en la administración de los impuestos también pueden desempeñar un papel importante.

Lejos de recomendar soluciones simples y generales, el objetivo sería iniciar una serie de reformas de manera sostenida con miras a crear un sistema más maduro y fuerte de financiamiento gubernamental. Tales reformas serán componentes esenciales del esfuerzo por consolidar políticas públicas que contribuyan a la reducción de la pobreza. Está claro que se tendrá que crear un consenso duradero para asegurar el éxito de estas iniciativas.

---

<sup>15</sup> Esta sección se basa en el capítulo 5 de CEPAL (2006c), págs. 128-134, el capítulo 2 de CEPAL (2006b), págs. 62-75 y el capítulo 2 de CEPAL (2006c), págs. 113-171.



Mientras la región lucha por lograr los acuerdos necesarios para la adopción de un convenio fiscal para reforzar el financiamiento de programas de reducción de la pobreza, los factores que se tendrán que tomar en consideración incluyen los siguientes: (i) las dificultades políticas e institucionales relacionadas con la introducción de reformas para fortalecer la solvencia del sector público y distribuir la carga impositiva de manera más equitativa, (ii) las restricciones impuestas por las condiciones macroeconómicas, ya que la experiencia de las últimas dos décadas ha mostrado que la estabilidad macroeconómica, entendida como crecimiento rápido y estable junto con inflación baja, es el principal prerrequisito para un aumento de los ingresos fiscales, y (iii) las prioridades de política fiscal según se relacionan con el gasto frente a la amplia gama de demandas de recursos para propósitos no necesariamente ligados con la protección social.

#### **4.3.2. El gasto público social**

El nivel del gasto público social en los países latinoamericanos y caribeños varía mucho, pero en todo caso ha aumentado marcadamente en el transcurso de los últimos quince años. Aunque en la segunda mitad de los años noventa la tendencia varió entre un país y otro, durante los primeros años del presente siglo el gasto social ha tendido a aumentar en la mayoría de los países, subiendo a un promedio ponderado de casi 15% del PIB.

Sin embargo, el nivel de gasto social no es la única consideración pertinente. Su composición sectorial – entre las principales áreas de gasto, tales como educación, salud y nutrición, vivienda y saneamiento, y seguridad social y bienestar – también es importante en términos de la redistribución de activos y recursos a diferentes grupos socioeconómicos. Por lo tanto, los aumentos en el gasto deben reflejar las necesidades de cada sociedad más que la inercia presupuestal o presión de grupos de interés.

CEPAL (2006c) halló que el efecto distributivo del gasto social tiene un impacto significativo y positivo en los ingresos de los hogares más pobres: alrededor del año 2000, mientras el gasto social aumentó el ingreso primario total de los hogares en 17%, casi duplicó el ingreso del quintil más pobre, para el cual este incremento fue el 86% del ingreso primario.

También hay cierto grado de consenso en reconocer que en el pasado reciente las políticas fiscales de América Latina han sido procíclicas. Para invertir esta situación los países necesitan aprovechar los períodos de crecimiento económico para crear o fortalecer los mecanismos para asegurar la consistencia intertemporal del gasto público. En particular, es necesario reducir la vulnerabilidad del gasto social, ya que es más procíclico que otros elementos del gasto público en la región. Eventos pasados han mostrado, sin embargo, que es extremadamente difícil lograr un *status* prioritario para el gasto social.

Aun cuando las leyes de responsabilidad fiscal promulgadas durante la última década ciertamente hayan frenado el crecimiento de los niveles de deuda nacional en algunos casos, pocos países explícitamente se han propuesto hacer que sus normas macrofiscales sean contracíclicas. Un ejemplo interesante de política fiscal contracíclica es la norma de excedente estructural aplicada por Chile en años recientes, según la cual cualquier aumento del gasto público se determina con base en la tendencia del PIB, sin importar las fluctuaciones en el PIB real. Esto asegura una tendencia estable y neutral en el gasto, por lo menos en teoría, mientras también reduce la probabilidad de correcciones súbitas y, en la práctica, confiere cierto grado de seguridad a la implementación plurianual de proyectos y programas públicos.



## II. El hambre y la desnutrición en América Latina y el Caribe

### Introducción

La actual situación nutricional de América Latina y el Caribe es un indicador de sus desigualdades sociales. Con una producción de insumos alimentarios que actualmente triplica los requerimientos energéticos de la población, hay 53 millones de personas que no tienen acceso suficiente a los alimentos, mientras el 7% de los niños y niñas menores de cinco años de edad tienen bajo peso para su edad y el 16% tienen baja talla para la edad. Así, las características del perfil nutricional de la población de América Latina y el Caribe no son aleatorias sino un reflejo de las grandes desigualdades de ingreso y de la insuficiente prioridad asignada a la seguridad alimentaria y la nutrición adecuada en las agendas políticas de estos países.

La importancia de este problema no se limita al imperativo ético de defender los derechos de los ciudadanos. Además de esto y debido a sus efectos permanentes en el desarrollo físico y psicomotor, el hambre y la desnutrición se han convertido en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad y en una significativa pérdida de recursos públicos y privados, debido a su impacto en los sistemas de salud y educación, el consumo, la producción y el crecimiento económico. Por lo tanto, prevenir y mitigar sus consecuencias supone una reducción de los costos para las personas y la sociedad, los que, según nuestras primeras estimaciones para los países centroamericanos en 2004, serían equivalentes a entre 1.7% y 11.4% del PIB (CEPAL-PMA, 2006).

A pesar de los importantes avances observados en las últimas décadas, los problemas del hambre y la desnutrición en la región América Latina y el Caribe persisten, lo que refleja las significativas diferencias que existen entre los países. Estos problemas se derivan principalmente de restricciones al acceso a alimentos generadas por desigualdades (sociales, económicas y culturales), que en algunos casos hacen prever que será difícil cumplir la segunda meta del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de “reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre para el año 2015”, y aun menos probable el logro de otros compromisos internacionales que implican mayores esfuerzos. Esto tiene lugar en una situación paradójica de suficiencia de alimentos y aumento de la prevalencia regional de exceso de peso y obesidad.

Dentro de este contexto, la necesidad de tener políticas sociales orientadas a reducir la desnutrición y hambre se hace obvia. Lo que importa es analizar los componentes sustantivos y esquemas de gestión más adecuados para maximizar el impacto y la eficiencia de tales políticas.

El presente capítulo describe la situación actual de desnutrición e inseguridad alimentaria en la región y el progreso hacia el logro del ODM relacionado con el hambre, sobre la base de la más reciente información oficial disponible. También contiene un breve repaso de las principales políticas y programas en implementación en América Latina y el Caribe, así como algunas recomendaciones a ser consideradas por los tomadores de decisiones.

## 1. La situación actual

El hambre es una consecuencia del consumo insuficiente de alimentos, el cual se relaciona con la inseguridad alimentaria y cuyo indicador más evidente es la desnutrición infantil. En América Latina y el Caribe, esta situación está muy asociada con las desigualdades sociales. La producción regional de insumos alimentarios en el bienio 2001-2003 fue suficiente para satisfacer los requerimientos calóricos de tres veces la población, y el suministro de energía alimentaria (SEA) de los países fue suficiente para cubrir el mínimo (unas 1.815 kcal/persona/día) –y en casi todos los casos el promedio de requerimientos (unas 2.100 kcal/persona/día)–, en tanto 53 millones de personas no tenían suficiente acceso a alimentos. De manera complementaria, alrededor del 2004, 96 millones de personas no tenían suficiente ingreso para comprar una canasta básica de alimentos, y el 7,3% de los niños y niñas menores de cinco años en los primeros años del siglo padecían bajo peso y el 15,6% padecían baja talla para la edad.

Estudios realizados en la región por la CEPAL, así como aquellos llevados a cabo por diversos investigadores alrededor del mundo, indican que la inseguridad alimentaria y el hambre están estrechamente ligadas a la pobreza extrema. Como se muestra en las gráficas presentadas a continuación, la pobreza extrema<sup>16</sup> aumenta la probabilidad de subnutrición<sup>17</sup> y desnutrición,<sup>18</sup> explicando el 50% de su varianza. Sin embargo, cada una de ellas es un fenómeno diferente con características específicas.<sup>19</sup> Por lo tanto, las políticas que pretenden su erradicación deben formular esfuerzos integrales y complementarios, pero manteniendo componentes independientes que permitan atender la especificidad de cada uno.

---

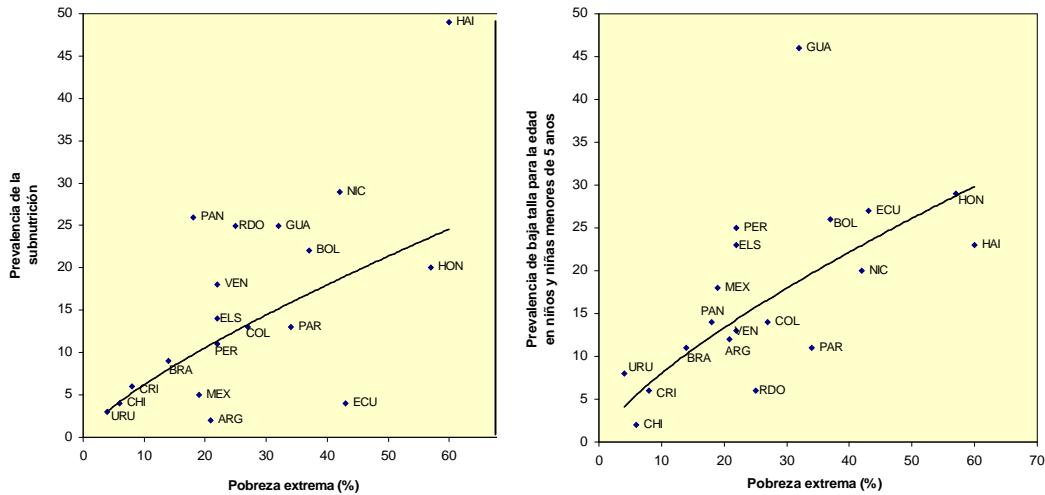
<sup>16</sup> Ingreso familiar per cápita por debajo de aquél requerido para comprar la canasta básica de alimentos que satisface todos los requerimientos diarios mínimos de energía (también denominada indigencia).

<sup>17</sup> Ingesta de energía por debajo del mínimo fisiológico requerido en cada país (alrededor de 1.800 Kcal/persona/día), dependiendo de su estructura demográfica.

<sup>18</sup> Razones antropométricas por debajo de -2 desviaciones estándar de la mediana por edad, según la OPS/OMS. Bajo peso = desnutrición global, baja talla = desnutrición crónica.

<sup>19</sup> Estudios realizados en el transcurso de los últimos diez años verifican una elasticidad de ingreso-ingesta calórica equivalente a 0,2-0,3; una elasticidad de ingreso per cápita-bajo peso de -0,5 entre escolares, y una asociación negativa entre el ingreso per cápita y el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (Behrman y Rosenzweig, 2004). Para mayores detalles, véase “Hunger and Malnutrition”, J. Behrman, H. Alderman, y J. Hoddinott. Documento del Copenhague Consensus Challenge, 2004.

**GRÁFICO 6**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE DESNUTRICIÓN (BAJA TALLA PARA LA EDAD), SUBNUTRICIÓN Y POBREZA EXTREMA**



Fuente: CEPAL-PMA (2005b).

La situación nutricional de la región es extremadamente diversa, con una gran disparidad tanto entre como dentro de los países. Estas diferencias se expresan tanto en términos de la intensidad con que los diferentes factores de la vulnerabilidad nutricional se manifiestan como en términos de las diferentes etapas de las transiciones demográficas y epidemiológicas que los países de América Latina y el Caribe están viviendo.

Estas diferencias tienen impacto social y económico a nivel individual y nacional debido a la mayor cantidad de atenciones que generan los niños y niñas con desnutrición en los sistemas de salud y educación (privados y públicos) y a las pérdidas de productividad que se asocian a dichos efectos. Según estimaciones de la CEPAL (CEPAL-PMA 2006) para Centroamérica y República Dominicana en 2004, totalizaban unos 6,658 millones de dólares, equivalente a 1,7% a 11,4% de sus PIB.

Finalmente, es importante notar que en mayor o menor grado los países de la región enfrentan tanto los problemas de insuficiente ingesta de alimentos como desequilibrios en la composición de la dieta. Esto último se expresa en la falta de micronutrientes (hierro, yodo, zinc y vitamina A) y un creciente exceso de macronutrientes (ricos en grasas saturadas), lo cual lleva a la obesidad y otras patologías.

### 1.1. Inseguridad alimentaria y subnutrición

América Latina y el Caribe es una región rica en alimentos, con grandes extensiones de tierras fértiles y una producción agrícola y ganadera que representa el 6,5% del PIB total, con una producción promedio de alrededor de 2.850 kcal/persona/día, colocando esta región en los niveles medianamente altos de oferta de alimentos.<sup>20</sup>

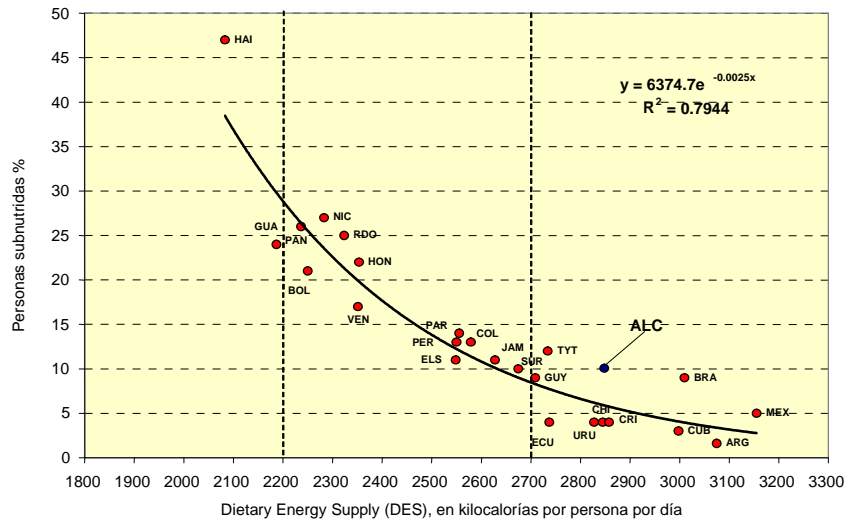
A pesar de lo anterior, hay diferencias significativas entre las economías con mayor o menor capacidad de satisfacer la demanda potencial de alimentos, mostrando diferentes niveles de desarrollo agrícola, productividad e ingreso. Por ejemplo, aun cuando para el 2000 la

<sup>20</sup> Véase CEPAL (2004c), pág. 100.

productividad agrícola de la región había llegado a US\$3.307 per cápita, en Bolivia, Haití y Honduras la producción agrícola era menos de la mitad de esa cifra.

**GRÁFICO 7**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): PROVISIÓN DE ENERGÍA**  
**DIETÉTICA (DES) Y PERSONAS MOSTRANDO SUBNUTRICIÓN,**  
**2000-2002**

(En kilocalorías y porcentajes)



Fuente: CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas (2005), pág. 64.

Desde 1990 hasta 2002, la oferta de alimentos mostró una heterogeneidad significativa. Mientras Argentina, Brasil y México tuvieron un suministro de energía alimentaria (SEA) de más de 3.000 kilocalorías por persona por día, otros países tuvieron menos de 2.500 kcal/persona/día. Entre estos últimos destacan Guatemala, Haití y, parcialmente, Nicaragua, países que satisfacían el requerimiento mínimo pero que exhibían alta vulnerabilidad con un SEA de menos de 2.200 kcal/persona/día.

Según las estimaciones de la FAO, la población con acceso insuficiente a alimentos en los primeros años de la década actual se concentraba principalmente en Brasil (15,6 millones), Colombia (5,7 millones), México (5,2 millones), la República Bolivariana de Venezuela (4,3 millones) y Haití (3,8 millones).<sup>21</sup>

## 1.2. Desnutrición

La desnutrición entre niños y niñas menores de cinco años es uno de los efectos más directos del hambre y, a la luz de la evidencia empírica disponible, sigue siendo un desafío importante en la región.

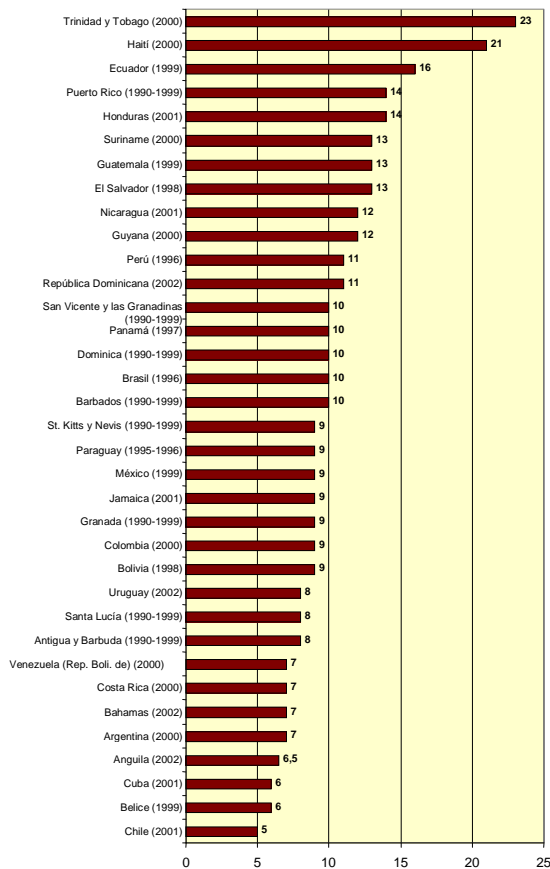
Un recién nacido con bajo peso al nacer (BPN = menos de 2.500 gramos) es consecuencia de nacimiento prematuro y/o desnutrición fetal. Según De Onis (1998), en cuanto mayor sea la prevalencia de desnutrición global en un país mayor será la proporción de bajo peso al nacer debido a retraso del crecimiento intrauterino. Esto convierte al BPN por restricción de

<sup>21</sup> Para mayor información, véase [www.fao.org/documents/show\\_cdr.asp?url\\_file=//docrep/007/y5650e/y5650e06.htm](http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=//docrep/007/y5650e/y5650e06.htm).

crecimiento intrauterino en un indicador importante para la formulación de políticas en países con altos niveles de vulnerabilidad nutricional.

El BPN aumenta el riesgo de muerte durante la infancia y de desnutrición durante todo el ciclo de vida, afecta negativamente el desarrollo físico e intelectual, reduce la capacidad de aprender y trabajar en la adultez y, entre las mujeres, aumenta la probabilidad de reproducir el fenómeno en generaciones subsiguientes.

**GRÁFICO 8**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS):**  
**BAJO PESO AL NACER, 1990-2001**  
*(En porcentajes)*



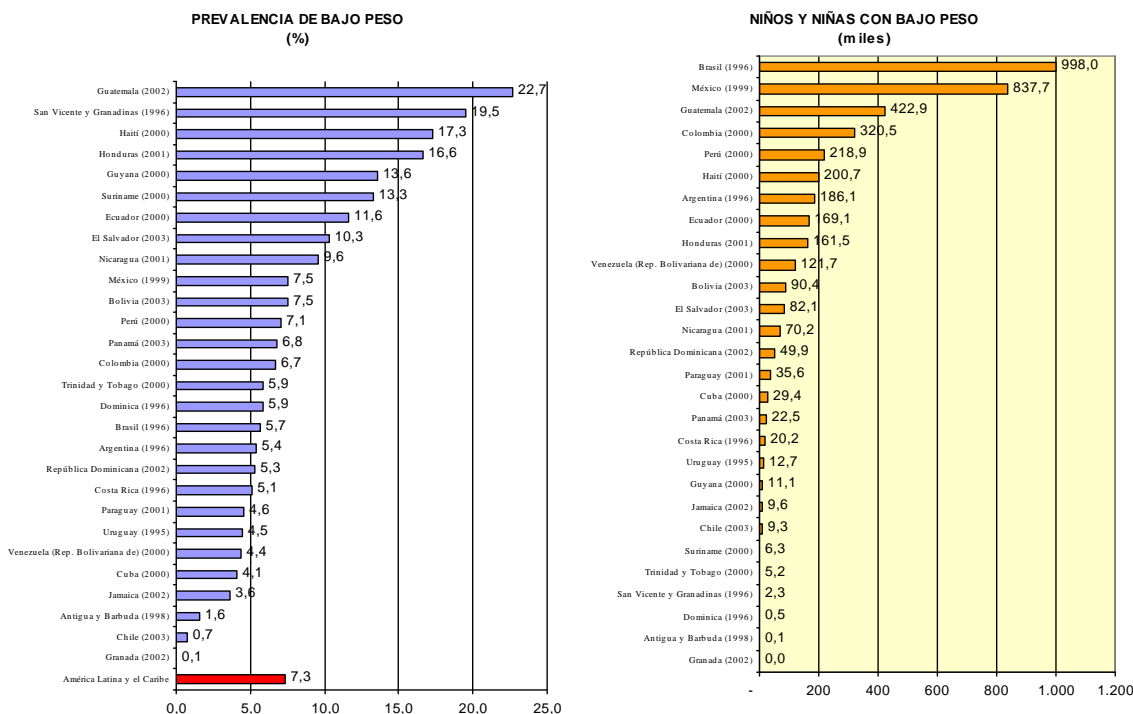
Fuente: UNICEF/OMS (2004).

En América Latina y el Caribe, el porcentaje de BPN alcanza a 9%, subrayando las altas tasas encontradas en Honduras (14%), Ecuador (16%) y, de manera particular, Haití (21%) y Trinidad y Tobago (23%). Estos últimos dos casos superan hasta los niveles encontrados en África subsahariana. Al contrario, Chile, Cuba y Belice muestran un bajo nivel de bajo peso al nacer (6%) que es menor que el promedio observado en las naciones industrializadas.

Con respecto a la prevalencia de bajo peso (bajo peso para la edad o desnutrición global)<sup>22</sup> América Latina y el Caribe muestra mejoras positivas entre los períodos 1988-1991 y 2000-2002. Sin embargo, la región todavía tiene 4,1 millones de niños y niñas con bajo peso y, como se puede ver en la siguiente gráfica, las actuales prevalencias siguen altas en muchos países, particularmente en Guatemala, San Vicente y las Granadinas, Haití, Honduras, Guyana, Suriname, Ecuador y El Salvador, donde el bajo peso afecta entre 10% y 23% de niños y niñas menores de cinco años.

En términos de tamaño del problema, Brasil, México, Guatemala, Colombia, Haití y Perú son los países con el mayor número de casos de niños y niñas con bajo peso, y concentran el 73% de los casos en la región.

**GRÁFICO 9**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (28 PAÍSES Y TERRITORIOS): BAJO PESO PARA LA EDAD (DESNUTRICIÓN GLOBAL) EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS 1996-2002**



Fuente: CEPAL, elaboración propia basada en datos procedentes del Banco Mundial, el Departamento de Análisis Económico y Social de la ONU (DESA), Macro – Demographic and Health Survey (DHS), UNICEF – Multiple Indicators Cluster Surveys, UN Standing Committee on Nutrition e informes nacionales (Antigua y Barbuda, Granada, Dominica, Saint Kitts y Nevis).

Con respecto a la baja talla para la edad (o desnutrición crónica), éste es un problema grave en la región, con una prevalencia que duplica la de bajo peso (15,6% vs. 7,3%) con 8,8 millones de niños y niñas mostrando crecimiento reducido. Las mayores prevalencias están en los

<sup>22</sup> Indicador de monitoreo para el objetivo relacionado con el hambre de los objetivos de desarrollo del Milenio.

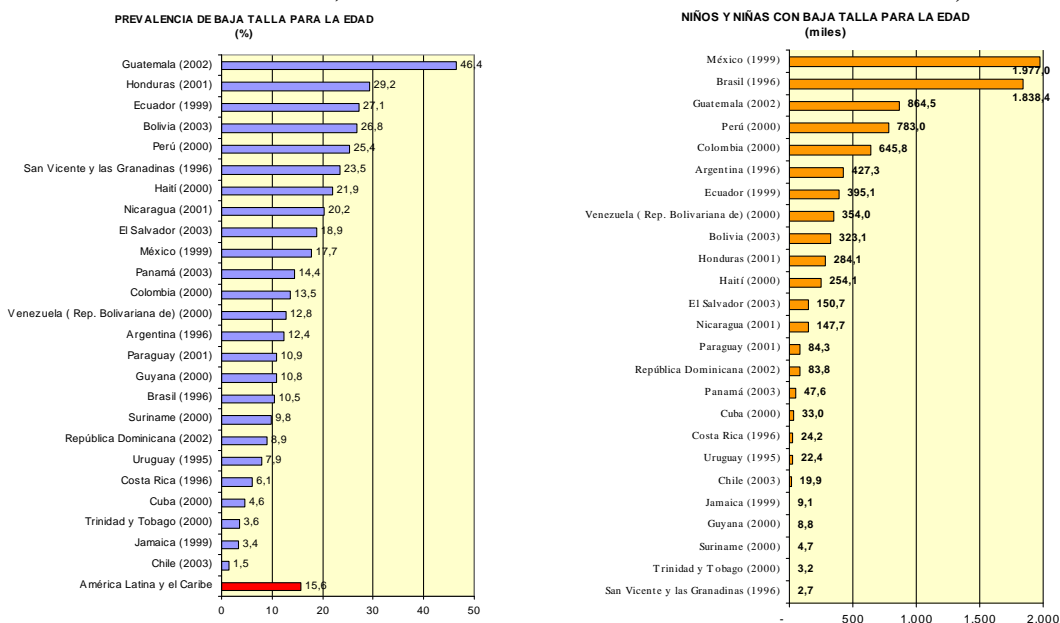


mismos países indicados anteriormente, resaltándose Guatemala debido a que, si bien muestra progresos, mantiene la peor situación en la región, con un valor casi 18 veces mayor que el valor promedio esperado (2,5%).<sup>23</sup>

Aun cuando México y Brasil están en el centro de la distribución, estos dos países concentran el 43% del total de casos de baja talla para la edad, una proporción que aumenta a 74% cuando se tienen en cuenta a Guatemala, Perú, Colombia y Argentina.

Cuando se compara el bajo peso y la baja talla para la edad entre subregiones de América Latina y el Caribe, es importante notar que hay diferencias significativas entre los países latinoamericanos y los caribeños de habla inglesa. Mientras los primeros muestran mayor prevalencia en el segundo indicador, los últimos lo hacen en el primero.

**GRÁFICO 10**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES): BAJA TALLA PARA LA EDAD**  
**(DESNUTRICIÓN CRÓNICA) EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, 1996-2003**



Fuente: CEPAL, elaboración propia basada en datos procedentes del Banco Mundial, el Departamento de Análisis Económico y Social de la ONU (DESA), Macro – Demographic and Health Survey (DHS), UNICEF – Multiple Indicators Cluster Surveys, UN Standing Committee on Nutrition e informes nacionales.

### 1.3. Deficiencias de micronutrientes

Las deficiencias de micronutrientes indican una forma “encubierta” de la desnutrición y un problema grave. Los tipos más frecuentes de deficiencias son aquellas relacionadas con el hierro, la vitamina A y el zinc, registrándose en menor grado las deficiencias de yodo, ácido fólico y algunas vitaminas del complejo B.

<sup>23</sup> Las cifras presentadas en este documento son los más recientes disponibles según las normas del NCHS. Los nuevos *Child Growth Standards de la OMS* formulados en su *Multi Centre Growth Study* pueden hacer algunos cambios en ellas. Véase [www.who.int/nutrition](http://www.who.int/nutrition).

La anemia ferropriva (por deficiencia de hierro) es una de las mayores patologías relacionadas con deficiencias de micronutrientes en América Latina y el Caribe, con mayor prevalencia entre las mujeres embarazadas y lactantes y entre los niños y niñas menores de dos años de edad. Algunos ejemplos: al 78% de los niños menores de dos años, 12% de los niños de 5-9 años y 52% de las mujeres embarazadas en Jamaica se les diagnosticó anemia en 1987; en Granada (1986), el 53,6% de las mujeres embarazadas, 61,7% de las mujeres lactantes y 59,7% de niños y niñas de edad preescolar mostraron algún nivel de anemia y bajo nivel de ferritina; Cuba registró una tasa de deficiencia de hierro de 43,1%; en México (1999), se identificó una prevalencia de 27,8% entre madres embarazadas entre las edades de 12 y 49 años, mientras la prevalencia de deficiencia de hierro alcanzó 52% en 2003; en Venezuela, se descubrió una prevalencia de anemia de 38,1% en niños y niñas entre las edades de dos y siete años; en la República Dominicana (1993), entre el 21% y 38% de los escolares mostraban anemia en diferentes regiones del país.

En el caso de la vitamina A, los estudios disponibles hacen énfasis en su importancia moderada en Honduras, junto con el hecho de que alcanza 27% de todos los niños menores de cinco años en México.

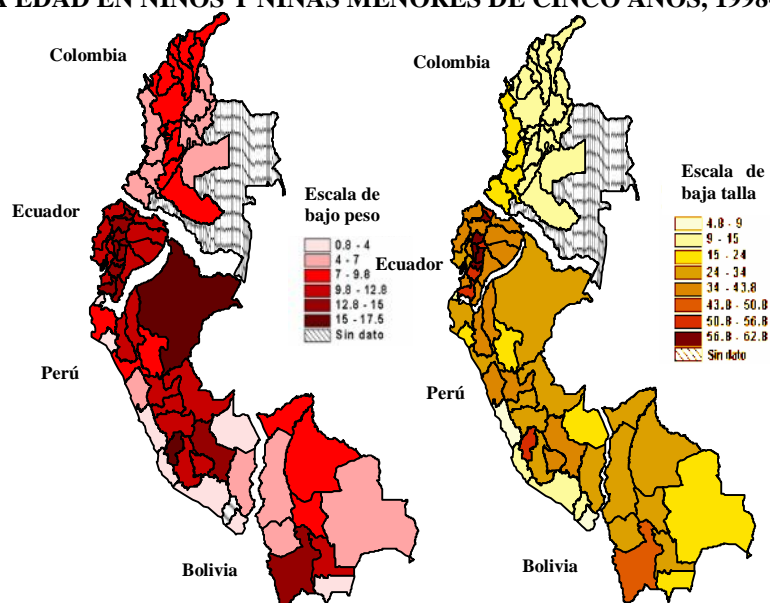
Finalmente, la información de antecedentes existente indica que la deficiencia de zinc no representaría problemas nutricionales significativos.

Teniendo en cuenta lo anterior, la orientación de las políticas debería enfocarse básicamente en reducir la incidencia de deficiencia de hierro sin descuidar la vigilancia epidemiológica o los otros programas relacionados con fortificación de micronutrientes.

#### **1.4. Los grupos más vulnerables**

Una característica de la desnutrición en América Latina y el Caribe es la disparidad observada entre poblaciones, la que, como se indicó anteriormente, es otro indicador de la desigualdad. Las prevalencias referentes a diferentes indicadores no son homogéneas entre países ni dentro de ellos, con niveles de vulnerabilidad significativamente mayores entre las poblaciones indígenas, rurales, pobres y con bajo nivel educacional. Por consiguiente, estas características, junto con los riesgos derivados de los problemas ambientales que surgen de la alta frecuencia de desastres naturales y de factores geopolíticos resultantes de conflictos sociales y armados, se convierten en los factores claves de la vulnerabilidad nutricional.

**GRÁFICO 11**  
**PAÍSES ANDINOS: PREVALENCIAS REGIONALES DE BAJO PESO Y BAJA TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, 1998-2000**



Fuente: CEPAL, proceso especial de encuestas demográficas y de salud nacionales de Bolivia (1998), Colombia (2000) y Perú (2000); Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) y Encuesta de Medición de Indicadores de la Niñez y los Hogares del Ecuador (EMEDINHO), 2000.

Como se indicó en el informe interagencial acerca de los ODM del 2005 y otros documentos especializados:<sup>24</sup>

- “La prevalencia de niños y niñas en la población menor de cinco años tanto con bajo peso como con baja talla para la edad varía significativamente entre un grupo socioeconómico y otro. Los niños que viven en pobreza extrema tienen una probabilidad dos a seis veces mayor de mostrar bajo peso o baja talla para la edad que los niños que no son pobres, y dos veces mayor que los niños pobres no indigentes. Esto da apoyo adicional a la idea de que cada país debe implementar políticas y estrategias específicas, y que estas iniciativas no se deben orientar exclusivamente hacia la población indigente.”
- “Los niños y niñas que viven en áreas rurales tienen de manera consistente y significativa mayor probabilidad de padecer subnutrición que los niños urbanos – tienen una probabilidad 1,5 a 3,7 veces mayor de tener bajo peso. Los países con las mayores brechas a este respecto son el Perú (con prevalencias de bajo peso de 11,8% en áreas rurales y 3,2% en áreas urbanas), Bolivia (14,0% y 6,2%), la República Dominicana (8,6% y 3,9%) y Brasil (9,2% y 4,6%). Adicionalmente, los niños y niñas rurales tienen una probabilidad entre 1,5 y 3 veces mayor (República Dominicana y Perú, respectivamente) de padecer subnutrición crónica o baja talla para la edad que los niños urbanos.”
- “Con respecto a factores étnicos y raciales, hay evidencia de que la población indígena (que tiende a estar concentrada en áreas rurales) y la de descendencia africana son más vulnerables que las poblaciones mestiza y blanca. Sin embargo, se debe destacar que

<sup>24</sup> Véanse CEPALy otras agencias de Naciones Unidas (2005), CEPAL-PMA (2005a y 2005b).

la mayoría de las encuestas de hogares y salud identifican el grupo étnico con base en la lengua usada en el hogar en vez de los rasgos culturales, los lazos familiares o la identificación propia. En muchos casos los encuestados que pertenecen a minorías étnicas no se informan como tales porque se habla español en la mayoría de las comunidades y hay poca educación bilingüe o intercultural. Con la excepción de Brasil y Trinidad y Tobago, las personas de descendencia africana generalmente no se identifican como grupo aparte, aun cuando varios estimadores indican que en algunos países representan proporciones significativas de la población (casi 25% en Colombia y 10% en Perú y Ecuador).” [...] “La situación también varía entre los diferentes grupos indígenas en un país. Por ejemplo, en Perú y Bolivia, quienes hablan Quechua son más vulnerables que quienes hablan Aymara: las tasas de bajo peso de estos grupos son 15% y 7%, respectivamente, mientras sus prevalencias de baja talla para la edad son alrededor de 48% y 35%, respectivamente.”

- “El nivel educativo de la madre es otro aspecto fundamental. En los países andinos, la prevalencia de bajo peso de niños y niñas menores de cinco años es 30% a 40% menor entre aquellos cuyas madres tenían educación primaria en comparación con aquellos cuyas madres no tienen educación alguna.” Aunque el impacto de la educación es positivo dentro de las poblaciones indígenas y no indígenas, lo que se ha observado en Bolivia y Perú es que las brechas entre estos dos grupos no son reducidas por la educación.
- “El bajo peso y la baja talla para la edad muestran un crecimiento continuo desde el nacimiento hasta los 18-24 meses de edad; luego se reducen o se mantienen estables.” Esto es muy pertinente para las políticas referentes a las consecuencias a largo plazo en el ciclo vital.
- “Los países con las mayores tasas de subnutrición y pobreza extrema también son los que seguirán registrando las mayores tasas de crecimiento de la población en la década que viene.”

## **2. Progreso hacia las metas del hambre**

Hay dos metas que cumplir para el 2015 bajo el primer objetivo de desarrollo del Milenio: reducir a la mitad el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza extrema en 1990, y reducir en cincuenta por ciento la prevalencia del hambre de 1990 (según los indicadores de subnutrición y bajo peso para la edad).

### **2.1. Progreso en la reducción de la subnutrición**

América Latina y el Caribe muestran un progreso adecuado con respecto al tiempo transcurrido hasta el 2001 (48%). Sin embargo, como se anotó anteriormente, las cifras para la región como un todo encubren considerables disparidades entre los países y no brindan una base para una evaluación correcta de sus posibilidades de lograr la meta.

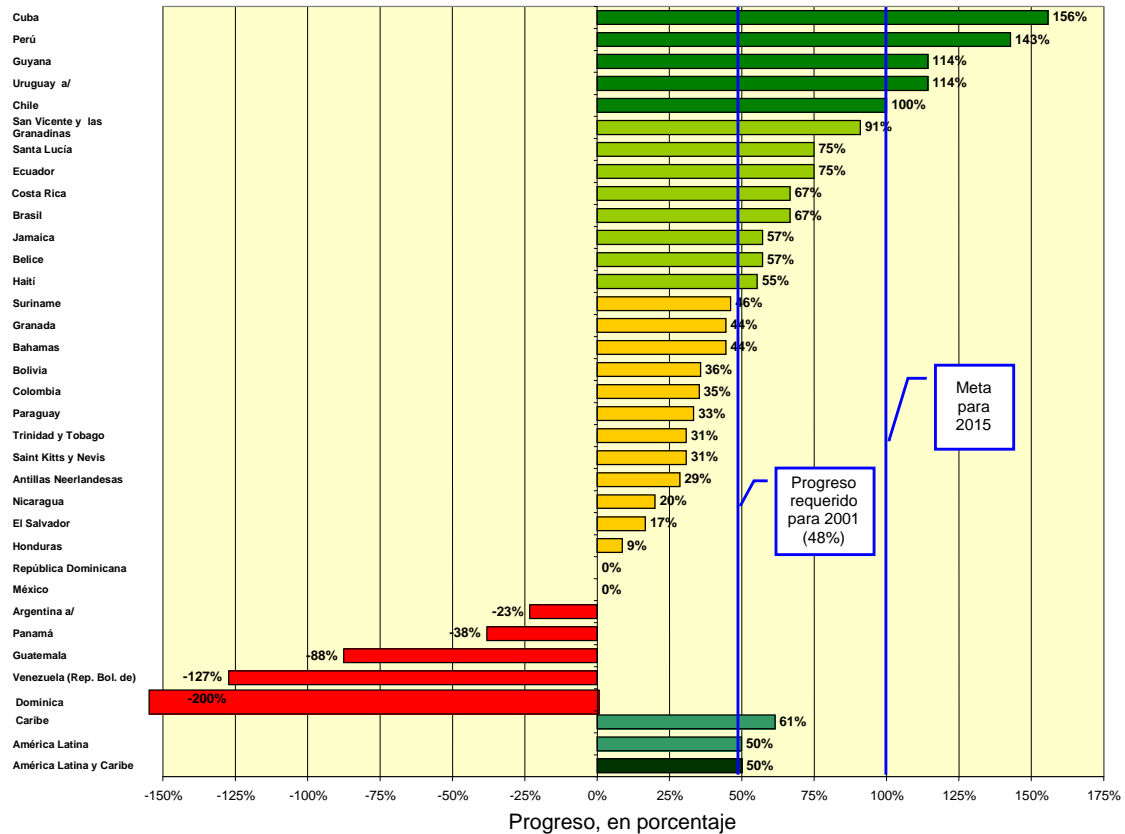
El progreso mostrado por Cuba, Perú, Guyana, Uruguay y Chile supera la meta para el 2015. Más aun, ocho países (cuatro del Caribe y cuatro de América Latina) muestran progreso por encima de la meta de mitad de período. Por consiguiente, a menos que hay un deterioro económico significativo o desastres naturales es probable que mantengan dicho progreso a través de la década venidera.

Un tercer grupo muestra menos progreso de lo esperado para lograr la meta, pero con importantes diferencias: mientras Suriname, Granada y las Bahamas casi están al día, el progreso

de Nicaragua, El Salvador y Honduras es significativamente menor. Estos países son seguidos por la República Dominicana y México, cuyos incrementos de DES es apenas igual al crecimiento de la población y no muestran ningún progreso hacia el cumplimiento de la meta. Por lo tanto, en los años venideros la oferta de alimentos de estos cinco países necesita ser aumentada significativamente más rápido que en el pasado. Sin embargo, para lograr la meta se debe aumentar el acceso de los grupos más vulnerables a los alimentos.

Finalmente, Argentina, Panamá, Guatemala, la República Bolivariana de Venezuela y Dominica muestran una regresión significativa en el DES, lo cual significa que su oferta de alimentos ha crecido menos rápido que la población y/o ha aumentado la desigualdad. Con respecto a los estimativos de la CEPAL para el 2005, deberían aumentar su oferta de alimentos a más del doble de rápido que en los años noventa, particularmente en el caso de Guatemala. In el caso de los otros tres países, parece ser más un problema de acceso a la provisión de alimentos que un asunto de disponibilidad.

**GRÁFICO 12**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (32 PAÍSES): PROGRESO HACIA LA META DE**  
**NUTRICIÓN DEFICIENTE**  
*(En porcentajes, para 2000-2002)*



Fuente: CEPAL, elaboración propia con datos de FAO, (2004).

<sup>a</sup> Sector urbano.

## 2.2. Progreso en la reducción de la desnutrición

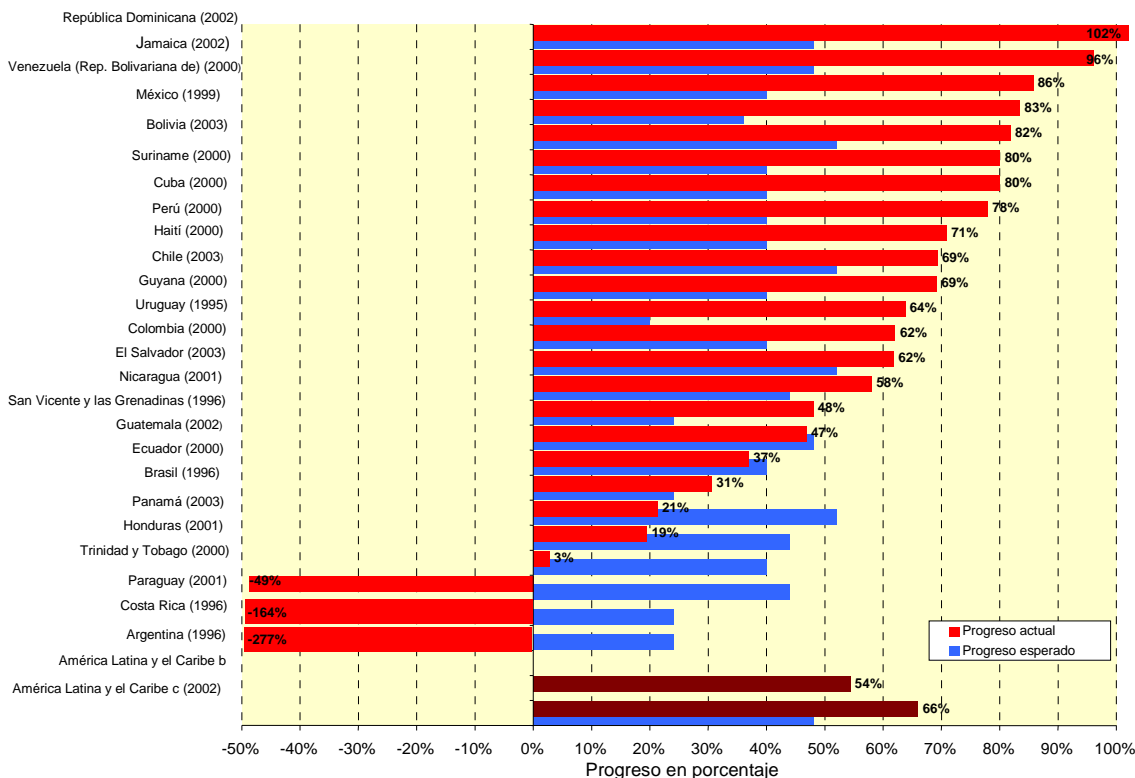
Estimaciones basadas en estudios de nutrición realizados en las últimas dos décadas sugieren que la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños han dado pasos significativos hacia la meta de reducir a la mitad la prevalencia de niños y niñas con bajo peso. Desde comienzos de los años noventa hasta la última medición realizada, muestran un promedio ponderado de progreso de 54% hacia la meta. Pero si se usa el progreso nacional anual para proyectar el promedio ponderado para el 2002, aumenta a 66%, cuando el requerimiento mínimo en ese punto era 48%. Con respecto a estas estimaciones, la región como un todo parece tener probabilidad de alcanzar la meta de reducir la prevalencia de niños menores de cinco años de edad con bajo peso del promedio de 10,3% a 5,2%. Esto llevaría el número a justo debajo de los 2,9 millones para el 2015, reduciendo la población con bajo peso de este grupo de edad en 1,4 millones.

Como se mencionó anteriormente, en América Latina y el Caribe la situación entre los países y dentro de ellos no es homogénea. Por lo tanto, los promedios regionales esconden algunos avances insuficientes en Trinidad y Tobago, Honduras, Panamá, Ecuador y Guatemala, y hasta importantes regresiones en Argentina, Costa Rica y Paraguay. Es importante subrayar que Argentina, Panamá y Honduras también muestran avances pobres o regresión con respecto a la subnutrición, siendo la situación más crítica en el último dada sus prevalencias.

De otra parte, la República Dominicana ya ha alcanzado la meta y Jamaica ya casi la ha alcanzado; la República Bolivariana de Venezuela, Bolivia, México, Suriname, Cuba y Perú han logrado más del 75% del progreso requerido y probablemente alcanzarán la meta antes del 2015.

El progreso en Haití, Chile, Guyana, Uruguay, Colombia, El Salvador, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas y Brasil ha igualado o superado el mínimo esperado entre mediciones. Esto permite suponer que es probable que estos países cumplan la meta, salvo recesiones económicas importantes, desastres naturales o la suspensión de las actuales políticas y programas.

**GRÁFICO 13**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES): PROGRESO HACIA LA META DE**  
**DESNUTRICIÓN – BAJO PESO<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes, alrededor de 2002)*



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con base en cifras procedentes de la Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO) ([www.eclac.cl/badeinso/Badeinso.asp](http://www.eclac.cl/badeinso/Badeinso.asp)); United Nations Millennium Indicators Database [online] ([http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi\\_goals.asp](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp)); Opinion Research Corporation - ORC Macro, Demographic and Health Surveys (DHS) ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)); el Banco Mundial, World Development Indicators (WDI) ([www.worldbank.org/data/online/databases/online/databases.html](http://www.worldbank.org/data/online/databases/online/databases.html)); y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Global Database on Child Malnutrition ([www.childinfo.org/eddb/malnutrition/index.htm](http://www.childinfo.org/eddb/malnutrition/index.htm)).

- <sup>a</sup> Se refiere a la cifra disponible más reciente de cada país para la subnutrición entre 1995 y 2002.
- <sup>b</sup> Promedio ponderado de las prevalencias en los países en el año de medición.
- <sup>c</sup> Promedio ponderado de las prevalencias en los países proyectadas para el 2002, según el progreso logrado entre mediciones.

Con respecto a la importancia de la prevalencia de baja talla para la edad en la región de América Latina y el Caribe, parece pertinente comentar acerca del progreso observado en la última década. Entre 1990 y 2002, el porcentaje de niños y niñas con baja talla para la edad cayó de 19,1% a 15,6% en la región como un todo, pero Panamá y Argentina muestran aumentos significativos, lo cual es consistente con sus regresiones en cuanto a bajo peso. Doce países muestran mejoras mayores del promedio, mientras sólo la República Dominicana, Jamaica, Chile y Uruguay han mejorado más de 40% en el período.

### 3. La desnutrición y las políticas

#### 3.1. Políticas y programas de alimentación

El objetivo de una política de alimentación es ayudar a superar la inseguridad alimentaria entre la población. Esto significa hacer que la gente pueda tener, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos seguros y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias con el fin de poder llevar una vida activa y saludable.

Para cumplir este objetivo, los países de la región han propuesto varias estrategias de intervención, desde el área de producción y mercadeo de alimentos hasta programas de ayuda de emergencia. Sin embargo, al intentar identificar políticas específicas para proteger la seguridad alimentaria y nutricional los datos recopilados muestran una heterogeneidad importante, debidas en parte a diferencias en el problema mismo en cada uno de los países. La mayoría de los países latinoamericanos tienden a tener instancias políticas especializadas a nivel central y en casi todos los casos hay una política nacional, pero muchos de ellos no tienen seguridad jurídica para intervenciones a largo plazo.

Como indicara el INCAP para los países centroamericanos (2003) “aunque la mayoría de las políticas y planes han sido creados teniendo en cuenta la disponibilidad, el acceso, el consumo y la utilización biológica de los alimentos, hay un énfasis en la utilización biológica y en el consumo” ... “En la práctica, en muchos casos, las interrelaciones para la coordinación carecen de la coherencia necesaria, en particular con las políticas de producción y acceso, de modo que se hace necesario considerar las políticas macroeconómicas, la globalización y el comercio interregional conjuntamente con los procesos de modernización y descentralización del estado para que estos planes adquieran un enfoque más realista y se vuelvan políticamente viables, además de técnica y económicamente factibles.”

En el caso de los países caribeños de habla inglesa y francesa, las orientaciones de políticas públicas parecen estar relativamente subsumidas dentro de las políticas contra la pobreza, incluyendo la atención para grupos vulnerables (niños y niñas, mujeres, y personas que viven en áreas rurales) y la protección de derechos relativos a la salud, educación y nutrición. Las Bahamas, Belice, Guyana y Trinidad y Tobago resaltan como los únicos países donde uno puede identificar políticas nutricionales o planes nutricionales específicos que están orientados fundamentalmente hacia problemas de deficiencias de micronutrientes. Esto es comprensible en la medida en que el problema en dichos países está más centrado en esos aspectos que en el bajo peso o la baja talla para la edad (CEPAL-PMA, 2005a).

Al nivel de los programas de alimentación ya existentes en los países, éstos se enfocan en transferencias de tecnología para mejorar la producción (en volumen y calidad), alimentación escolar, promoción de la salud materno-infantil (con promoción de la lactancia materna), fortalecimiento de alimentos con micronutrientes (básicamente hierro, yodo y vitamina A), recuperación de casos críticos y mitigación de la vulnerabilidad alimentaria por desastres naturales y conflictos sociales.

Experiencias más recientes son los programas integrales contra la pobreza y los programas de protección social que incluyen a la nutrición como objetivo y como medio a través de transferencias condicionadas de dinero y alimentos. Algunos ejemplos son *Bolsa Familia* en Brasil, *Oportunidades* en México, *Red de Protección Social* en Nicaragua, *Programa Familias* en Colombia y *Programa de Asignación Familiar* en Honduras, entre otros.

En el caso de los países miembros de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), existe una creciente implementación de redes de seguridad social orientadas hacia los más vulnerables. La prestación de tales servicios desempeña un papel clave en el alivio de la



pobreza y en brindar condiciones básicas de vida. Al estar basados en el sistema de contributivo de pensiones, que funciona con base en una economía formal, han habido limitaciones a la participación de aquellos más necesitados, quienes son principalmente trabajadores rurales independientes (Caribbean Development and Cooperation Committee, 2004: 4).

La cooperación internacional ha sido muy relevante en la implementación de dichos programas, en particular en los países centroamericanos y andinos, apoyando a las instituciones gubernamentales en la definición de políticas y el diseño de programas. Esta cooperación incluye organizaciones internacionales (como la CAN, FAO, INCAP, PMA, UNICEF y SICA) y naciones donantes. El financiamiento de los alimentos procede principalmente de partidas presupuestales nacionales, bancos (BCIE, BID y BM) y, en medida significativa, de donaciones de países y agencias donantes (principalmente el PMA y USAID). Las ONGs nacionales e internacionales aportan con ayuda significativa en la implementación de los proyectos.

Por último, es importante mencionar algunas iniciativas regionales y subregionales que han sido emprendidas por algunos países y agencias internacionales. Estas incluyen la iniciativa *América Latina y el Caribe sin Hambre 2025* promovida por los gobiernos de Brasil y Guatemala y apoyada por la FAO; la *Estrategia Regional sobre Nutrición en la Salud y el Desarrollo* de la OPS; el *Programa Regional para la Erradicación de la Desnutrición Infantil* promovido por gobiernos de América Central, el PMA y el BID; y estudios en curso de la CEPAL y el PMA para estimar el costo de la desnutrición en la región, cuyos estimaciones para la América Central han sido presentadas en el mes de junio de 2007 en Panamá.

### 3.2. Recomendaciones de política

Dos elementos parecen ser de gran pertinencia cuando se intenta formular e implementar políticas contra el hambre y la desnutrición:

En primer lugar, durante los últimos años los diseñadores de políticas sociales han fomentado cada vez más la articulación intersectorial para enfrentar los problemas sociales de una manera integral y participativa. Esta orientación se basa en una visión sistémica que resalta la fuerte interacción entre varias fuentes de vulnerabilidad (tales como salud, nutrición, educación, vivienda, empleos y medio ambiente). En forma global, estas fuentes causan el círculo vicioso de la pobreza. A su vez, un impacto positivo ejercido en cada una de ellas activa una cadena de efectos positivos en las demás de tal manera que es posible identificar un círculo virtuoso de grandes sinergias cuando se analizan y trabajan de manera conjunta.

Segundo, la lucha contra la desnutrición (particularmente la baja talla para la edad o desnutrición crónica) requiere esfuerzos y compromisos de largo plazo, con intervenciones orientadas hacia los niños y niñas menores de tres años y las mujeres embarazadas y lactantes, todos los cuales están viviendo períodos cruciales de vulnerabilidad nutricional dentro de su ciclo de vida.

Dentro de este marco, se da a continuación un conjunto general de pautas de política, algunas de implementación de relativamente corto plazo y otras de implementación a plazo más largo:

- Promover la lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses de edad), brindando condiciones apropiadas para las madres trabajadoras.
- Mantener y mejorar los programas de fortificación de alimentos con micronutrientes, los cuales han mostrado ser muy costo-efectivos para reducir las brechas en la salud, el aprendizaje y la productividad.
- Suministrar suplementos alimentarios y promover su consumo entre las mujeres embarazadas y lactantes, así como los infantes y niños de edad preescolar.

- Promover y mejorar las prácticas de consumo de alimentos basadas en productos locales y tradicionales muy nutritivos, teniendo en cuenta las diversidades culturales y étnicas.
- Establecer programas de transferencias monetarias y de alimentos para personas que viven en condiciones de pobreza extrema, a cambio de su participación en servicios de educación y servicios de atención primaria de salud, trabajo comunitario, capacitación, programas de alfabetización, etc. Varios países de la región han adoptado este enfoque, con programas que hasta ahora han recibido evaluaciones positivas (véase supra I.4.1.2)
- Fortalecer acciones preventivas – especialmente a través de programas de información pública, educación en alimentos y nutrición y comunicación de mejores prácticas en cuidado de los niños y niñas, higiene, eliminación de parásitos, hábitos alimentarios saludables y manejo y conservación de alimentos – orientadas a los grupos más vulnerables.
- Instituir u optimizar sistemas de protección alimentario de emergencia para dar respuesta efectiva en casos de desastres naturales y conflictos sociales, garantizando el apoyo directo para los niños y sus madres.
- Mejorar la inversión y la gestión de servicios de educación y salud para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la oferta, con el fin de lograr mayores niveles de seguridad alimentaria y acceso a atenciones de salud.
- Mejorar la infraestructura de agua y saneamiento en áreas marginales para reducir la transmisión de enfermedades asociadas con la desnutrición, de irrigación para aumentar la productividad agrícola en áreas secas, y de caminos para facilitar el comercio de productos locales y la distribución de alimentos en situaciones de emergencia.
- Facilitar el acceso a activos de producción, incluyendo tierra, equipos y financiamiento para las familias más vulnerables. Esto se debe complementar con programas de mejoramiento del suelo, manejo de aguas y almacenamiento de alimentos, así como con acciones para mejorar la productividad y diversificación, especialmente para los agricultores de subsistencia.
- Mejorar los procesos productivos de bienes agrícolas mediante la inversión en nuevas tecnologías, capacitación e higiene, especialmente en términos de manejo de alimentos en establecimientos comerciales y en los hogares, junto con sistemas efectivos de control de la salud para proteger los niños y niñas contra enfermedades que se originan en las diversas etapas de producción y distribución.
- Abogar por un sistema justo de comercio internacional de bienes agrícolas, especialmente con respecto a los efectos de subsidios y otros mecanismos de protección implementados por los países desarrollados. A pesar de que facilitan el acceso a alimentos para algunos sectores de la población, estas medidas limitan la competitividad de los pequeños productores y microproductores agrícolas (quienes por lo general son los más vulnerables) así como la seguridad alimentaria local.

La prioridad de cada iniciativa para cada país depende de su perfil nutricional y epidemiológico y de los programas nacionales que están en curso, por tanto su implementación deberá ser acorde a dicho contexto, pero sin perder la noción de política de estado, sistémica y de largo plazo.

### **III. La educación en América Latina y el Caribe**

#### **1. La situación educativa en América Latina y el Caribe: visión ampliada del segundo objetivo de desarrollo del Milenio**

La centralidad de la educación para el desarrollo es evidente tanto por que es un derecho humano fundamental, así como porque contribuye al desarrollo productivo, promueve la equidad intergeneracional, y capacita a las personas para emprender sus proyectos de vida y su condición de ciudadanía. Más aún, la educación adquiere hoy nuevos ímpetus y mayor importancia estratégica a la luz de los cambios generados por la globalización en los nuevos patrones productivos, y su mayor valoración de la información y el conocimiento,<sup>25</sup> así como por la necesidad de formar ciudadanos en la ética de los derechos humanos y de la participación democrática. Esto obliga a contar con sujetos y recursos humanos capaces de participar en los nuevos modos de producir, participar y convivir. Todo lo anterior explica el compromiso de los gobiernos por avanzar decididamente tanto en logros educativos como en aprendizajes pertinentes.

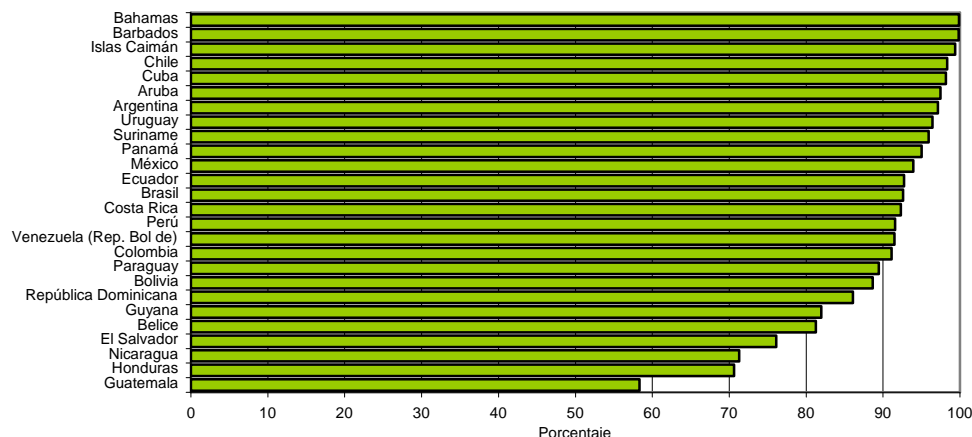
En este marco se plantea el segundo objetivo de desarrollo del Milenio, que contiene, como meta 3, la conclusión universal de la educación primaria al 2015 para todos los niños y niñas del planeta. No obstante, en América Latina y el Caribe existe espacio para la formulación de metas más ambiciosas en el marco de dicho objetivo, dados los altos niveles de conclusión de la primaria en la región (al 2002, el 88,1% de la población de 15 a 19 años había completado la educación primaria, ver gráfico 14);<sup>26</sup> y dado que la equidad de género en la conclusión de la primaria fue alcanzada en 1992 y se mantenía una década después (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005).

---

<sup>25</sup> Una de las características prominentes de los países del Caribe es el nivel educativo relativamente alto de su población, en comparación con el resto del mundo en vías de desarrollo. Esta ventaja competitiva en el campo del conocimiento hace que el Caribe constituya un mejor sitio para asimilar y adaptar tecnologías sofisticadas. Los inversionistas buscan mejorar su competitividad estableciendo sus operaciones en proximidad de reservas de conocimiento más que de trabajo, dado que en la actualidad el costo del trabajo provee una ventaja relativamente menor en comparación con los costos de la información.

<sup>26</sup> Se utiliza el segmento de edad 15-19 años porque se supone que a esa edad quienes no concluyeron la primaria, ya no están en el sistema educativo. En cuanto a las tasas netas de matrícula para la educación primaria, el promedio simple para América Latina y el Caribe de la tasa de matrícula de niños y niñas de 8 años alcanzaba el 7,0 en el 2004 (UNESCO 2007b).

**GRÁFICO 14**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (26 PAÍSES): CONCLUSIÓN DE PRIMARIA,**  
**POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD**



Fuente: Para los países del Caribe y Aruba: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). Para Cuba: información del Censo de Población de 2002. Para los países de América Latina: Encuestas de Hogares acopiadas y procesadas por la CEPAL. Toda la información ha sido organizada de acuerdo a la CINE 97. Tomado de UNESCO (2007b)

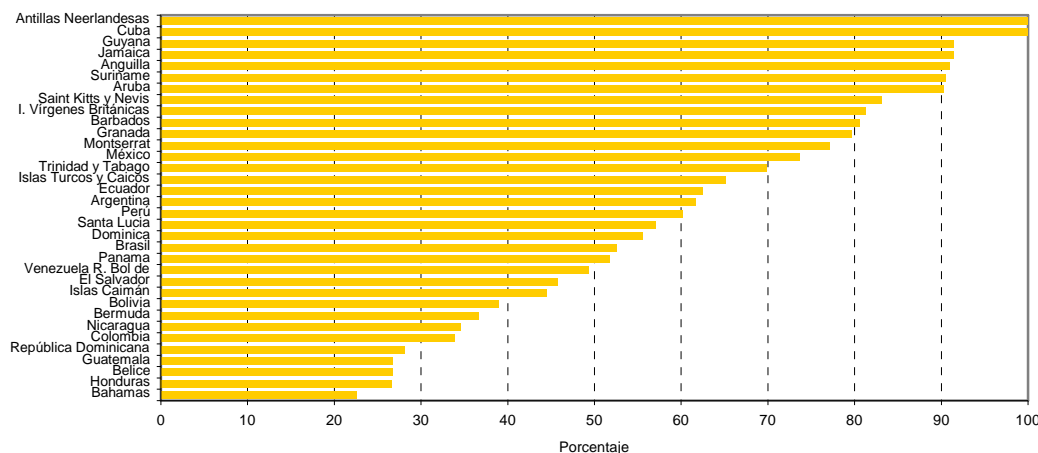
Al mismo tiempo, la realidad regional muestra que la educación primaria no es condición suficiente para la reducción de la pobreza, la promoción de la equidad y el desarrollo del capital humano requerido para la mayor productividad. No debe extrañar, pues, que los compromisos asumidos por los gobiernos de América Latina y el Caribe planteados en el Marco de Acción Regional para las Américas de Santo Domingo (UNESCO, 2000b), y en la Cumbre de las Américas de 1998, establecen un conjunto más amplio de objetivos y metas en educación. Éstas se refieren a logros en el ámbito de la educación pre-primaria, la educación primaria, la secundaria y la alfabetización de adultos. Por lo mismo, se ha considerado para el caso de América Latina y el Caribe la necesidad de redefinir las metas a lograr al 2015, a saber (CEPAL-UNESCO, 2005):

- *Universalizar la educación pre-primaria*, elevando al 100% la tasa neta de matrícula entre los niños de entre 3 y 5 años de edad en todos los países de la región al año 2015.
- *Asegurar el logro universal del ciclo primario*, aumentando a 100% dicho logro para la población de 15 a 19 años de edad, vale decir, un grupo etario cercano a la edad de conclusión pero que ya no está dentro de la población asistiendo a este ciclo.
- *Elevar a 75% la cobertura de la educación secundaria*, teniendo como meta establecida lograr al año 2015 una tasa neta de matrícula no inferior a 75%.
- *Erradicar el analfabetismo adulto*, vale decir, alfabetizar al total de la población de 15 y más años de edad actualmente analfabeta y aquella que se encuentre en esa condición hasta el año 2015. A partir de ese año el cumplimiento de esta meta quedaría asegurado en la medida que se logre la segunda meta.

*La universalización progresiva de la educación preescolar* se justifica por la relevancia de la atención de la primera infancia en el desarrollo de las capacidades y la integración social posterior de los niños y niñas. La participación en programas de educación preescolar se vincula con beneficios sustanciales a lo largo de la vida, ya sea en la progresión y el desempeño en el

sistema educativo como en la inserción social en el largo plazo. Estos antecedentes sugieren que las inversiones en la educación pre-primaria deberían alcanzar una posición de primera prioridad en las agendas de los gobiernos de América Latina y el Caribe (Villatoro, 2007). Según la CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas (2005), aproximadamente un 69,5% de los niños del Caribe se matriculó en la educación preescolar en el 2002, mientras que en América Latina esta cifra llegó a un 42,5%. (Ver Gráfico 15).

**GRÁFICO 15**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (24 PAÍSES): TASA NETA DE MATRÍCULA**  
**EN PREESCOLAR**  
 (Porcentajes)



Fuente: Base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

*La conclusión de la secundaria* es esencial para aumentar opciones de reducir la pobreza, aumentando los retornos salariales por los años adicionales de educación. El egreso de este nivel es hoy considerado un umbral educativo que otorga a las personas altas probabilidades de mantenerse fuera de la pobreza absoluta a lo largo de la vida activa, dado el incremento en retornos por efecto de compleción del ciclo y titulación (CEPAL, 2004a, cap. V). De acuerdo a estimaciones de principio de la década (CEPAL 2004a), se requiere, como promedio regional, un mínimo de 10 a 13 años de educación formal, y en muchos casos completar la educación secundaria, para contar con un 90% o más de probabilidades de no caer, o seguir en la pobreza, dependiendo del país (véase cuadro 4). Y los requerimientos de escolaridad aumentan a la par de la devaluación educativa (de retornos salariales por años de escolaridad) debido al incremento de los logros educativos promedio en una sociedad y el aumento de las exigencias productivas y culturales (CEPAL, 2004a, 2004b). En rigor, en la década de 1990 se observó en la región una disminución de los retornos para la educación primaria (CEPAL, 2002b)

**CUADRO 4**  
**NÚMERO DE AÑOS DE ESTUDIO REQUERIDOS PARA TENER UNA PROBABILIDAD DE**  
**ESTAR EN LA POBREZA IGUAL O INFERIOR AL PROMEDIO DE CADA PAÍS ENTRE**  
**OCUPADOS DE 20 A 29 AÑOS DE EDAD**

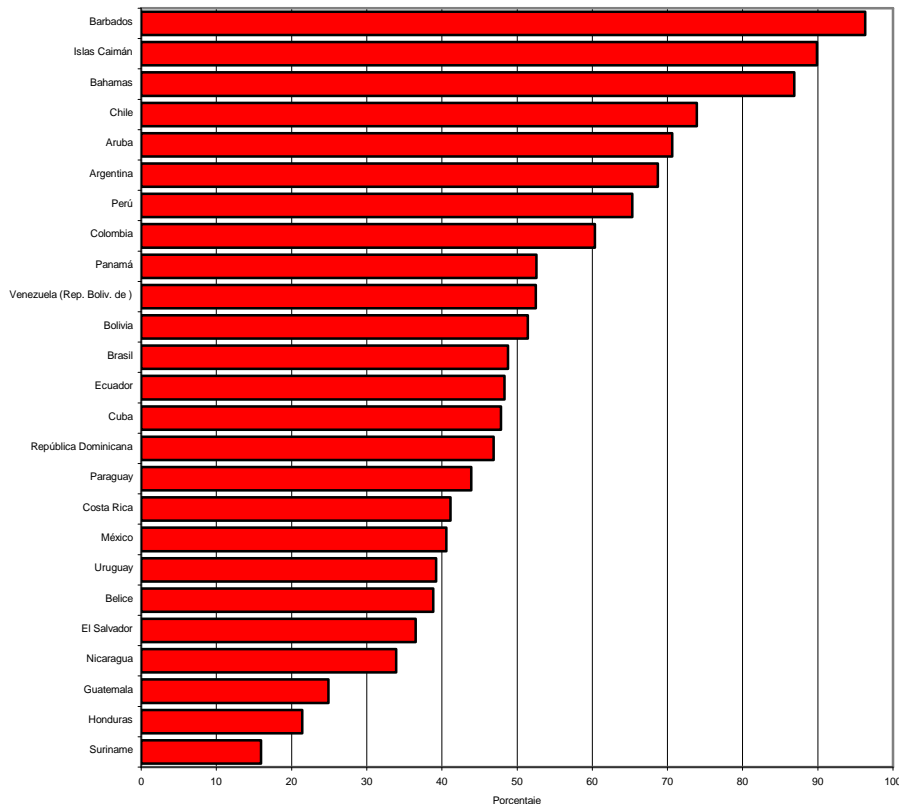
<b>País</b>	<b>Nivel de pobreza medio de los ocupados</b>	<b>Número de años de estudio mínimo</b>	<b>Promedio de ingresos laborales (en LP)</b>
Argentina, 1999	11,5%	11	3,7
Bolivia, 1999	38,7%	13	3,4
Brasil, 1999	22,5%	8	3,0
Chile, 2000	10,1%	12	4,1
Colombia, 1999	33,8%	11	2,7
Costa Rica, 1999	7,5%	10	4,4
Ecuador, 1999	51,4%	12	2,4
El Salvador, 1999	25,6%	10	2,9
Guatemala, 1998	34,0%	9	1,9
Honduras, 1999	58,9%	9	2,7
México, 2000	22,5%	10	3,3
Nicaragua, 1998	52,8%	11	2,9
Panamá, 1999	10,8%	11	3,5
Paraguay, 1999	28,5%	12	2,9
Perú, 1999	22,3%	11	2,5
República Dominicana, 1997	15,6%	11	3,6
Uruguay, 1999	5,8%	9	3,8
Venezuela, (Rep. Bolivariana de) 1999 <sup>a</sup>	32,8%	11	3,1

Fuente: CEPAL,(2004a).

<sup>a</sup> Total nacional.

En el nivel secundario la tasa neta de matrícula promedio regional era, según la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), de 71,8% al 2004. Pero una proporción importante de alumnos abandona la educación secundaria, situación más pronunciada entre los niños de las familias más pobres. Además, existe gran heterogeneidad entre países. Conforme a datos del período 2000/20001, las tasas netas de matrícula oscilaban entre el 26% en Guatemala y el 36% en Nicaragua, y tasas cercanas o superiores al 70 u 80% en Barbados, Cuba y Jamaica en el Caribe, y en Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay en América Latina (CEPAL-UNESCO, 2004).

**GRÁFICO 16**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (25 PAÍSES): CONCLUSIÓN DE SECUNDARIA,**  
**POBLACIÓN DE 20 A 24 AÑOS DE EDAD**



Fuente: Para los países del Caribe y Aruba: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). Para Cuba: información del Censo de Población de 2002. Para los países de América Latina: Encuestas de Hogares copiadas y procesadas por la CEPAL. Toda la información ha sido organizada de acuerdo a la CINE 97. Tomado de UNESCO (2007b).

Nota: Se utilizó el grupo de edad 20-24 años porque es cercano a la edad de egreso de secundaria, pero al mismo tiempo es un grupo que ya no está asistiendo a dicho nivel.

*La erradicación gradual del analfabetismo en la población adulta* aportaría a la reducción de la extrema pobreza, al incremento de la cohesión e inclusión sociales y al fomento de la productividad y el crecimiento. Erradicar el analfabetismo implica atender tanto a quienes no tuvieron acceso a la educación formal como a aquellos que la abandonaron tempranamente para incorporarse al trabajo, y por desuso perdieron la capacidad de leer y escribir. Esta meta permitirá no sólo reducir la marginación social, sino también abrir posibilidades de mayor entrenamiento y capacitación, mejorar el rendimiento en el trabajo y disminuir tasas de mortalidad infantil asociadas al analfabetismo de las madres. Se estima que cerca de 36 millones de habitantes de América Latina y el Caribe declaran no tener habilidades básicas de lecto-escritura, lo cual es un impedimento grave para su inclusión social (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005).

## 2. Financiamiento de la educación

Las cuatro metas recién planteadas plantean desafíos tanto en la mejora de la gestión y la eficiencia de los sistemas educacionales, como también en cuanto a recursos financieros que se requieren para cumplirlas hacia el año 2015.

De acuerdo a estimaciones de CEPAL y UNESCO realizadas en el 2004, y con base en datos del 2000, los recursos totales necesarios para cumplir las metas educacionales al año 2015 ascendían a casi 149.000 millones de dólares para un total de 22 países de la región, en el lapso 2000-2015 (CEPAL-UNESCO, 2005). Esta cifra representa cerca de 7,5 puntos porcentuales del PIB del año 2000 de los 22 países considerados y 20 puntos porcentuales del PIB de Brasil de ese mismo año.

Si el conjunto de los países considerados quieren ver cumplidas las cuatro metas debían gastar, entre el 2005 y el 2015, cerca de 13.560 millones de dólares adicionales por año durante once años. Conforme a dicha proyección, alrededor de 60% de estos recursos (90.000 millones de dólares para el período 2005-2015) provendrían del presupuesto público si los 22 países considerados mantuvieran la fracción del PIB que actualmente destinan a la educación pre-primaria, primaria y secundaria, y lograran un crecimiento económico promedio anual de 2,6% durante dicho período. Lo que implicaría la necesidad de recursos adicionales por un monto cercano a 60.000 millones<sup>27</sup> (ver cuadro 5).

Según las estimaciones realizadas en el documento citado, en educación pre-primaria, y considerando los niveles relativamente bajos de cobertura en este ciclo, los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal representan algo más del 40% del total de recursos para las cuatro metas contempladas, lo que implica un total estimado de 64.600 millones de dólares. En el caso de la universalización del ciclo primario, reduciendo la tasa de repetición y elevando el costo por alumno en países con mayor rezago, se requeriría alrededor de 21.500 millones de dólares, sólo un 14,4% del total para las cuatro metas. Ampliar la cobertura en secundaria al 75% para el 2015 (meta ya cumplida en cuatro países), requeriría en torno a los 59.300 millones de dólares, a saber, un 39,8% del total para las cuatro metas. Por último, la erradicación del analfabetismo adulto para el año 2015 demandaría un total de 6.900 millones de dólares, que representa un 4,6% del total de recursos adicionales, atendiendo un promedio de 2,9 millones de personas por año.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Hay que considerar que la proyección se hizo estimando tasas de crecimiento relativamente bajas, que representaban en ese momento el promedio de los últimos años. Considerando el aumento importante del crecimiento en los dos años recientes, el escenario es más positivo en términos de disponibilidad de recursos del presupuesto público.

<sup>28</sup> De este total de 6.900 millones, el 54% serían gastados por Brasil y México, países que deberían cubrir anualmente cerca de 1,6 millones de personas.



**CUADRO 5**  
**AMÉRICA LATINA (22 PAÍSES): ESTIMACIÓN GLOBAL DEL COSTO TOTAL Y ADICIONAL PARA CUMPLIR LAS CUATRO METAS**  
**EDUCATIVAS DEL AÑO 2015**

(En porcentaje de PIB y millones de dólares de 2000)

Meta	Año 2000			Año 2010		Año 2015		Recursos totales adicionales para alcanzar las metas (US\$mill.) b	Recursos totales adicionales para alcanzar la meta sin aumentos de calidad d	
	Tasa neta de matrícula	Costo per cápita a	Costo total (US\$mill.) b	Costo total como % del PIB 2000	Costo total anual como % del PIB c	Recursos adicionales necesarios en el año (US\$mill.) b	Costo total anual como % del PIB c			Recursos adicionales necesarios en el año (US\$mill.) b
<b>Total metas</b>	...	...	<b>60664</b>	<b>3,06</b>	<b>2,83</b>	<b>12268</b>	<b>2,71</b>	<b>18823</b>	<b>14881</b>	<b>124069</b>
1. Universalizar la educación preprimaria	51	483	5928	0,30	0,44	5341	0,48	8134	64120	61975
2. Asegurar el logro universal del ciclo primario	93	445	27011	1,36	1,11	1569	1,01	2424	18939	12230
3. Elevar a 75% la cobertura de la educación secundaria	62	784	27725	1,40	1,28	4897	1,22	7723	58871	42983
4. Erradicar el analfabetismo adulto	11 e/	160	...	...	--	481	--	543	6881	6881

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), estimaciones sobre la base de "Compendio Mundial de la Educación 2003. Comparación de las Estadísticas de Educación en el Mundo", Montreal 2003, Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). Ver CEPAL-UNESCO, 2005.

a Costo por matriculado en establecimientos públicos.

b Costo adicional en cada año indicado para alcanzar una cobertura consistente con el logro de la meta, en relación con el gasto que demandaría mantener la tasa de cobertura del año 2000. Las cifras están expresadas en millones de dólares de 2000.

c Hipótesis de crecimiento histórico (tasa promedio anual 1990-2002 de 2,6)

d Costo adicional para alcanzar una cobertura consistente con el logro de la meta, sin considerar aumentos de costos per cápita en aquellos países con valores inferiores a la mediana, criterio utilizado como aproximación a mejoras en la calidad del servicio educativo (para mayor detalle, véase el anexo metodológico). Salvo indicación contraria, las restantes cifras y cuadros consideran este aumento paulatino en la calidad.

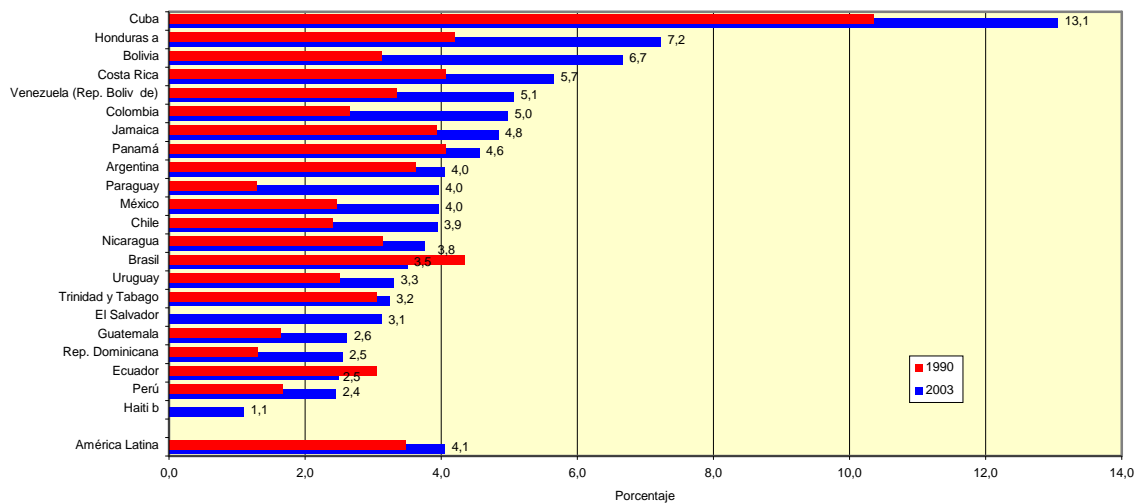
e En este caso se refiere a la tasa de analfabetismo adulto.

--La cifra es cercana a cero (0).

Sin duda es importante jerarquizar los cambios educativos según su impacto en logros de los educandos, porque ello permitiría reorientar la inversión en educación a fin de optimizar el destino de la misma. Pero es importante, igualmente, insistir en que no es suficiente darle mayor eficiencia y eficacia al gasto social en educación. También es fundamental, tal como lo han sostenido los países de la región en sus esfuerzos de reforma educativa durante los años 90 y comienzos de este decenio, el compromiso de los gobiernos en elevar la inversión pública en educación, tanto en términos absolutos como en porcentaje del PIB, así como captar mayores recursos de fuentes, privadas y externas.

En cuanto al esfuerzo financiero de los países, los países de América Latina y el Caribe destinan en promedio aproximadamente el 4% del producto interno bruto a la educación. Este esfuerzo es importante si se considera el incremento en el gasto educativo en la región, que fue alrededor del 1,1% del PIB en la década pasada (en promedio simple, de 3,0 en 1990 a 5,0 en el 2005, lo que se refleja en un aumento en gasto por estudiante (ver gráfico 17).

**GRÁFICO 17**  
**AMÉRICA LATINA (22 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN**  
**COMO PROPORCIÓN DEL PIB**  
*(Porcentajes)*



Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social.

<sup>a</sup> La última cifra corresponde a 2004.

<sup>b</sup> Se refiere al año 2000.

Si bien esto representa un avance positivo y una voluntad de los gobiernos por aportar mayores recursos a la educación, resulta insuficiente para incidir enérgicamente sobre la mayor igualdad de oportunidades y los saltos en competitividad por vía de recursos humanos más capacitados. Además, las brechas son impactantes en cuanto a gasto por alumno y salarios docentes cuando se comparan los países de la región con los de la OCDE (ver cuadro 6). Esto se explica sobre todo por la enorme brecha en PIB per cápita entre ambos grupos de países. Lo cual es tanto más grave si se considera que aquellos países de la región que deben avanzar más rápido, y desde más atrás, son los que invierten menos en educación (en términos absolutos), dado que sus PIB son más bajos y cuentan con menor capacidad administrativa para ejecutar recursos adicionales.

**CUADRO 6**  
**GASTO POR ALUMNO Y SALARIOS DOCENTES: PAÍSES DE AMÉRICA LATINA V/S**  
**EUROPA OCCIDENTAL Y NORTEAMÉRICA**

Países	Gasto público en educación como % del PIB (2004)	Gasto por alumno en primaria (en US PPA) (2001)	Salario base de los profesores después de 15 años <sup>(b)</sup> (en US PPA) (2002-2003)	Alumnos por profesor en primaria (2004)
Argentina	4,0	1418	9508	17
Bolivia	6,4	276	5318	24
Brasil	-	731	11860	24
Chile	4,1	1145	-	34
Colombia	4,9	-	-	28
Costa Rica	4,9	1319	-	22
Cuba	-	-	-	10
Ecuador	-	-	2669	23
El Salvador	2,8	467	11304	-
Guatemala	-	342	-	31
Honduras	-	-	-	34
México	5,3	1131	16720	27
Nicaragua	3,1	-	-	35
Panamá	3,9	-	-	24
Paraguay	4,4	-	7825	27
Perú	3,0	-	5661	25
República Dominicana	1,1	435	-	21
Uruguay	2,6	-	5787	21
Venezuela, (Rep. Bolivariana de)	-	-	-	-
Promedio América Latina	3,9 <sup>a</sup>	807 <sup>a</sup>	8517 <sup>a</sup>	25 <sup>a</sup>
Europa occidental y Norteamérica	5,9 <sup>a</sup>	5030 <sup>a</sup>	36770 <sup>a</sup>	14 <sup>a</sup>

Fuente: CEPAL-UNICEF (2006), en base a información del Instituto de Estadística de la UNESCO.

<sup>a</sup> Promedio simple no ponderado

<sup>b</sup> Los salarios de los docentes corresponden a la categoría de calificación mínima.

Hay que tener en cuenta, además, el peso abrumador de los gastos corrientes en la composición del gasto público total, así como de gran parte del gasto privado. Dicho gasto corriente, que suele superar el 90% del gasto público total en educación en los países de la región, se orienta mayoritariamente a remuneraciones de profesores y personal administrativo y, en menor medida, a mantenimiento de la infraestructura educativa. De allí que una de las ventajas de diversificar fuentes de financiamiento es lograr una mayor flexibilidad del gasto a fin de invertir en las prioridades que se fijan los gobiernos para avanzar hacia el logro de sus propios objetivos. Nuevas fuentes permitirían financiar programas que apunten directamente, por ejemplo, a mejorar

la continuidad dentro del sistema educativo, sobre todo en sectores más vulnerables y de menores ingresos; y a mejorar la gestión del sistema educacional a fin de que los gastos corrientes tengan un impacto mayor sobre la equidad, la calidad y la eficiencia de dicho sistema.

Por cierto, el grueso de los recursos en educación lo constituyen los presupuestos gubernamentales. A su vez, el gasto público depende de la recaudación impositiva, las transferencias entre gastos que el gobierno destina a distintos sectores y servicios, del crecimiento económico de los países, y de la captación de fondos extra-presupuestarios, ya sea de origen interno o externo. En cuanto al gasto privado, su aumento depende del incremento de recursos por parte de las familias y de cómo éstas valoran el gasto educativo en la asignación del presupuesto del hogar. A ello se añaden otras fuentes complementarias, tales como el sector empresarial, la cooperación internacional bilateral y multilateral, los aportes de fundaciones filantrópicas, grupos religiosos y organizaciones no gubernamentales.

Por último, es importante señalar que no se trata sólo de invertir más, sino de hacer más eficiente el gasto. La medición de la eficiencia de los sistemas educativos no es una tarea fácil. Una aproximación se puede obtener estudiando indicadores de eficiencia interna como la tasa de egreso oportuno de los estudiantes, el tiempo esperado de egreso y la tasa de repetición. Esta última se captura en El gráfico 18 y queda en evidencia que los costos que ésta acarrea difiere de un país a otro, pero en todos ellos representa una magnitud no despreciable del PIB que alcanza a casi 0,7 por ciento del PIB en Brasil y es menor a 0,1 por ciento del PIB en Chile. Países como Ecuador, Guyana, Bolivia y Jamaica informan tasas de repetición menores al 5 por ciento para primer grado, en tanto que Uruguay, El Salvador, Paraguay, Costa Rica y Guatemala exhiben tasas de repetición para dicho grado iguales o superiores al 15 por ciento.<sup>29</sup>

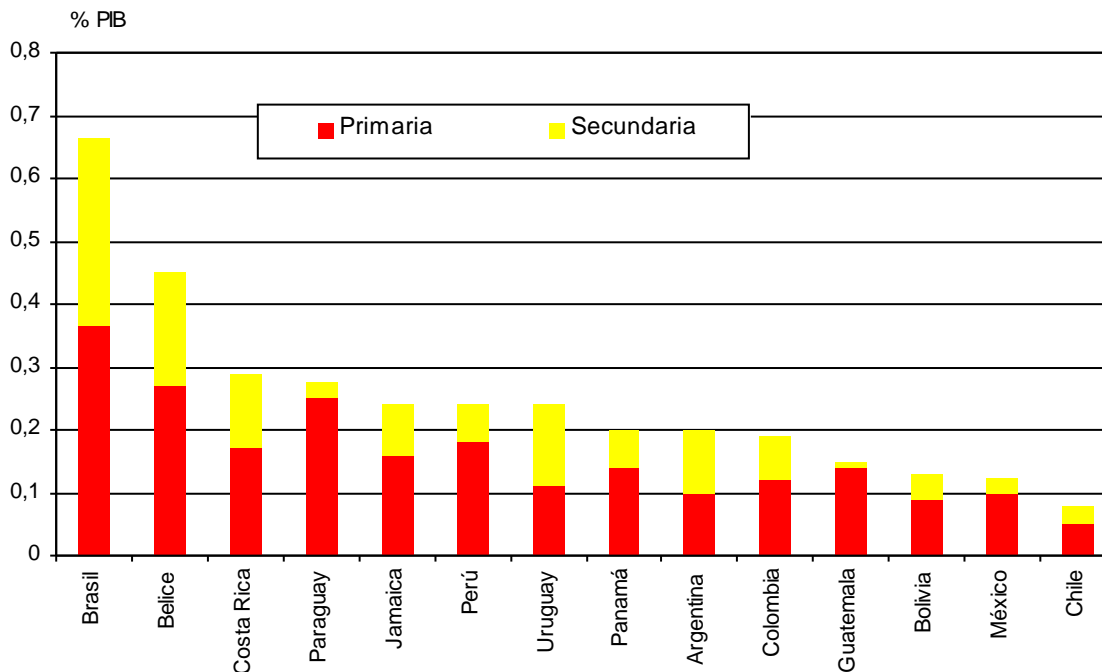
Así, el aumento del presupuesto público en educación se realiza en circunstancias en que la eficiencia del gasto tiene problemas que se hacen evidentes en las altas tasas de repetición, rezago y deserción escolares. Dadas las actuales tasas de repetición, se calcula que la región desperdicia unos 12 mil millones de dólares al año (USD PPA constantes del 2000) (UNESCO, 2007b).

La reducción de las ineficiencias internas del sistema educativo es particularmente urgente en la situación actual de recursos escasos. Parece fundamental que los países con altas tasas de rezago y repetición identifiquen adecuadamente las causas de estas pérdidas de recursos y elaboren políticas costo-efectivas que aumenten la eficiencia de los sistemas educativos en la región. En la mayoría de los países, es buen negocio invertir en universalizar el ingreso a edad oportuno y mejorar el ritmo de progresión y retención dentro del sistema, al considerar el ahorro que implica reducir la ineficiencia del sistema.

---

<sup>29</sup> Sin embargo, esta información debe ser interpretada con precaución ya que factores como la promoción automática y el método de recolección y procesamiento de los datos pueden afectar la comparabilidad de las cifras.

**GRÁFICO 18**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (14 PAÍSES): COSTOS ANUALES ASOCIADOS A**  
**ALUMNOS REPITENTES COMO PORCENTAJE DEL PIB**



Fuente: Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

### 3. Calidad de la educación

Durante la mayor parte del siglo XX las políticas educativas pusieron un énfasis central en garantizar el acceso de la población a los servicios educativos, especialmente en el nivel primario. Gracias a estos esfuerzos, la región puede mostrar progresos importantes antes reseñados. Sin embargo, durante las últimas dos décadas se hizo cada vez más evidente que el acceso no garantizaba la prosecución y conclusión de los estudios; y que el tránsito por el sistema educativo no garantizaba el logro de los aprendizajes deseados.

Así, a partir de mediados de la década de los años 80 del siglo pasado un número creciente de países de la región empezó a brindar mayor atención a lo que llamaron “calidad de la educación”. No es fácil acotar el significado y las dimensiones de la calidad de la educación. Por ejemplo, en el Marco de Acción de Dakar (2000) se relevan las actitudes y motivaciones de los estudiantes, los contenidos (relevancia o adecuación del currículo a la realidad local), los procesos (capacidades de los profesores y estrategias pedagógicas) y los sistemas (gestión y asignación de recursos). Recientemente, el equipo responsable del Informe Mundial de Seguimiento de la EPT (EFA Global Monitoring Report Team, 2005) elaboró un marco de calidad que distingue las características de los estudiantes, el contexto, los insumos y los resultados.

Los aprendizajes efectivos constituyen una aproximación a la calidad de la educación. A estos efectos se impulsó la creación de sistemas nacionales de evaluación de logros académicos de alumnos y alumnas. Mediante la aplicación de pruebas estandarizadas centradas fundamentalmente en materias

consideradas clave –lenguaje y comunicación, matemáticas y ciencias- tales sistemas han venido generando un abundante cuerpo de información que revela que:<sup>30</sup>

- Los niveles medios de logro académico de los estudiantes de la mayoría de los países de la región distan mucho de los niveles esperados dados los objetivos curriculares propuestos.
- Los niveles de logro académico de los estudiantes están fuertemente correlacionados con el nivel socio-económico de las familias, lo que muestra que los sistemas educativos no están siendo capaces de garantizar resultados educativos equiparables a personas de diferente nivel socioeconómico, lo que compromete seriamente el logro de mayor equidad en la educación.
- En los casos en los que se pueden registrar comparaciones temporales, se verifica que las brechas entre estudiantes de acuerdo a su condición socio-económica tienden a mantenerse en el tiempo, lo que evidencia falta de progresos en este terreno.
- Existen importantes experiencias de instituciones educativas que, operando en contextos particularmente desfavorables, logran resultados destacables; ello demuestra que dadas determinadas condiciones vinculadas a la gestión y la dotación de recursos, la educación puede cumplir su rol en promover mayor igualdad de oportunidades (UNESCO 2002).

En adición a lo anterior, algunos países de la región han realizado esfuerzos por generar información comparable sobre el logro académico de los estudiantes. Entre estos esfuerzos, el de mayor cobertura de países fue el Primer Estudio Comparativo Internacional llevado a cabo en una docena de países latinoamericanos por la UNESCO en 1997 (véase UNESCO 1998, 2000a, 2001), que mostró que los niveles de rendimiento de los países participantes, excepto Cuba, no mostraban mayores diferencias.

De igual forma, un grupo más reducido de países participa del *Programme for International Student Assessment* (PISA), que a diferencia de la mayor parte de los estudios nacionales, busca evaluar las competencias de lecto-escritura, utilización de números y científicas en la población de 15 años de edad –previo al tránsito a la adultez-. Esto, independientemente del grado escolar que cursen, y a la luz de un conjunto de dominios y competencias considerados críticos para desempeñarse en el mundo actual, estén o no incluidos en los contenidos curriculares existentes. PISA ha mostrado que los países participantes de la región muestran desempeños sistemáticamente más bajos que los registrados en los países de la OCDE, comparación que suele recibir mayor atención de la prensa. Y lo que es más preocupante, estas pruebas muestran que los jóvenes de los países participantes tienen serias dificultades para desarrollar las tareas más elementales que PISA plantea. Esto implica que tienen una preparación académica endeble que los limita seriamente en sus perspectivas ante los desafíos de la vida actual.

Ambos estudios internacionales ratifican los hallazgos anteriormente reseñados acerca de los pobres niveles de desempeño y las brechas entre grupos socio-económicos. Pero por otro lado –y esta es la mitad llena del vaso-, reconocen casos exitosos de escuelas con alumnos de bajos ingresos. Vale decir, existen posibilidades de revertir determinantes socio-económicos en el rendimiento estudiantil, con lo cual las trayectorias educativas sí pueden hacer una diferencia importante en la vida de las personas.

---

<sup>30</sup> Para acceder a los informes de los estudios nacionales puede visitarse la página del Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL) en la sección correspondiente: [http://www.preal.org/Grupo.asp?Id\\_Grupo=3&Id\\_Seccion=29&Id\\_Seccion2=139](http://www.preal.org/Grupo.asp?Id_Grupo=3&Id_Seccion=29&Id_Seccion2=139).

Además, el énfasis en los resultados académicos en pruebas estandarizadas puede implicar el riesgo de perder de vista otros aspectos que son claves para entender qué es una educación de calidad.<sup>31</sup> Desde una perspectiva que entiende la educación como un derecho humano fundamental, ésta tiene que considerarse al menos en tres planos sustantivos centrales, a saber: (i) en qué medida la educación permite a las personas desarrollar aprendizajes **relevantes** en conformidad con los rasgos y desafíos de la sociedad contemporánea, (ii) en qué medida la educación es **pertinente** a las condiciones particulares de las personas y, por ende, capaz de asegurar que las experiencias educativas entronquen con las características, necesidades, expectativas y visiones de una población que es esencialmente diversa, y (iii) en qué medida la educación asegura derechos a todas las personas y con ello promueve la **equidad**.

En la perspectiva de derechos, la calidad de la educación debe incluir estos tres aspectos sustantivos. Una educación no equitativa, por ejemplo, no puede ser considerada de calidad pues atenta contra el derecho de las personas a una vida digna y al bienestar. Del mismo modo, una educación no relevante tampoco es una educación de calidad en la medida que no conduce a la habilitación de las personas para su vida futura, que es una finalidad básica de la educación.

Considerada como un derecho de todos, la educación de calidad es un compromiso por el cual los Estados y la acción pública deben velar a fin de hacerlo plenamente vigente. Esto reclama de la gestión y acción públicas la capacidad para lograr los objetivos aquí referidos en términos de cobertura, conclusión de estudios, logros académicos y cierre de brechas de equidad. La eficiencia por parte del Estado es, en este sentido, una condición fundamental, pues implica el buen uso de los recursos que la sociedad destina a la plena realización del derecho a una educación de calidad. Esto introduce, pues, dos factores adicionales que contribuyen a componer una mirada amplia de la calidad educativa: la **eficacia** y la **eficiencia** de los sistemas educativos.

En este orden de ideas, la región ha avanzado<sup>32</sup> sustantivamente en el establecimiento de cuerpos normativos que promueven la relevancia y la pertinencia, y registra resultados diversos en términos de eficacia. También muestra importantes limitaciones con relación a la eficiencia (que impactan aspectos mencionados en el acápite sobre financiamiento) y a la equidad.

En efecto, variables educativas centrales que inciden en la eficacia, tales como el acceso, la conclusión de estudios y los logros académicos, exhiben profundas disparidades entre diferentes grupos sociales. A pesar de los importantes progresos registrados en la región, no sólo hay desafíos pendientes en términos de logros, aprendizaje y eficiencia, sino que éstos afectan de modo diferenciado a la población.

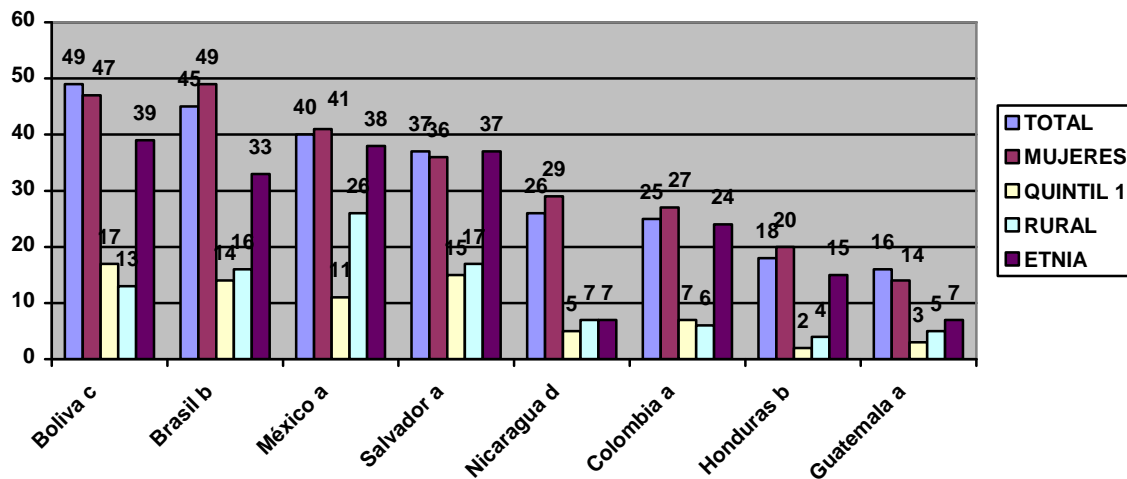
La evidencia disponible muestra diferencias sistemáticas en contra de la población rural, de las poblaciones originarias (o afro-descendientes en Brasil) y de los sectores de menores ingresos, en particular aquéllos en situación de indigencia. Los rezagos educativos hacen parte de una estructura social de marginación y, en ese sentido, la educación no ha logrado ayudar a compensar otras diferencias sociales y tiende, por el contrario, a reproducirlas. Si se considera que completar educación secundaria es el umbral más importante de logro educativo para contar con claras condiciones para superar la pobreza o no caer en ella, las brechas de logros en detrimento de los pobres, de las minorías étnicas y de la población rural, muestran que la educación no logra actualmente ser el mecanismo clave para superar la reproducción intergeneracional de la pobreza (ver Gráfico 19).

---

<sup>31</sup> Las siguientes reflexiones se basan en UNESCO (2007a).

<sup>32</sup> Para el detalle de la situación educativa regional véase UNESCO (2007b).

**GRÁFICO 19**  
**PORCENTAJE DE CONCLUSIÓN DE LA SECUNDARIA TOTAL Y DESAGREGADO**  
**PARA MUJERES, QUINTIL MÁS POBRE DE INGRESOS, RESIDENTES**  
**RURALES Y ETNIAS, 8 PAÍSES (2001-2004)**



Fuente: Elaborado por los autores, en base a tabulaciones especiales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL de las encuestas de hogares de 18 países de la región.

<sup>a</sup> Datos 2004; <sup>b</sup> Datos 2003; <sup>c</sup> Datos 2002 y <sup>d</sup> Datos 2001.

La población total también incluye, entre otros, a minorías étnicas, pobres y rurales; por lo que la brecha con estos grupos sería mucho mayor si ese promedio nacional no incluyera ni a pobres, ni a minorías étnicas ni a rurales.

Por otro lado, las mayores brechas se verifican con relación a las diferencias en los ingresos económicos y condición de pobreza extrema de la población, y son menores con relación a la zona de residencia, la pertenencia étnica y el género. De hecho, las diferencias de género no sólo son de menor magnitud, sino que empiezan a darse en detrimento de la población masculina. Sin embargo, esto último no debe dar por superados los problemas de discriminación de las mujeres y niñas que no son registrables en las variables agregadas pero que se dan en la vida cotidiana en la escuela y, muchas veces, en sesgos de la propia enseñanza.

En el caso de la región del Caribe, hay clara evidencia de la existencia de un círculo vicioso entre falta de acceso a la educación y altas tasas de incidencia de la pobreza rural. Recientemente la FAO ha sugerido que la pobreza se concentra en las zonas rurales de los países del Caribe porque en estas áreas no hay buen acceso a la educación. En un informe de la FAO se lee: En Jamaica, la incidencia de la pobreza rural es tres veces más alta que en las zonas urbanas, mientras que en Guyana la casi totalidad de la población rural es pobre” (FAO, 2006).<sup>33</sup>

## 4. Los desafíos y las propuestas

La situación educativa de la región refleja progresos importantes logrados tras décadas de esfuerzos realizados por los gobiernos y los países en general. Pero también presenta serias

<sup>33</sup> “La educación es fundamental para los pobres rurales, muchos de los cuales son mujeres. Es también muy importante para los niños rurales que han perdido sus padres a causa del SIDA. Es necesario abrir escuelas de campo para proveer conocimiento y habilidades esenciales a los niños huérfanos. Educar a los pobres rurales contribuye a prevenir la rápida expansión de la epidemia del VIH en las zonas rurales” (FAO, 2006).



limitaciones que comprometen el ejercicio pleno del derecho a la educación y sus impactos en el desarrollo de las personas, la superación de la pobreza, el aumento de la productividad y la promoción de la equidad.

Lo anterior plantea desafíos en cuatro niveles para avanzar hacia una educación de calidad para todos: el acceso -con permanencia y conclusión-, el logro universal de aprendizajes básicos y pertinentes para todos, la equidad y la eficiencia con financiamiento oportuno y suficiente. En este marco, y a la luz del diagnóstico que se ha presentado, se plantean las siguientes propuestas.

### **En materia de acceso y conclusión:**

- 1) Ampliar el acceso a la educación desde la fase pre-escolar hasta la secundaria, la permanencia en el sistema y la conclusión de los ciclos.
- 2) Mantener un sistema de información e intercambio entre el sistema y la comunidad educativa, incluyendo las familias, que amplíe las posibilidades de estas últimas para apoyar y exigir acceso, permanencia y conclusión de una educación de calidad, especialmente entre los sectores de menores recursos.
- 3) Mantener y profundizar políticas de transferencias monetarias directas a las familias para evitar que, por costos de oportunidad, las más pobres retiren a los hijos de las escuelas.
- 4) Generar programas intersectoriales y comunitarios que tengan un impacto más sistémico sobre las condiciones de acceso de aquéllos en situación de vulnerabilidad a la educación formal, respondiendo a las necesidades de las personas de manera ajustada a la diversidad de situaciones en las que éstas viven.
- 5) Flexibilizar la oferta del sistema educativo formal para facilitar la atención pertinente a todas las personas -incluyendo a los jóvenes y adultos- en la perspectiva de una educación a lo largo de toda la vida, incluyendo la alfabetización.

### **En materia de logros de aprendizaje:**

- 6) Garantizar logros básicos de aprendizaje equivalente a todas las personas, lo que derivará en un mayor y mejor impacto social, detectando y abordando los factores críticos que limitan la calidad de la oferta pedagógica.
- 7) Diseñar, con amplia participación de los docentes y comunidades, estrategias para mejorar la pertinencia cultural de los aprendizajes y el desarrollo de las competencias necesarias para vivir en un mundo de demandas laborales, políticas y culturales cambiantes.
- 8) Mejorar la carrera docente en toda su trayectoria, desde los programas de formación inicial e inserción laboral, hasta la capacitación y actualización pedagógica de los profesores, y promoviendo el reconocimiento tanto simbólico como material a los docentes que “hacen una diferencia” en el aprendizaje de los estudiantes.
- 9) Incentivar a las escuelas a internalizar un sentido de compromiso y de misión ya que la cultura de la escuela es un factor decisivo en su capacidad de operación y, por tanto, impacta en mejoras en los aprendizajes.
- 10) Utilizar los sistemas de evaluación de aprendizajes para mejorar la oferta y los apoyos pedagógicos así como para focalizar esfuerzos y concertarlos de manera tal que dicho instrumento sirva para aplicar programas destinados a mejorar la calidad del sistema.

### **En materia de equidad:**

- 11) Garantizar que las oportunidades educacionales sean distribuidas en forma equitativa a toda la población y en todos los niveles escolares, y evitar que la expansión de los niveles más altos de educación se lleve a cabo sacrificando una educación primaria universal de buena calidad.
- 12) Reforzar e incrementar los programas focalizados en infraestructura escolar, capacitación docente, materiales de aprendizaje, conectividad, extensión horaria y alimentación escolar, de manera que el apoyo al rendimiento educativo de los grupos más vulnerables logre efectos sostenidos en el tiempo y reduzca las brechas en logros entre distintos grupos.
- 13) Fortalecer las políticas y mecanismos de adaptación y flexibilización del currículo en todos los niveles y modalidades de modo que se avance hacia el desarrollo de escuelas inclusivas que sepan responder y valorar la diversidad.
- 14) Manejar adecuadamente el instrumento del subsidio para mejorar la oferta de la educación pública y el acceso y progreso por parte de personas de hogares de bajos ingresos.
- 15) Promover competencias sociales entre los estudiantes que incluyan mayor compromiso ético con la justicia y la igualdad de oportunidades. La contribución de la educación a la equidad social no pasa sólo por mejorar las oportunidades de acceso al sistema, sino por desarrollar en niños, jóvenes y adultos, mayor sentido de solidaridad y de responsabilidad con los otros.
- 16) Asegurar una plena gratuidad de la educación la que ha de ir más allá del no pago de aranceles para tomar en cuenta aspectos como los costos de oportunidad, de transacción, y derivados de sufragar servicios que no se brindan en las escuelas públicas.

### **En materia de eficiencia y financiamiento:**

- 17) Mejorar la eficiencia de los sistemas de educación, entendida como la optimización del uso de recursos para elevar el nivel educacional y el aprendizaje efectivo de la población.
- 18) Reducir fuertemente los problemas de repetición, abandono y rezago escolar, porque representan el mayor malgasto de recursos del sistema, superando la cultura de la repetición y poniendo en práctica una pedagogía del éxito en la comunidad escolar.
- 19) Mejorar aspectos de gestión y de operación del sistema a fin de reducir costos que no redundan en mayor impacto, o de mejorar el impacto dados los costos fijos.
- 20) Movilizar diversas fuentes de financiamiento complementarias a la estatal, que incluyan de manera creciente los recursos privados, lo que incluye a las familias, la cooperación internacional, el sector privado y el sector filantrópico
- 21) Blindar el gasto en educación para protegerlo de los ciclos de bonanza y crisis financiera, a fin de mantener continuidad y progresividad en el financiamiento del sistema.

## **IV. La situación de salud en América Latina y el Caribe**

### **Introducción**

#### **Los desafíos de la equidad en el desarrollo regional y su impacto en salud**

Los objetivos de desarrollo del Milenio han colocado la inversión en la salud de la gente en el centro del temario del desarrollo del siglo XXI. Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a los temas de salud. Siete de las dieciocho metas están relacionadas directamente con las responsabilidades del sector de la salud. La alta prioridad asignada a la salud refleja el nuevo consenso sobre la salud no sólo como el resultado de un mayor y mejor desarrollo, sino como un desencadenante o condicionante del desarrollo.

En el periodo 1990-2002, cerca de la mitad del tiempo establecido para alcanzar logros y realizar el monitoreo de los ODM, se han registrado importantes avances en salud en América Latina y el Caribe, como lo demuestran las reducciones significativas de la mortalidad en la niñez y su consecuente impacto en el aumento de la esperanza de vida al nacer según los promedios nacionales de los países.<sup>34</sup> Sin embargo, la salud de la región continua reflejando grandes disparidades entre y al interior de los países, determinadas por inequidades geográficas, étnicas, etarias, por nivel educacional y distribución del ingreso, en la oferta de salud tanto como en el acceso y utilización de los servicios y en los resultados de salud.

Aún cuando en promedio en la región se ha avanzado en un 61% con respecto a la meta 5 (ODM 4) de reducir la mortalidad de niños menores de cinco años y un 60% en la reducción de la mortalidad infantil, todavía se requieren esfuerzos considerables para alcanzar las metas acordadas, especialmente en las poblaciones más vulnerables de la región. En cuanto a la reducción de la mortalidad materna, que corresponde a la meta 6 del ODM 5, los principales desafíos tienen que ver con el acceso oportuno al conjunto de cuidados obstétricos esenciales; el mejoramiento de la calidad técnica de dichos servicios; y el fortalecimiento de los sistemas de información.

---

<sup>34</sup> OPS (2002), pp. 1-89.

Con referencia a la contención del avance del VIH/SIDA (meta 7, ODM 6), la infección se ha diseminado rápidamente por todas las subregiones, particularmente a través de la vía sexual. Sin embargo, entre 2004 y 2006 no se observaron incrementos significativos en el número total de personas infectadas<sup>35</sup>. Se estima que al 2006 había cerca de 2 millones de personas infectadas en América Latina y el Caribe, de las cuales alrededor del 13% vive en la subregión del Caribe. Aún cuando se registran avances importantes en la disponibilidad de medicamentos y medidas de apoyo a las personas afectadas por VIH/SIDA en algunos países, es necesario intensificar los esfuerzos e incrementar las intervenciones preventivas incorporando la educación y la participación social. Las inequidades de género se reflejan en la transmisión de la infección del VIH, con limitado acceso de las mujeres a bienes y servicios de salud más allá de la esfera reproductiva y con reducido poder de decisión sobre su sexualidad.

La situación y tendencias para la reducción de la mortalidad y prevalencia de algunas enfermedades como la malaria y la tuberculosis (meta 8, ODM 6), no muestran cambios importantes en el periodo 1990-2002, en contraste con los avances en los indicadores de mortalidad infantil y de la niñez.

Se requiere, por lo tanto, de un abordaje específico destinado a reducir las brechas de inequidad existentes, construir un mayor grado de cohesión social en el ámbito de la salud y fortalecer los derechos ciudadanos en materia sanitaria, tres elementos fundamentales para lograr los ODM. Las intervenciones deben centrarse en reducir las inequidades tanto en la disponibilidad como en el acceso y utilización de bienes y servicios de salud, lo cual a su vez conducirá a una reducción de la inequidad en los resultados de salud. Para ello, se deben priorizar los grupos sociales más vulnerables, incluyendo a las poblaciones más pobres; los pueblos originarios; las minorías étnicas; los grupos de migrantes y desplazados por conflictos de tipo bélico o político o por desastres naturales; y aquellos con discapacidades físicas y mentales. En este contexto, es claro que las políticas públicas deberían concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud para los grupos actualmente excluidos, a través de la expansión progresiva de la cobertura de servicios de salud y la eliminación de barreras de acceso a dichos servicios – económicas, étnicas, culturales, de género y asociadas a la situación laboral-. Ello plantea la necesidad de desarrollar esquemas de protección social en salud que apunten a reducir la carga financiera de las familias -protegiéndolas del riesgo de caer en la pobreza debido a gastos de bolsillo catastróficos- y a garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones cuyo contenido y modalidad de entrega debe ser definido a través de un diálogo con la comunidad y determinado por las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de cada país.

Teniendo en cuenta que la situación de salud es altamente dependiente de determinantes sociales y económicos y que las acciones necesarias para abordar la mayoría de dichos determinantes requieren del compromiso de un amplio rango de sectores del Estado, las intervenciones descritas deben insertarse en el marco de políticas públicas protectoras y productoras de salud. Asimismo, el panorama de salud de las Américas y sus determinantes, plantea la necesidad de desarrollar políticas públicas de salud construidas con participación de la comunidad y conducidas por autoridades sanitarias sólidas y respetadas. Para ello, se requiere privilegiar enfoques integrales y sinérgicos de trabajo en los municipios más vulnerables de cada país con el objetivo de desarrollar capacidades a nivel local, fortalecer el trabajo intersectorial desde la comunidad y sumar esfuerzos con otras agencias en respuesta al desafío de la inequidad que esta región enfrenta.

A casi 30 años del compromiso de Salud para Todos expresado en Alma Ata es necesario revalorar la Atención Primaria de Salud para garantizar cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, equidad en la distribución de recursos humanos y

---

<sup>35</sup> ONUSIDA-OMS (2006).

financieros, rendición de cuentas, participación social y desarrollo de sistemas que aseguren una atención de alta calidad. Sólo de esta manera se darán las condiciones necesarias para avanzar en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio.

## **1. Panorama regional actual**

### **1.1. Tendencias**

El panorama regional de salud se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles como tuberculosis, malaria y VIH/SIDA con enfermedades de tipo crónico-degenerativo y trauma, las cuales han reemplazado a las enfermedades transmisibles como principales causa de enfermedad y muerte en todos los países de la región. Aún cuando se puede observar importantes mejorías en relación a las cifras de morbilidad y mortalidad promedio, la gran disparidad existente entre países y al interior de los países es el rasgo más notorio de la situación de salud en la región.

Las disparidades en los resultados de salud observados tienen que ver con inequidades en la oferta y en el acceso tanto a los bienes y servicios de salud como a otros bienes y servicios que tienen un impacto directo sobre la situación de salud, tales como alimentos, agua segura y saneamiento y están íntimamente relacionadas con determinantes socioeconómicos. La consecuencia de esta dinámica es la exclusión de millones de personas: alrededor de 100 millones de habitantes de la región no tienen acceso a prestaciones básicas de salud y cerca de 220 millones no cuentan con seguro de salud de ningún tipo. La exclusión en salud está íntimamente ligada a la pobreza, la marginalización y la discriminación racial, social y de género, así como a otras formas de exclusión social y a condiciones tales como el idioma, el empleo informal, el aislamiento geográfico, el nivel educacional y la cantidad de información disponible para los usuarios de los servicios de salud. Los países que poseen una distribución más equitativa del ingreso y que han implementado políticas para contrarrestar los efectos de los determinantes socioeconómicos que deterioran las condiciones de salud y/o inhiben la demanda por salud de los grupos sociales excluidos, alcanzan una expectativa de vida más larga y mejores indicadores de salud. Los determinantes sociales de salud deben ser abordados efectivamente con el fin de proteger a las poblaciones más pobres, marginalizadas y vulnerables.

La disponibilidad de servicios integrales de salud se mantiene como una meta no alcanzada en la mayor parte de América Latina y el Caribe. Los ODM han puesto de relieve la importancia de fortalecer la respuesta de los sistemas de salud frente a las necesidades de la población. Frente a esta realidad, muchos países se encuentran impulsando esquemas de protección social en salud –especialmente materno-infantiles– para mejorar el acceso de la población a los cuidados de salud. Aún cuando muchas de estas intervenciones están bien documentadas en términos de su impacto sobre algunos de los procesos y resultados en salud, se requiere de análisis comparativos adicionales para identificar las lecciones aprendidas; comprender el rol que estas intervenciones tienen en el entorno institucional más amplio de los sistemas de salud existentes; su impacto sobre la equidad; y su relación con determinantes sociales de salud tales como la situación socio-económica, el género y el origen étnico.

### **1.2. Mortalidad en menores de cinco años**

En el año 2004, diez países de la región de América Latina y el Caribe - Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Honduras, Paraguay y Brasil- tenían una tasa de mortalidad de menores de cinco años por sobre 40 por 1.000 nacidos vivos. En conjunto, estos países son responsables de aproximadamente 274.000 muertes de menores de cinco años, lo que

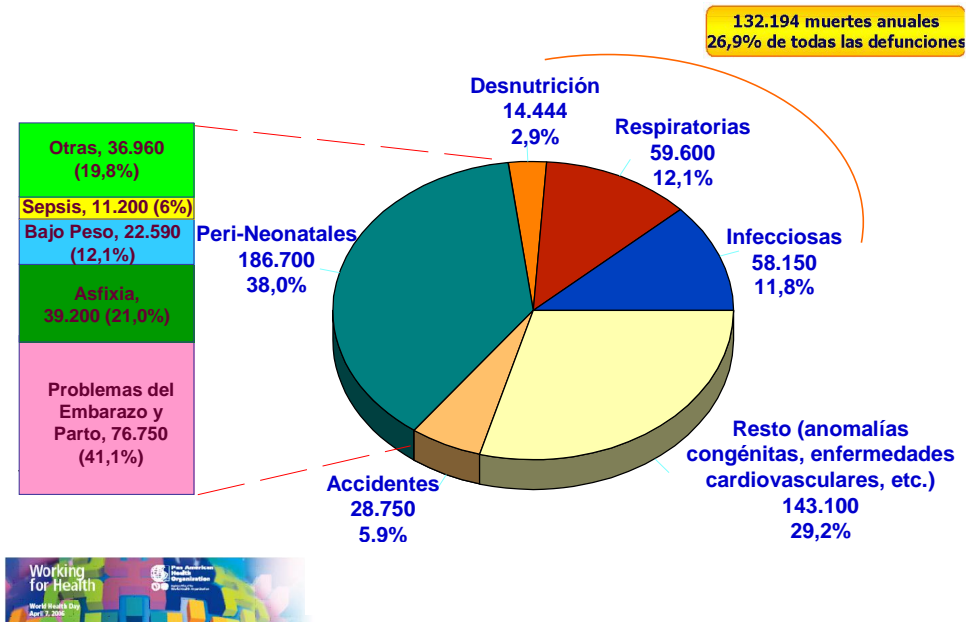
equivale al 60,6% de todas las muertes para este grupo etario en América Latina y el Caribe (OPS-USAID, 2004; CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005).

Al mismo tiempo, otros diez países –Bahamas, Barbados, Cuba, Chile, Costa Rica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela– tenían índices de mortalidad de menores de cinco años por debajo de 20 por 1.000 nacidos vivos. Este hecho destaca la gran disparidad existente entre los países de la región. Por ejemplo, datos obtenidos de encuestas y registros vitales por edad para el último período o año disponible, muestran que la mortalidad de menores de cinco años varió entre 8 y 119 por 1.000 nacidos vivos entre los países de América Latina y el Caribe (OMS, 2005). Más preocupante aún, los promedios nacionales no reflejan las disparidades existentes dentro de los países.

La mortalidad en menores de cinco años está fuertemente asociada a determinantes sociales y económicos como la educación de la madre, el ingreso económico del hogar y el acceso a agua limpia. El origen étnico, el nivel de ingresos de la familia y el lugar de residencia parecen ser los determinantes más importantes de mortalidad en menores de cinco años en por lo menos siete países de la región –Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana.

Aún existen brechas sociales significativas con respecto a la mortalidad de menores de cinco años en prácticamente todos los países de la región y los índices de mortalidad más altos se encuentran sistemáticamente en los grupos sociales más pobres (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005). La población analfabeta de 15 años y más asciende a 9,5% de la población de la región dejando a las mujeres en una situación de mayor rezago y limitando sus oportunidades de desarrollo, convirtiéndose en un determinante muy poderoso de la salud materno-infantil. No obstante, aún cuando el acceso a saneamiento y agua potable, el ingreso del hogar y el nivel de educación de la madre se mantienen como los determinantes más importantes de mortalidad en menores de cinco años, la falta de cuidados perinatales es una causa cada vez más importante de mortalidad infantil (en menores de 1 año), siendo la falta de acceso a cuidados neonatales adecuados la principal causa de muerte durante el primer mes de vida (véase Gráfico 20) (OPS-USAID, 2004; OMS, 2005).

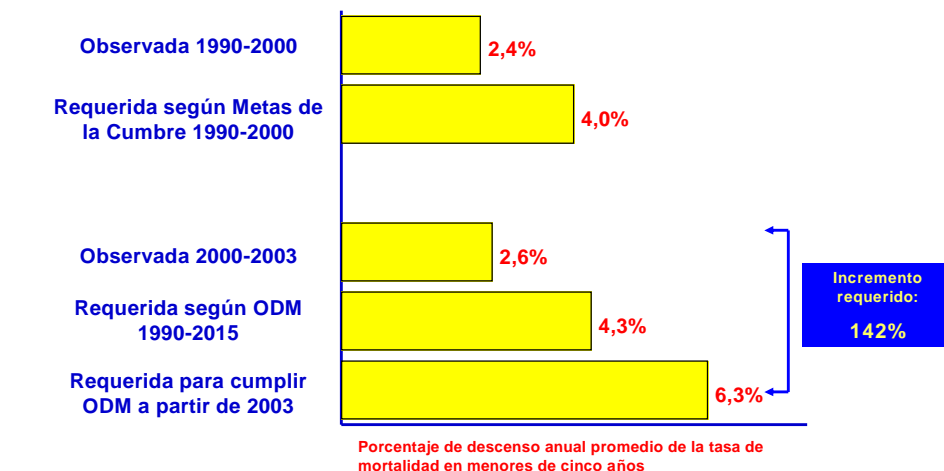
**GRÁFICO 20**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS**  
**EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**  
*(Estimaciones 2003)*



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS) Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2004.

A pesar de los grandes avances logrados por la región en cuanto a la disminución de la mortalidad en menores de cinco años, se requieren esfuerzos adicionales para lograr las metas convenidas en los ODM (véase Gráfico 21). La atención primaria de la salud a través de acciones preventivas y de tratamiento y el acceso a cuidados perinatales juegan un papel decisivo en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años. Sin embargo, las acciones de salud por sí solas no son suficientes dada la importancia de los determinantes sociales y económicos en este ámbito. La reducción de la brecha de mortalidad de los hijos de madres sin educación con respecto a los hijos de madres con educación secundaria o más en países como Brasil, Colombia y Perú, es un indicativo de la importancia de las acciones intersectoriales para el logro de estos objetivos sanitarios.

**GRÁFICO 21**  
**VELOCIDAD DE DESCENSO ANUAL PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD EN**  
**MENORES DE 5 AÑOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**  
*(Comparación de los valores observados y los valores propuestos por las Cumbres Internacionales)*



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS) Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2004.

### 1.3. Mortalidad materna y proporción de partos atendidos por personal entrenado

Cada año, alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. En doce países de la región, la razón de mortalidad materna supera las 100 muertes por 100.000 nacidos vivos (OPS, 2004). La mayoría de estas muertes son evitables (Fuerza de Tarea Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2003) (véase gráfico 22). Los embarazos adolescentes, en su mayoría no deseados, alcanzan el 20% del total de embarazos en muchos países y representan un desafío para las futuras madres y sus hijos. Aun cuando existe un serio problema de subregistro de muertes maternas en muchos países y por lo tanto las cifras informadas deben ser interpretadas teniendo en cuenta los problemas de escasez de fuentes confiables para su detección y registro -lo cual afecta una estimación confiable de la razón de mortalidad materna- es evidente que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública en la región. El virtual estancamiento de las tasas y del número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe durante la década pasada debe ser motivo de preocupación.

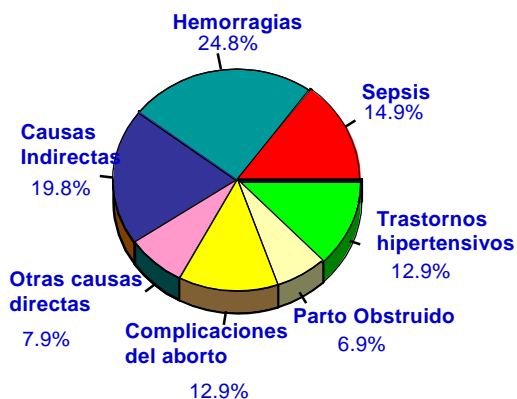
Dos de los principales determinantes de los altos índices de mortalidad materna en la región son la demora para acceder a los servicios de salud –debido al no-reconocimiento de señales de peligro– y la falta de acceso oportuno a cuidados de salud durante el parto y post-parto por personal entrenado, con estándares adecuados de calidad (OPS-USAID, 2004). La relación entre mortalidad materna y acceso oportuno a cuidados de salud adecuados es tan estrecha, que la mortalidad materna es utilizada como un *proxy* de inequidad en el acceso a servicios de salud en



muchos países (OMS, 2005). La mayoría de las mujeres que mueren son pobres, de origen indígena, con bajo nivel de educación y que viven en áreas rurales (Fuerza de Tarea Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2003; OMS, 2005). Estas muertes tienen enormes repercusiones sociales, económicas y emocionales para las familias y las comunidades y son un factor determinante en la transmisión generacional de la pobreza.

**GRÁFICO 22**  
**MUERTES MATERNAS EVITABLES**

- **Prácticas innecesarias y dañinas**
- **Causas indirectas (HIV/AIDS, Malaria, Violencia)**
- **Práctica no basada en conocimiento**
- **Malnutrición infantil/Pobreza/Analfabetismo**
- **Falta de Acceso a servicios de salud**
- **Deficiente calidad de atención**
- **Provisión de servicios no calificada**
- **Embarazos muy tempranos**
- **Subregistro de muertes maternas**

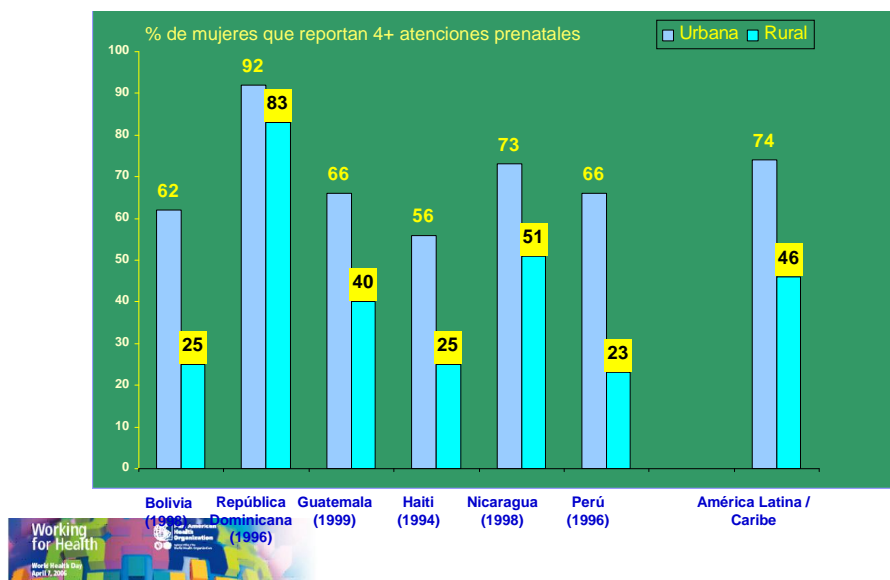


Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud de la Mujer/CLAP (FCH/CLAP-WR), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

Uno de los factores más estrechamente asociados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna es la atención del parto por parte de personal entrenado, ya que contribuye a evitar complicaciones y posibilita el seguimiento posterior al remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. El 71,8% de la razón de mortalidad materna se explica por la ausencia de este importante servicio. Por cada 1% de aumento en el acceso al parto seguro, en general, podrían eliminarse 4,4 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.<sup>36</sup> En los países de la región persisten grandes diferencias en la atención del parto por personal entrenado y en la atención prenatal dadas por disparidades entre regiones geográficas, ingreso económico y lugar de residencia urbano/rural. Este último factor es uno de los determinantes más importantes de acceso a los cuidados perinatales (véase gráfico 23).

<sup>36</sup> Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2004.

**GRÁFICO 23**  
**ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA**  
*(Persisten grandes diferencias entre mujeres en áreas urbanas y áreas rurales)*



Fuente: AbouZahr y Wardlaw, (2004).

Sin embargo, la reducción de la mortalidad materna no está garantizada sólo por un determinado umbral de atención del parto, ya que depende en gran medida de la efectividad y calidad de la entrega de servicios de salud. Por ejemplo, a pesar de que en Guyana, Paraguay y República Dominicana la cobertura de atención profesional del parto supera el 85%, la tasa de mortalidad materna en estos tres países supera los 100 por cada 100.000 nacimientos debido a problemas en la calidad de la atención.

#### 1.4. Incidencia de VIH/SIDA<sup>37</sup>

En América Latina y el Caribe la infección por VIH/SIDA se ha expandido en todas las subregiones a gran velocidad, principalmente por la vía de transmisión sexual. Las inequidades de género han contribuido a la variación del patrón de transmisión en los últimos años, registrándose en la actualidad una feminización de la epidemia en todos los países de la región –especialmente en la subregión del Caribe– lo cual ha elevado la transmisión vertical madre-hijo. La subregión del Caribe muestra la prevalencia entre mujeres adultas (15 años y más) más alta de la región y la segunda más alta en el mundo después de África Subsahariana.

Diez países de la región concentran el 90% de las personas viviendo con el VIH, siendo Brasil y Haití aquellos con mayor número de personas viviendo con el virus y dando cuenta del 32% y 14% de todos los casos de la región respectivamente.

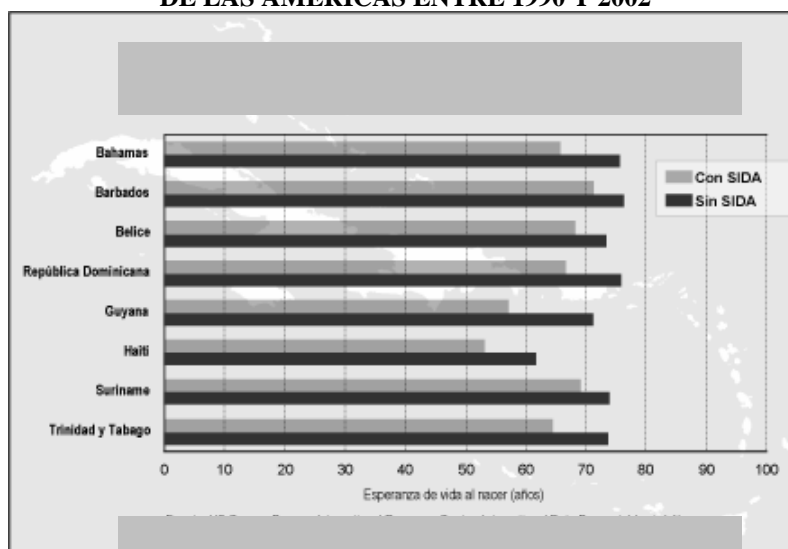
Se estima que al año 2006 la prevalencia de VIH entre adultos era de 2,2% en Haití y de 0,5% en Brasil. Cabe notar que cuando la prevalencia en adultos sobrepasa el umbral del 3% se

<sup>37</sup> Fuente de datos: OPS, (2004); ONUSIDA, (2004).

comienzan a registrar efectos negativos sobre la productividad, la provisión de servicios, el cuidado de los niños y de los adultos mayores y el desarrollo social.

De los 27 países de la región que han informado acerca de la situación del VIH-SIDA, 8 muestran una prevalencia de la infección entre adultos superior a 1%, incluyendo 5 con tasas mayores a 2%. De estos últimos, cuatro –Bahamas, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago– están en la subregión del Caribe. Cerca de tres cuartas partes de las 250.000 personas viviendo con el VIH en la subregión del Caribe se encuentran en Haití y República Dominicana. En esta subregión, las características de la epidemia de VIH-SIDA y la respuesta de los países varían considerablemente en términos de intensidad y cobertura. No obstante lo anterior, la prevalencia del VIH en adultos es alta en toda la subregión –con excepción de Cuba, cuya prevalencia entre adultos es menor al 0,1%– y el SIDA es la principal causa de muerte en el segmento de edad entre 15 y 44 años. Alrededor de 27.000 personas –niños y adultos– contrajeron el VIH en esta subregión en el año 2006. Al igual que en otras regiones del mundo, la epidemia en la subregión ocurre en un contexto de empobrecimiento y desigualdades de género, en el cual las mujeres representan un 50% de los adultos que viven con VIH. Alrededor de 19.000 personas murieron por causa del VIH-SIDA en la subregión del Caribe en el año 2006. En los países con alta incidencia de la infección, el VIH-SIDA tiene un fuerte impacto sobre las tasas de mortalidad y ha contribuido a la disminución de la expectativa de vida. Se estima que la mortalidad asociada al VIH-SIDA ha reducido la expectativa de vida en ocho años en Haití y por sobre cuatro años en Guyana, Bahamas y Trinidad y Tobago. En otros países golpeados fuertemente por la epidemia, se registran reducciones de la expectativa de vida de entre 2 y 3,5 años (véase gráfico 24).

**GRÁFICO 24**  
**ESTIMACIONES DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER AL 2010 EN POBLACIONES**  
**CON O SIN SIDA EN PAÍSES DEL CARIBE EN LA REGIÓN**  
**DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990 Y 2002**



Fuente: US Census Bureau. International Programs Center. International Data Base y tablas inéditas.

En América Latina, unas 140.000 personas se infectaron con el virus del VIH en el año 2006, elevando a 1.7 millones el número de personas viviendo con el virus. De ellas, 32.000 son niños menores de 15 años. Aún cuando el número total de infectados se encuentra en los países de mayor tamaño -dos tercios de todas las personas que viven con el virus residen en Argentina, Brasil, Colombia y México y un tercio de todas ellas, alrededor de 620.000 vive en Brasil- la mayor prevalencia del VIH se encuentra en los países más pequeños de Centroamérica, entre los

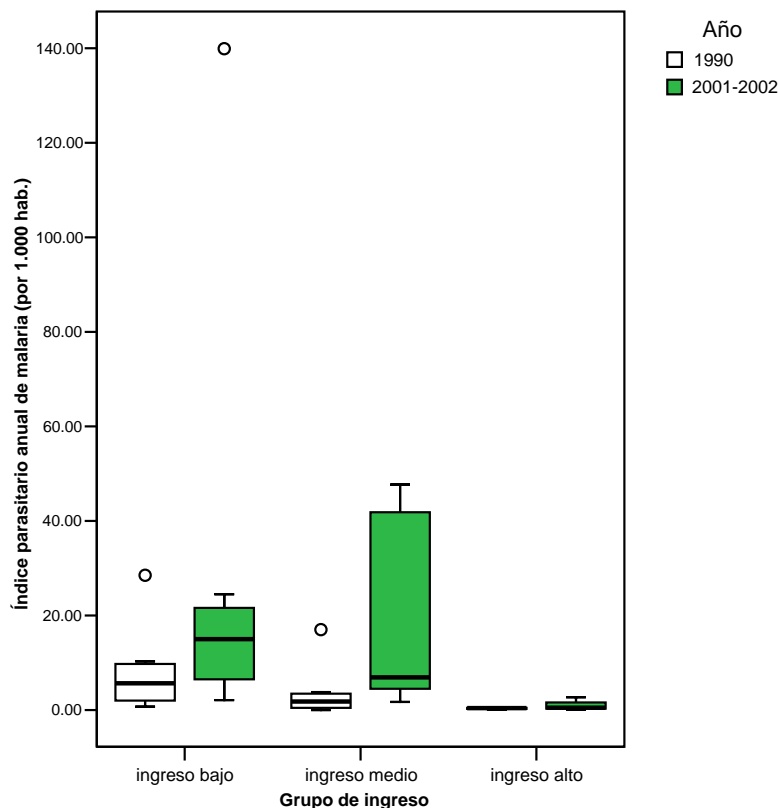
cuales dos -Belice y Honduras- tienen una prevalencia de 2,5% y 1,5% respectivamente. Una de las causas más importantes de aumento de la epidemia en Centroamérica son las prácticas sexuales sin protección, tanto en el comercio sexual como en el sexo entre hombres. Alrededor de 65.000 personas murieron por causa del VIH-SIDA en América Latina en el año 2006.

### **1.5. Incidencia de malaria, TBC y otras enfermedades**

En contraste con los avances en los indicadores de mortalidad infantil y de la niñez, la situación y tendencias para la reducción de la mortalidad y prevalencia de algunas enfermedades como la malaria y la tuberculosis muestran retrocesos o pocos cambios en el periodo 1990-2002 (véase gráficos 25 y 26).

La incidencia de malaria en América Latina y el Caribe es mucho menor que en África y Asia, las regiones del mundo más afectadas por esta enfermedad. No obstante, de los 35 países y territorios que conforman la región, 21 reportan transmisión activa de malaria en alguna área geográfica. Las zonas dispersas, rurales, más pobres y con menor grado de desarrollo concentran los casos de malaria. Las carencias de abastecimiento de agua y de saneamiento contribuyen a agravar la situación, haciendo más probable la incidencia de la enfermedad. En el año 2003 se registraron alrededor de 850.000 casos de malaria en toda la región. La mayor cantidad de casos reportados corresponde a Brasil y a los países de la subregión andina, los cuales dan cuenta del 82% de los casos. Sin embargo, el mayor riesgo de transmisión se encuentra en Guyana y Suriname, donde la incidencia fue mayor que 200 casos por 1.000 habitantes en ese mismo año.

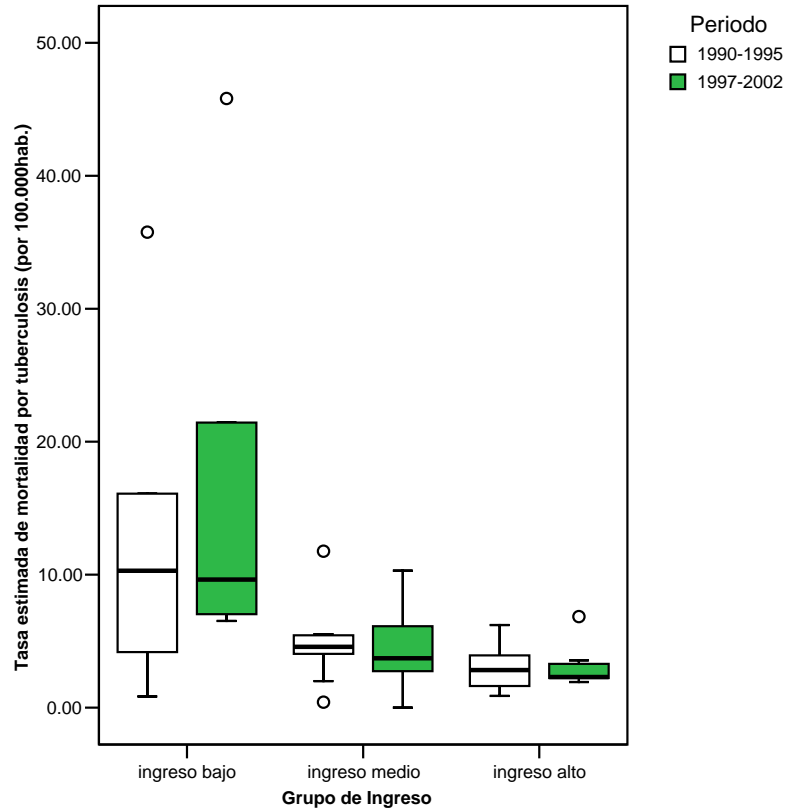
**GRÁFICO 25**  
**DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE MALARIA,**  
**EN GRUPOS DE PAÍSES CLASIFICADOS DE ACUERDO A SU PIB PER CÁPITA,**  
**EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990 Y 2001-2002**



Nota: Agrupados por valor mediano del PIB per cápita durante 1990-2001 para cada país si el dato está disponible: Bajo (US\$ 1.875-US\$ 4.394): Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Perú, San Vicente y las Granadinas; Medio (US\$ 4.395-US\$ 6.712): Belice, Brasil, Colombia, Dominica, El Salvador, Granada, Panamá, Paraguay, Rep. Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, República Bolivariana de Venezuela; Alto (US\$ 6.713-US\$ 28.730): Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, México, San Kitts y Nevis, Uruguay.

Se estima que alrededor de 370.000 personas sufrían de tuberculosis en América Latina y el Caribe en el año 2002 y aproximadamente 150 morían de tuberculosis cada día. Perú, Haití y Bolivia son los países con la mayor cantidad de casos de tuberculosis en la región. La mayor parte de los infectados son adultos jóvenes en edad productiva, en una relación de 5 mujeres por cada 8 hombres. La incidencia de tuberculosis está fuertemente ligada a la pobreza, a condiciones de marginación social y al VIH/SIDA. La epidemia de VIH/SIDA plantea desafíos enormes a la lucha contra la tuberculosis, ya que esta última es una de las causas más frecuentes de infección secundaria y muerte entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

**GRÁFICO 26**  
**DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS,**  
**EN GRUPOS DE PAÍSES CLASIFICADOS DE ACUERDO A SU PIB PER CÁPITA,**  
**EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS ENTRE 1990-1995 Y 1997-2002**



Nota: Agrupados por valor mediano del PIB per cápita durante 1990-2001 para cada país si el dato está disponible: Bajo (US\$ 1.875-US\$ 4.394): Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Perú, San Vicente y las Granadinas; Medio (US\$ 4.395-US\$ 6.712): Belice, Brasil, Colombia, Dominica, El Salvador, Granada, Panamá, Paraguay, Rep. Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, República Bolivariana de Venezuela; Alto (US\$ 6.713-US\$ 28.730): Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, México, San Kitts y Nevis, Uruguay.

## **2. Políticas a desarrollar para el logro de los ODM correspondientes a salud**

### **2.1. La Agenda de Salud para las Américas: un compromiso político para alcanzar las metas del Milenio**

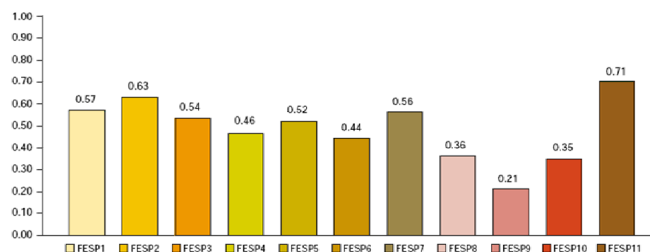
Los gobiernos de la región se encuentran trabajando en el establecimiento de una Agenda de Salud conjunta, con el objetivo de orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la región. La Agenda de Salud para las Américas es una respuesta a las necesidades de salud de la población regional y refleja el compromiso de los países de trabajar en conjunto. La Agenda incorpora y complementa la agenda global incluida en el décimo primer Programa General de Trabajo de la OMS, aprobado por los estados miembros en la Asamblea Mundial de salud de 2006 y está alineada con los ODM. La agenda concibe la salud como un derecho humano esencial y se enmarca en los principios de universalidad, accesibilidad e inclusividad de los sistemas de salud; solidaridad panamericana; equidad en salud; y participación social en la definición, ejecución y evaluación de las políticas públicas. La Agenda plantea ocho áreas de acción, entre las cuales se destacan las siguientes:

#### **(a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional**

Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la salud y ejercer la rectoría en salud en su rol de autoridad sanitaria nacional. La autoridad sanitaria nacional debe participar activamente en el abordaje de temas relacionados con el bienestar humano como globalización, migración, protección social, seguridad humana, derechos de las personas en salud, mercado laboral, composición de gasto público, igualdad de oportunidades y reducción de la pobreza y la desigualdad. Una parte importante del rol rector en dar cumplimiento a las funciones esenciales de salud pública (FESP). El 42° Consejo Directivo de OPS/OMS en su resolución CD42/15, insta a los Estados Miembros a medir el desempeño de dichas funciones y mejorar su práctica. Asimismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en el año 2006 la Resolución A/RES/60/35, que urge a los países miembros a incorporar la salud pública en sus estrategias de desarrollo económico y social, a diseminar buenas prácticas en salud pública y a desarrollar las capacidades necesarias para implementar el Reglamento Sanitario Internacional. La adopción de este reglamento en el año 2005 constituye un avance importante porque facilita la coordinación entre los países y provee un marco para reconocer, reportar y responder a emergencias de salud pública.

No obstante la voluntad política expresada por los acuerdos mencionados, el desempeño de las funciones de salud pública continúa siendo pobre en los países de la región y existe la necesidad urgente de destinar mayores recursos a su fortalecimiento, en particular a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; a la investigación en salud pública; al desarrollo de los recursos humanos; y a la capacidad regulatoria y de fiscalización, que son las FESP con más bajo desempeño en la región de las Américas, como muestra el gráfico 27.

**GRÁFICO 27**  
**DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)**  
**EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**



Fuente: OPS/OMS “La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción” Washington, DC: OPS, 2002.

El panorama de salud de las Américas y sus determinantes, plantea la necesidad de desarrollar políticas públicas de salud construidas con participación de la comunidad y conducidas por autoridades sanitarias sólidas y respetadas. La asociación entre el gobierno y la sociedad civil, así como entre diversos sectores, contribuye a visibilizar las inequidades en salud y situarlas en la agenda social. También ayuda a redireccionar recursos hacia áreas críticas donde dichos recursos son más necesarios. Para lograr una adecuada acción intersectorial, es necesario establecer los marcos legales que permitan a la autoridad sanitaria ejercer su rol y rendir cuentas respecto de su desempeño.

**(b) Reducir las inequidades en salud entre los países y al interior de los países**

No será posible alcanzar los ODM en la región sin reducir drásticamente las inequidades existentes. Dichas inequidades tienen que ver con importantes disparidades geográficas, étnicas, etarias, del nivel educacional y de la distribución del ingreso. Con el fin de lograr las metas acordadas en los ODM relacionados con salud, las intervenciones deben centrarse en reducir las inequidades en la oferta de salud y en el acceso y utilización de bienes y servicios de salud, lo cual redundará en mejorías en la equidad en los resultados de salud. Para ello, se deben priorizar los grupos sociales más vulnerables, incluyendo a las poblaciones más pobres; los pueblos originarios; las minorías étnicas; los grupos de migrantes y desplazados por conflictos de tipo bélico o político o por desastres naturales; y aquellos con discapacidades físicas y mentales.

**(c) Abordar los determinantes sociales de salud**

Las inequidades en salud están relacionadas con determinantes socioeconómicos. La exclusión en salud en la región aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalización y la discriminación racial, social y de género, así como a otras formas de exclusión social y a condiciones tales como el idioma, el empleo informal, el aislamiento geográfico, el nivel educacional y la cantidad de información disponible para los usuarios de los servicios de salud. Los países que poseen una distribución más equitativa del ingreso y que han implementado políticas para contrarrestar los efectos de los determinantes socioeconómicos que deterioran las condiciones de salud y/o inhiben la demanda por salud de los grupos sociales excluidos, alcanzan una expectativa de vida mas larga y mejores indicadores de salud.



Los determinantes sociales de salud deben ser abordados efectivamente con el fin de proteger a las poblaciones más pobres, marginalizadas y vulnerables y permitirles ejercer su derecho a la salud. La situación de salud es altamente dependiente de determinantes socioeconómicos. Las acciones necesarias para abordar la mayoría de dichos determinantes requieren del compromiso de un amplio rango de sectores del Estado, en particular los sectores de finanzas, trabajo, educación y vivienda. Con el fin de mejorar la situación de salud, la autoridad sanitaria debe fortalecer su capacidad de conducción en el sector salud así como su liderazgo intersectorial a nivel nacional, subnacional y también a nivel local, convocando y guiando a sus socios en la promoción, formulación e implementación de políticas destinadas a alcanzar mejores niveles de desarrollo humano. La autoridad sanitaria debe promover la participación social y comunitaria así como el compromiso de todos los grupos de interés –incluyendo el sector privado y los grupos socialmente excluidos– para alcanzar los objetivos nacionales de salud.

#### **(d) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para garantizar el derecho a la salud y extender la protección social en salud**

Lograr acceso universal a la salud y mejorar la protección social en salud son asuntos de creciente importancia en la arena política y en el debate académico y técnico en la región porque constituyen elementos clave para alcanzar un desarrollo humano sostenible. En este contexto, las políticas públicas deben concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud a través de la expansión progresiva de la cobertura y el financiamiento solidario de los sistemas de protección social en salud.

Aún cuando la mayoría de los países de la región tienen legislación que establece el derecho universal a la salud, en la práctica el ejercicio de ese derecho está determinado por condiciones de acceso y por la disponibilidad de financiamiento de los sistemas públicos. Esta realidad plantea la necesidad de desarrollar esquemas de aseguramiento que apunten a reducir la carga financiera de las familias –protegiéndolas del riesgo de caer en la pobreza debido a gastos de bolsillo catastróficos– y a garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones definido a través de un diálogo con la comunidad y determinado por las características sociales, demográficas, culturales, económicas y epidemiológicas de cada país.

La extensión de la protección social en salud debe basarse en principios de acceso a servicios, protección financiera, dignidad en el trato y solidaridad en el financiamiento. Para asegurar que se extienda efectivamente la protección social en salud se debe mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud –su cobertura, capacidad de resolución y calidad de la atención– mediante el fortalecimiento de los recursos humanos, los sistemas de información, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y la infraestructura física y tecnológica de los establecimientos de salud especialmente en las áreas rurales y periurbanas donde la infraestructura de salud es escasa o prácticamente inexistente, promoviendo la mezcla público-privada que resulte más eficiente y adecuada para satisfacer las necesidades de salud de la población. Para ello, será crucial enfatizar la estrategia de atención primaria de salud, incluyendo el acceso universal y equitativo a servicios de salud culturalmente aceptables.



## V. Situación y retos de la infancia y la adolescencia

### Introducción

Los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) se pueden lograr solamente si se protegen los derechos de la infancia a la salud, la educación, la protección y la igualdad.<sup>38</sup> Sin embargo, según las cifras correspondientes al 2002, en la región la pobreza extrema afecta a 41 millones de niños entre 0 y 12 años, lo que significa que aproximadamente 2 de cada 5 pobres extremos son niños. Además, 15 millones de indigentes son adolescentes entre 13 y 19 años de edad (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005). Asimismo, aunque se han registrado avances en cuanto a la desnutrición infantil, aún existen alrededor de 4 millones de niños menores de 5 años que padecen desnutrición global –o bajo peso para la edad–, lo cual representa alrededor del 7,3% de la población de este grupo de edad. Además, se estima que en 2005 el 15,6% de los niños y niñas menores de 5 años padecían desnutrición crónica –o baja talla para la edad–, lo que representa alrededor de 9 millones de niños y niñas cuya ingesta nutricional es inadecuada, tanto en cantidad como en calidad (véase capítulo 2, *supra*).

En América Latina y el Caribe, existe espacio para la formulación de metas más ambiciosas que las oficiales con relación al logro de la enseñanza primaria universal (véase capítulo 3, *supra*) y la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, ya que por ejemplo la mayor parte de los países han logrado o están por lograr metas como aquella de igualar las tasas de matrícula de niñas y niños. Por su parte, no obstante la meta establecida en el cuarto ODM –reducir la mortalidad infantil a un tercio de su nivel de 1990– sea bastante exigente, la región ha logrado avances importantes. La mortalidad de los menores de cinco años se redujo de alrededor de 56 a 33 y la mortalidad infantil (menores de un año) bajó de 43 a 26 por cada 1.000 nacidos vivos entre ese año y el 2003. En cuanto a la mortalidad materna, con una tasa de mortalidad de 190 por cada 100.000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe está en mejores condiciones que las otras regiones en vías de desarrollo (CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas, 2005).

---

<sup>38</sup> UNICEF. Hacia el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio y el pleno cumplimiento de los derechos de la Infancia en América Latina y el Caribe, Nils Kastberg, Director Regional para América Latina y el Caribe.

Sin embargo, cabe destacar que los resultados observados en los promedios regionales y nacionales esconden grandes disparidades por áreas geográficas, grupos socioeconómicos y étnicos. Por ejemplo, en Bolivia en 2001 la tasa de mortalidad infantil para la población indígena era 75 por mil (llegando en algunos departamentos a 102 por mil), mientras que a nivel nacional se situaba a 66 muertes por mil nacidos vivos.<sup>39</sup> En Ecuador, en el año 2001 la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional era de 29 por mil nacidos vivos y para la población indígena esta tasa de 59,3, lo que representa el doble del promedio del país.<sup>40</sup>

Desde la perspectiva del desarrollo centrado en los niños, niñas y adolescentes es conveniente abordar los siguientes temas: las prioridades de los niños y las niñas para el logro de los ODM, las acciones estratégicas para superar las amenazas y los adolescentes como sujetos de derecho y materia de atención en un continente joven.

## **1. La prioridad de los niños y las niñas para el logro de los ODM**

Desde la perspectiva de la Convención sobre los Derechos del Niño, es preciso que las prioridades para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio, se enfoquen en garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

### **1.1. Promover un buen comienzo en la vida para los niños y niñas**

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que todo niño tiene derecho a la vida, a ser inscrito inmediatamente después de su nacimiento, a un nombre y a nacionalidad. En este sentido, para promover un buen comienzo en la vida requiere garantizar que todos los niños y las niñas sean registrados y, en un plano de igualdad, garantizarles el acceso a una buena atención de salud, a una nutrición adecuada, a agua potable, a saneamiento seguro y sentar las bases para el aprendizaje y logros escolares. Significa también, protegerlos contra la violencia, el abuso, el abandono, la explotación y la discriminación.

De acuerdo con datos de UNICEF (2007), para el período 1999-2005, el promedio regional de inscripción de nacimientos era de 89% a nivel total, 92% para el área urbana y 78% para el área rural. A pesar de la promoción de la lactancia materna, no se cuenta con datos para obtener un promedio regional de lactancia exclusiva entre los menores de 6 meses; el 49% de los niños lactantes recibe lactancia con alimentos complementarios entre 6-9 meses y el 26% de los niños recibe lactancia continuada entre los 20-23 meses. Finalmente, información de UNESCO muestra que entre los años escolares 2002-2003 y 2003-2004, el promedio de la tasa neta de matrícula en educación pre-primaria para América Latina y el Caribe era 54,6% a nivel total, 54,7% para las niñas y 53,7% para los niños.

### **1.2. Ayudar a lograr la supervivencia y el desarrollo pleno de la niñez**

La política pública debe incluir el desarrollo de programas que aseguren la supervivencia de los niños y niñas, protegiéndolos de enfermedades que pueden prevenirse, para que se desarrollen plenamente hasta llegar a la edad adulta, así como impulsar la inmunización contra las enfermedades infantiles más comunes, gracias a lo que se logró erradicar la poliomielitis y el

---

<sup>39</sup> Fuente: Bolivia, Ministerio de Hacienda. Instituto Nacional, 2003. Características Sociodemográficas de la Población Indígena. La Paz, Bolivia. Serie IV: Estudios Temáticos, 2001.

<sup>40</sup> Fuente: INEC, IV Censo de Población y V de Vivienda 2001.

sarampión. Asimismo, se deben apoyar programas de educación dirigidos a adolescentes y jóvenes para prevenir y reducir la transmisión del VIH/SIDA, y realizar esfuerzos para garantizar que los niños y adolescentes huérfanos y vulnerables al SIDA reciban atención y cuidados (ver 1.5 *infra*).

En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido entre 1990 y 2003, de 56 a 33 por mil nacidos vivos. Sin embargo, se observan diferencias abismales entre los países, ya que mientras en Cuba 8 de cada mil nacidos vivos no logra cumplir los 5 años de edad, en Haití son 97 de cada mil nacidos vivos los niños que no logran llegar a los 5 años.

Para el año 2005, el porcentaje de menores de un año vacunados con DPT y contra la tuberculosis, poliomielitis, sarampión, y hepatitis B superaba el 90%, lo cual permite prevenir estas enfermedades y ayudar a la supervivencia de los niños. No obstante, se estima que cada año más de 80 millones de niños menores de 5 años no completan los programas de vacunación.

### **1.3. Contribuir a que los niños, niñas y adolescentes, reciban una educación de buena calidad, que aprendan y terminen sus estudios**

Otra de las prioridades de todos los gobiernos debe ser la promoción de mecanismos que garanticen una educación de buena calidad a todos los niños, niñas y adolescentes, como parte fundamental de la promoción de la paz y el desarrollo de las democracias. En este sentido, los gobiernos deben realizar esfuerzos para incorporar a aquellos niños, niñas y adolescentes que no asisten a la escuela, considerando de manera especial a las niñas indígenas, los niños trabajadores, los afectados por la violencia, las discapacidades y el VIH/SIDA.

América Latina y el Caribe han logrado grandes avances en la asistencia a escuela primaria, aunque persisten los problemas de la deserción escolar en los distintos grados de la educación primaria. Datos de UNESCO<sup>41</sup> permiten observar que, en el primer grado de primaria, la deserción escolar afecta al 1,8% de los niños en Costa Rica y alrededor del 19% de los niños de Nicaragua y Colombia; en segundo, tercero y cuarto grado, la tasa de deserción es menor de 1% en Costa Rica, Barbados y México, mientras que es mayor del 10% en Nicaragua, Guatemala y San Kitts y Nevis; para el quinto grado, aunque se observan menores tasas de deserción en la mayoría de los países, la situación no deja de ser preocupante para Perú, Paraguay, Guatemala y San Kitts y Nevis, que presentan tasas de deserción superiores al 5% de los niños matriculados en ese grado.

Por otra parte, de acuerdo con datos de OIT-IPEC<sup>42</sup>, la tasa de asistencia escolar de trabajadores infantiles entre 5 y 17 años varía en los países que reportan datos, así por ejemplo en Honduras, Panamá, Guatemala y Nicaragua menos del 50% de los trabajadores infantiles de este grupo de edad asisten a la escuela, mientras que en Brasil, Perú, Chile y República Dominicana, más del 80% de los trabajadores infantiles de 5-17 años asiste a la escuela.

### **1.4. Cooperar para crear entornos de protección a favor de la infancia**

Motivar el cambio de comportamiento y actitud de la sociedad hacia la infancia, impulsando el respeto y difusión de sus derechos, y promover la creación y el fortalecimiento de ámbitos de protección para todos los niños, niñas y adolescentes, es importante para la protección de los

---

<sup>41</sup> DevInfoLAC, UNESCO\_2005 EFA Global Monitoring Report.

<sup>42</sup> OIT-IPEC\_IPEC Info 1.0 y OIT-IPEC\_IPEC Info 2.0.

derechos de la infancia. Dado que la responsabilidad de la protección de la niñez es un compromiso de la sociedad y los estados, se debe abogar por la creación de normas, políticas, servicios y programas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra el abandono, el trabajo infantil, la explotación sexual comercial, la trata, el tráfico y la violencia en los hogares, escuelas, instituciones y comunidades.

Un aspecto importante tiene relación con las leyes y mecanismos emitidos con la finalidad de proteger los derechos del niño. En este sentido, todos los países de la región han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, en materia de trabajo infantil, la mayoría de los países han ratificado los Convenios 138 y 182 de la OIT y han establecido la edad mínima de admisión al empleo entre 14 y 16 años de edad.

### **1.5. Promover el derecho a conocer y protegerse del VIH/SIDA**

Para el año 2006, se estima que en la región había cerca de 2 millones de personas infectadas con VIH/SIDA, de las cuales el 13% vive en el Caribe (ONUSIDA-OMS 2006); asimismo, para el año 2005 en la región vivían 54.000 niños y niñas entre 0-14 años y 640.000 mujeres mayores de 15 años infectados con VIH/SIDA (UNICEF, 2007). Por otra parte, en América Latina y el Caribe se ha pasado de tener 54.000 huérfanos a causa del SIDA en el año 1990 a 750.000 en el 2005 (UNICEF, 2005) y se calcula que para el año 2010 habrá alrededor de un millón de huérfanos por los efectos del SIDA.

Datos disponibles para algunos países indican lo siguiente: en Haití el 14%, en Bolivia el 22%, en Cuba el 52%, en Guyana el 36%, en Suriname el 27% y en Trinidad Tobago el 33% de las mujeres entre 15-24 años de edad tiene amplios y correctos conocimientos sobre el VIH/SIDA.<sup>43</sup>

Por lo tanto, se sugiere la promoción de estrategias para mejorar el conocimiento sobre el VIH/SIDA, para disminuir el impacto de la epidemia sobre los niños y sus familias, así como crear mecanismos que contribuyan a prevenir y a informar sobre este tema. Asimismo, se deben realizar esfuerzos para que los niños huérfanos a causa del SIDA no sean discriminados, asistan a la escuela y dispongan de servicios sociales y de salud, tengan acceso al tratamiento.

### **1.6. Promover una mayor y más equitativa inversión a favor de la infancia y la adolescencia**

Para lograr la implementación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, se requiere una mayor y más equitativa inversión social. En este sentido, es necesario que los compromisos políticos se transformen en decisiones de política pública presupuestaria, mediante lo cual se conoce el volumen y uso de los recursos públicos asignados al cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia. Para ello, los Estados deben promover el seguimiento de las políticas públicas a favor de la infancia, a niveles nacionales y subnacionales, así como apoyando iniciativas destinadas a movilizar todos los recursos de la sociedad.

Se ha reconocido que el gasto social que tiene más beneficios sobre la infancia es aquello básico, es decir aquello destinado a la educación, la atención primaria en salud –incluida la salud reproductiva–, en programas de nutrición, en agua potable y en saneamiento. CEPAL y UNICEF (2002) estimaron que los nuevos recursos anuales necesarios para alcanzar que la inversión social garantice la cobertura de los servicios sociales básicos, ascienden a cerca de 30 dólares por habitante, lo que equivale a un aumento del gasto del 8% del presupuesto público total, es decir, alrededor del 2,5% del PIB.

---

<sup>43</sup> Fuente: [www.cepal.org](http://www.cepal.org) – CEPALSTAT, Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO).

## **1.7. Ayudar a que los niños, niñas y adolescentes, reciban una atención inmediata y priorizada durante situaciones de emergencias**

Las guerras, la violencia, los accidentes y los desastres naturales tienen graves consecuencias en la vida y el posterior desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Por esta razón, se sugiere apoyar a los niños afectados durante las crisis humanitarias, procurando su acceso a la atención básica, promoviendo proyectos de recuperación afectiva y la reunión con sus familias, tratando de normalizar sus vidas y buscando el regreso a la escuela.

## **2. Acciones estratégicas para superar las amenazas**

La superación de las amenazas al desarrollo pleno de la niñez y la adolescencia exige el establecimiento de acciones estratégicas que coadyuven al logro de los objetivos planteados en los compromisos internacionales, especialmente los ODM, lo cuales en gran medida son parte de los Planes Nacionales de Desarrollo de los países de la región. Se requiere en particular prestar especial interés a los temas que a continuación se mencionan, donde hay pendientes varios desafíos.

### **2.1. VIH/SIDA**

Dados los crecientes efectos de la epidemia del VIH/SIDA en la región, se requiere, en primer lugar, plantearse los desafíos pendientes (UNICEF, 2005):

- La prevención: es necesario brindar mayor información a los jóvenes y adolescentes, con la finalidad de que desarrollen aptitudes y tengan acceso a los servicios para prevenir esta enfermedad.
- La vulnerabilidad de las mujeres y adolescentes ante la epidemia: la pobreza y la falta de educación aumentan la vulnerabilidad a la explotación sexual comercial y a la vez resultan en una reducida habilidad de negociación para exigir relaciones sexuales protegidas. La violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres, ya sea en el hogar, la escuela, o el lugar de trabajo, también las expone más al peligro de contraer el VIH.
- La transmisión materno-infantil: a medida que la epidemia afecta más a las mujeres, se incrementa el riesgo de la transmisión materno-infantil. Se estima que solo el 33% de las mujeres de la región tiene acceso a servicios para la prevención materno-infantil.
- Tratamiento y cuidado: la proporción de personas viviendo con VIH/SIDA sin acceso a antiretrovirales varía significativamente, pero sólo diez países reportan una cobertura superior al 50%.

Para superar estas amenazas se sugiere:

- Brindar información sobre VIH/SIDA a los jóvenes y adolescentes y asegurar su acceso a servicios de salud acogedores y gratuitos.
- Prevenir la transmisión materno-infantil.
- Asegurar el acceso universal al cuidado y apoyo requerido para todos los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH/SIDA, incluyendo el acceso a antiretrovirales y medicamentos para tratar infecciones oportunistas relacionadas con el VIH/SIDA.

## 2.2. Desnutrición crónica

Desafíos pendientes:

- Aproximadamente 9 millones de niños y niñas de América Latina y el Caribe sufren de desnutrición crónica, lo cual es un indicador de pobreza extrema y puede tener efectos de por vida, afectando además de la salud, el desarrollo integral de la niñez. Este mal afecta a los grupos más pobres, especialmente a las poblaciones indígenas.
- Desigualdad en el acceso a los alimentos: en la región se producen suficientes alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales del triple de la población actual; sin embargo, el bajo ingreso de los sectores más pobres constituye una barrera al consumo de alimentos en cantidad y calidad adecuadas. Dependiendo del país, un niño o niña que vive en pobreza extrema tiene entre dos y seis veces más probabilidades de sufrir de desnutrición que un niño o niña no pobre.

Sugerencias antes estas amenazas:

- Proporcionar alimentación escolar gratuita a todos los niños y niñas.
- Diseñar e implementar programas comunitarios de nutrición para mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años y donde sea necesario, proporcionar micronutrientes suplementarios.
- Asegurar la inclusión de medidas específicas contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil en las estrategias nacionales y los programas de reducción de la pobreza.
- Establecer como prioridad nacional el lograr una mayor, más eficiente y equitativa inversión social para luchar contra la pobreza y la desnutrición infantil.
- Fortalecer la rendición de cuentas en las políticas públicas a todos los niveles de la administración gubernamental, con el propósito de asegurar que la inversión social tenga un impacto positivo en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

## 2.3 Disparidad y exclusión social

Desafíos pendientes:

- Desigualdad en la distribución del ingreso: América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo, con una enorme brecha entre los grupos más ricos y los más pobres. El 20% de los hogares más pobres capta entre el 2,2% y el 8,8% de los ingresos totales, mientras que el 20% más rico capta entre el 41,8% y el 62,4%.
- Exclusión social: los pueblos indígenas y afrodescendientes son los más pobres, presentan los peores indicadores socioeconómicos y el menor acceso al conocimiento y a la participación política.
- Disparidades en el acceso a la educación: 1 de cada 4 jóvenes (15-19 años) pertenecientes al 20% más pobre, no termina la educación primaria, mientras que del 20% más rico, 1 de cada 25 no la termina. También existen grandes desigualdades en la educación, ligadas a la ubicación geográfica y el origen étnico. Las desigualdades en la educación se transmiten de padres a hijos, perpetuando el ciclo intergeneracional de la pobreza; sólo un 20% de los jóvenes cuyos padres no lograron terminar la educación primaria, logran terminar dicho nivel.
- Desigualdad de género: a pesar del considerable progreso hacia la meta de igualdad en la matrícula de educación primaria (en varios países, las niñas presentan tasas de asistencia escolar menores que los niños), para muchas niñas pobres entre 6 y 12 años asistir a la escuela y terminar la educación primaria continúa representando un gran desafío. La paridad en la matrícula, además, no se traduce en mejores oportunidades educativas y



laborales para las mujeres, quienes siguen ocupando empleos de baja productividad y menor remuneración, con persistentes brechas de ingresos respecto a los hombres en la mayoría de los países de la región.

- Efecto de las desigualdades socioeconómicas sobre la mortalidad infantil y materna: las inequidades relacionadas con el nivel de ingreso y el origen étnico, tienen un marcado impacto en los patrones de mortalidad infantil y materna. En los países con información disponible se evidencia un mayor nivel de mortalidad infantil entre la población indígena. En cuanto al nivel de ingresos, los datos disponibles indican que la mortalidad en la niñez es sistemáticamente mayor en los grupos de menores ingresos. A pesar de que la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, su incidencia es mucho más alta entre las mujeres de grupos socioeconómicos bajos. Esta problemática es particularmente aguda entre las mujeres indígenas y la población rural.
- Exclusión de la población rural: la mortalidad materna e infantil y la falta de acceso a agua y saneamiento afectan desproporcionadamente a la población rural.

Cómo avanzar:

- Ampliar los servicios sociales y educativos básicos de calidad y asegurar el acceso universal a los mismos, alentar soluciones locales al problema del acceso y la cobertura con amplia participación de la comunidad.
- Establecer y/o fortalecer sistemas nacionales y locales de información de calidad y desagregada, que permitan formular políticas específicas y adecuadas a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes de diferentes edades, sexo, origen étnico y residencia.
- Promover políticas adecuadas de inclusión educativa para grupos discriminados, tales como indígenas y afrodescendientes.
- Abordar el tema de la igualdad de género en la educación, más allá de la paridad en las matrículas. Entre otras cosas, se requiere modificar los métodos de enseñanza y contenidos curriculares que inculcan en niños y niñas, pautas y expectativas sociales estereotipadas para cada sexo.
- Expandir el acceso a servicios de salud y nutrición infantil, en particular en las comunidades más excluidas y con estrategias adecuadas a sus particularidades culturales.
- Ampliar el acceso a agua potable y saneamiento, especialmente en las áreas rurales.
- Abordar las inequidades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a través de políticas de salud eficaces y focalizadas.
- Expandir la atención calificada en el parto y el acceso a métodos de planificación familiar, en particular para las poblaciones más excluidas.

## 2.4. Emergencias

Amenazas ante las situaciones de emergencia:

- De acuerdo con el Informe Mundial de Desastres 2005 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2005) entre los años 1995 y 2004, se han reportado 1.223 desastres en América Latina y el Caribe, provocando la muerte de 82.000 personas y afectando a 51 millones de habitantes, originando pérdidas por 149.340 millones de dólares.
- De estos desastres, 840 fueron provocados por fenómenos naturales, que causaron el 86% de las muertes, afectaron el 99% de las personas y originaron el 98% de las pérdidas.
- Los fenómenos naturales más comunes en la región son los huracanes, tormentas tropicales, inundaciones, sequías, sismos, erupciones volcánicas, derrumbes o deslaves de laderas.

- Para la mayoría de los países afectados por los desastres naturales, las cuantiosas pérdidas han retrasado significativamente los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida, generando a la vez retrasos importantes en la lucha contra la pobreza.
- Como región en desarrollo, América Latina y el Caribe es vulnerable ante los desastres naturales, ya que normalmente quienes se enfrentan a los peligros son los estratos más pobres de la población, especialmente las mujeres y los niños, quienes carecen de la información y recursos necesarios para tomar medidas efectivas para proteger su vida y su salud.

Sugerencias para enfrentar los desastres:

- Se requiere contar con los elementos necesarios para determinar el impacto de los desastres naturales en el desarrollo.
- Los países vulnerables ante los desastres naturales deben contar con información que les permita analizar la problemática de riesgo, evaluar el peligro, la vulnerabilidad física y social, así como realizar un estudio de los distintos escenarios de eventos extremos, con las posibles consecuencias, a fin de tomar las medidas necesarias previas y posteriores al desastre.
- Para enfrentar los desastres naturales se sugiere en enfoque de gestión de riesgo, que se refiere a la forma de manejar las decisiones administrativas, de organización y la capacidad de respuesta para aplicar políticas, estrategias y acciones para la reducción de riesgos ante desastres (United Nations, International Strategy for Disaster Reduction, 2004). La gestión integral de riesgo comprende dos fases: la fase pre-desastre y la pos-desastre. La fase pre-desastre incluye la identificación, mitigación, transferencia y prevención del riesgo. La fase pos-desastre abarca la respuesta a la emergencia, la rehabilitación y la reconstrucción. Además, hay que considerar la gestión financiera del riesgo, que incluye el financiamiento del riesgo y la transferencia del riesgo (CEPAL 2005).

### **3. Los adolescentes: sujetos de derecho y materia de atención en un continente joven**

*“Por estar aún en proceso de formación física, intelectual, emocional y moral, los adolescentes constituyen un terreno fértil para cultivar las bases de sociedades justas, solidarias, democráticas y productivas”.*<sup>44</sup>

Una visión positiva de los adolescentes se caracteriza de acuerdo a los siguientes elementos:

- Los adolescentes son percibidos, valorados y respetados como sujetos de derecho con un gran potencial para contribuir al desarrollo propio y de la sociedad.
- Muchos de los comportamientos problemáticos de los adolescentes son el resultado del “analfabetismo” emocional, ligado a fallas y carencias en su entorno inmediato (familia, escuela, comunidad) y el macro-ambiente.
- Los adolescentes conocen sus necesidades y prioridades y se les debe permitir participar activamente en los espacios de decisión y en las diferentes etapas de la política pública.

---

<sup>44</sup> UNICEF. Argumentos y herramientas para influenciar la inversión social a favor de los adolescentes de América Latina y el Caribe. Versión preliminar, sin publicar.

- El bienestar de los adolescentes depende estrechamente de sus relaciones con el entorno inmediato (familias, las escuelas y las comunidades) y del trato que recibe por parte de sus miembros.
- Los adolescentes son ávidos de reconocimiento, orientación y apoyo por parte de sus padres/madres o tutores.
- Los adolescentes necesitan desarrollar la autoestima, el autoconocimiento y un sentido de pertenencia.

Desde esta visión positiva, se pueden formular políticas públicas y acciones, que garanticen el cumplimiento de los derechos de los adolescentes, las cuales deben tener las siguientes características:

- Ser universales y holísticas, que reconocen la integralidad de los individuos y están centradas en el entorno más amplio que rodea a los adolescentes.
- Ser preventivas, deben otorgar especial atención a la adolescencia temprana (10-14 años).
- Concentrarse en el potencial y capacidades de los adolescentes, brindando oportunidades para adoptar comportamientos saludables, convivir en ambientes protectores y desarrollar las habilidades necesarias para la ciudadanía y la vida adulta.
- Proporcionar protección especial y restituir los derechos de los adolescentes que se encuentren en situaciones problemáticas o en condiciones de vulnerabilidad.
- Incorporar la participación activa de los adolescentes en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas, programas y proyectos que los benefician.
- Estar basadas en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Estar guiadas por información confiable, actualizada y relevante acerca de las variables demográficas, económicas y sociales que afectan a los adolescentes y su entorno.

### **3.1. Situación demográfica**

De acuerdo con las proyecciones y estimaciones de población publicadas por el CELADE - División de Población de la CEPAL, en 2007 la población de América Latina y el Caribe es de 576,5 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente el 37%, o sea 213 millones, son menores de 18 años de edad. En el año 1990, la población menor de 18 años de la región era alrededor de 197 millones de personas, representando el 44% de la población total (443,7 millones). Las últimas proyecciones indican que, para el 2015, la población total de la región será 634,1 millones de personas y la de menores de 18 años 214,5 millones, o sea el 34% de la población total.

Al analizar la composición de la población, se estima que en 2005 los adolescentes (10-18 años) son casi 100 millones, o sea un 18% de la población total, mientras que en 1990 representaban el 20% de la población total. Para el año 2015, la población de 10-18 años se estima en cerca de 103 millones, alrededor del 16% de la población total. Como se observa, este grupo de edad va perdiendo representatividad en la estructura de la población en la región, debido a los efectos de la transición demográfica y a la disminución de la tasa global de fecundidad en las últimas décadas.

## 3.2. La educación de los adolescentes

Información de CEPAL, basados en datos de UNESCO<sup>45</sup>, indica que la tasa neta de matrícula en educación secundaria ha variado desde 29% en el año 1990 a 67% en el 2004, mostrando niveles levemente superiores para las mujeres (68,6%) que para los hombres (64,7%). Países como Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela muestran tasas menores al promedio regional.

Lo anterior indica que aunque se hayan dado avances, se requiere realizar mayores esfuerzos para lograr la permanencia de los adolescentes en el sistema educativo, a fin de alcanzar, al igual que en la educación primaria, la universalización de la educación secundaria. Asimismo, será necesario aunar esfuerzos para mejorar la calidad de la educación, a fin de lograr que la población cuente con los suficientes años de escolaridad para aspirar a mejores opciones de empleo y bienestar social. Por otra parte, es importante que las reformas del sector educativo enfatizen la igualdad de oportunidades de acceso a una educación de mejor calidad y con esto garantizar la permanencia de los adolescentes de los grupos vulnerables y excluidos, en el sistema. Sobre este particular, es importante tomar en consideración que la educación debe responder a las necesidades de la diversidad de razas y etnias; que los horarios deben ser flexibles para que se ajusten a las necesidades de los adolescentes; que debe haber equidad de género; que se requiere dar una segunda oportunidad a aquellos que han quedado rezagados por distintas razones; que los programas de capacitación para el trabajo permiten crear habilidades para la gestión empresarial; que es necesario desarrollar las aptitudes para la vida cotidiana. Debe además tenerse en cuenta que la participación de los adolescentes en el ámbito escolar contribuye a fortalecer la autoestima, los valores democráticos y el ejercicio de la ciudadanía; finalmente, se requiere contar con los ambientes que favorezcan el desarrollo de los adolescentes, a fin de garantizar su bienestar.

## 3.3. Los retos que afrontan los adolescentes

### El embarazo precoz y el embarazo no deseado

El inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, con poca información sobre los riesgos, causa un aumento en la tasa de fecundidad adolescente y el porcentaje de adolescentes embarazadas. Si se revisa la tasa de fecundidad en América Latina y el Caribe, es fácil observar la disminución que se ha producido desde los años 70, generado por cambios socioeconómicos, culturales, de género y tecnológicos. No obstante, a partir de la década de 1980, la tasa de fecundidad de las menores de 20 años de edad ha mostrado distintas tendencias, incluyendo el aumento en algunos países.

En este sentido, América Latina y el Caribe tiene el mayor porcentaje de nacidos vivos cuya madre es adolescente,<sup>46</sup> por otra parte, la tasa específica de fecundidad de 15-19 años, 75,7 nacimientos por cada mil mujeres, está en segundo lugar, superada sólo por el África, mientras que el promedio mundial es de 52,9 nacimientos por cada mil mujeres. Esta situación genera mayores riesgos de salud, en particular perinatales. Se crean además obstáculos para la formación escolar y laboral; desventajas en las perspectivas de vida de progenitores y prole. La probabilidad de ser madre en esta etapa de la vida aumenta entre las adolescentes pobres. A su vez, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e

---

<sup>45</sup> Véase CEPAL, Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (CEPALSTAT, BADEINSO), [www.cepal.org/badeinso](http://www.cepal.org/badeinso).

<sup>46</sup> Jorge Rodríguez y Martín Hopenhayn, Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. Versión preliminar, sin publicar.

irresponsabilidad de los padres: una parte importante de la fecundidad adolescente, de hecho, no es deseada, lo cual está relacionado con el ejercicio de derechos y la inequidad de género.

## **La explotación laboral**

El trabajo infantil y de adolescentes en los países de América Latina y el Caribe obedece a diferentes causas y genera consecuencias negativas, tanto en los niños, niñas y adolescentes, como en sus familias y la sociedad. Este fenómeno es no solo un reflejo de la pobreza, sino que de alguna manera es una muestra de deficiencias y limitaciones. La mayor parte de los niños, niñas y adolescentes que trabajan, lo hacen para cubrir las necesidades básicas del hogar, dado que los ingresos familiares no son suficientes. Otro grupo lo hace debido a la percepción positiva de que el trabajo es un mecanismo para enfrentarse a la vida. Aunque no se trata de algo nuevo, recientemente se ha observado que existe una voluntad política para erradicar la explotación laboral de niños y adolescentes.

De acuerdo con datos de OIT/IPEC<sup>47</sup> sobre 16 países de la región, el porcentaje de trabajadores entre 10-14 años de edad en el período 2000-2004, era menor del 40% para Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica y Panamá. A su vez, Bolivia, Ecuador, el Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana presentan porcentajes superiores al 40%. En el caso de la población de 15-17 años de edad, sólo Bolivia, Perú y República Dominicana reportan un porcentaje menor del 40% de trabajadores, mientras que en el resto de los países el porcentaje de trabajadores de 15-17 años fluctúa entre 41% en Ecuador y 70% en Jamaica.

## **La violencia, el abuso, el maltrato y el abandono**

Una cantidad importante de adolescentes de la región se encuentra en situaciones problemáticas o de extrema vulnerabilidad, como son los adolescentes que viven en la calle, los desplazados internos y los refugiados, las víctimas de explotación sexual, el abuso y la violencia, así como los que se encuentran en problemas con la ley.<sup>48</sup> Estas situaciones requieren de la definición de estrategias y la toma de medidas de protección especial, de tipo judicial, educativo o asistencial, orientadas a prestar apoyo para restituir los derechos vulnerados. Sin embargo, es necesario actuar de manera preventiva, abordando las causas subyacentes de los problemas y contribuyendo a la creación de un entorno protector para los adolescentes, en el cual las familias, las escuelas y las comunidades se comprometen a promover y proteger los derechos de los adolescentes (protegidos en las leyes existentes); los gobiernos asignan recursos públicos para prevenir y erradicar el abuso, el maltrato y la explotación de los adolescentes; y los medios de comunicación dan a conocer los temas prioritarios de los derechos humanos y denuncian las actitudes discriminatorias.

Uno de los problemas más graves que afecta a la niñez y adolescencia de América Latina y el Caribe es la violencia. El Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, cita entre las principales formas de violencia el castigo físico como una forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica. Los datos disponibles indican que cada año, más de 6 millones de niños y niñas sufren abusos severos en los países de la región y más de 80.000 mueren a causa de la violencia doméstica. Con estos altos niveles de violencia, se violan los derechos y se frena el desarrollo democrático y económico de los países. Otra información importante que muestran los estudios disponibles es que entre el

---

<sup>47</sup> OIT-IPEC\_IPEC Info 2.0.

<sup>48</sup> UNICEF. Argumentos y herramientas para influenciar la inversión social a favor de los adolescentes de América Latina y el Caribe. Versión preliminar, sin publicar.

10% y el 36% de las mujeres, según el país, han sido objeto de violencia física o sexual. Asimismo, el abuso sexual es el maltrato infantil menos denunciado, aunque se conoce que los agresores generalmente son varones y 8 de cada 10 casos son los padres, esposos o parientes.

## Bibliografía

- AbouZahr y T. Wardlaw (2004), *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels, and differentials, 1990–2001*. Geneva: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2004.
- Behrman, J., H. Alderman, y J. Hoddinott, (2004), “Hunger and Malnutrition”, Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunities, Washington DC.
- Behrman J. y Rosenzweig (2004), Returns to Birthweight, The Review of Economics and Statistics, MIT Press, Vol. 86, N° 2.
- Caribbean Development and Cooperation Committee (CDAC) (2004), Challenges in the Social Sector confronting Caribbean SIDS. St. Croix, United States Virgin Islands.
- CEPAL (2007c) Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2006a), *Panorama social de América Latina 2006*, LC/G.2326-P/I, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2006b), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, LC/G.2294(SES.31/3), marzo de 2006, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2006c), *Panorama social de América Latina 2005*, LC/G.2288-P, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2006d), Nutrition, Gender and Poverty in the Caribbean Subregion, LC/CAR/L.105, 18 December 2006, Port of Spain, Trinidad and Tobago.
- \_\_\_\_ (2005), El Impacto de los desastres naturales en el desarrollo: documento metodológico básico para estudios nacionales de caso, LC/MEX/L.694, 14 de diciembre de 2005, México, D.F.
- \_\_\_\_ (2004a), *Una década de desarrollo social en América Latina: 1990-1999*, LC/G.2212-P, marzo de 2004, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2004b), *Desarrollo productivo en economías abiertas*, LC/G.22234 (SES.30/3), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2004c), *Panorama social de América Latina 2002 – 2003* (LC/G 2209 P/I). Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2002a), La CEPAL ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Nota preparada para el Seminario Internacional “América Latina y el Caribe: desafíos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio”*, organizado por BID, Banco Mundial, PNUD y CEPAL, Washington D.C., 10 y 11 de junio, 2002.

- \_\_\_\_\_(2002b), *Panorama social de América Latina 2001-2002*, LC/G.2183-P/E. Santiago de Chile.
- CEPAL-UNESCO (2005), *Invertir mejor para invertir más: financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, enero.
- CEPAL y otras agencias de Naciones Unidas (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*, LC/G.2331. Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL y UNICEF (2002), *La pobreza en América Latina y el Caribe aún tiene nombre de infancia*, Documento preparado para la XI Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, México, D.F., 25 al 27 de septiembre de 2002.
- CEPAL-PMA (2007), “Análisis del impacto social y económico del hambre en América Latina: Resultados del estudio en Centroamérica y República Dominicana. Informe de Proyecto”, Santiago de Chile, inédito.
- CEPAL-PMA (2005a), *Hunger and Malnutrition in the countries of the Association of Caribbean States (ACS)*. *Serie Políticas Sociales* N° 111 (LC/L.2374-P-1) Santiago de Chile, CEPAL.
- CEPAL-PMA (2005B), *Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. *Serie Políticas Sociales* N° 112 (LC/L.2400-P) Santiago de Chile, CEPAL.
- De Onis, M. y M. Blössner (2003), *The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: Methodology and Applications*. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:518-526.
- De Onis, M., M. Blössner y J. Villar (1998), *Levels and Patterns of Intrauterine Retardation in Developing Countries*. *European Journal of Clinical Nutrition* 52 (suppl.1): S5-S15.
- EFA Global Monitoring Report Team (2005), *Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo. El imperativo de la calidad*. Extraído de: [http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL\\_ID=35939&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL_ID=35939&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
- FAO (2006), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo* (SOFI). <http://www.fao.org/catalog/inter-s.htm>.
- \_\_\_\_\_(2004), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo* (SOFI). [http://www.fao.org/documents/show\\_cdr.asp?url\\_file=/docrep/007/y5650s/y5650s00.htm](http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/007/y5650s/y5650s00.htm)
- FAO, FAOSTAT – Nutrición, Hojas de balance alimentario <http://www.fao.org> .
- Fuerza de Tarea Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna (2003), “Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna. Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe” Washington DC.
- INCAP (2005), *La Iniciativa de Seguridad Alimentaria Nutricional en Centro América*, 2da. Edición. <http://www.incapops.org.gt>
- \_\_\_\_\_(2003), *Grado de avance de la iniciativa de seguridad alimentaria y nutricional en los países miembros del INCAP*, Ciudad de Guatemala, septiembre.
- Li R. y otros, (1994) “Functional consequences of iron supplementation in iron-deficient female cottonmill workers in Beijing”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 59.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2005), *World Disasters Report, 2005: Focus on information in disasters*, Geneva, Switzerland.
- León A., Martínez R., Espíndola E. y A Schejtman (2004), “Poverty, hunger and food security in Central America and Panama”, *Políticas Sociales Series*, N° 88 (LC/L.2134-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Li R. y otros, (1994), “Functional Consequences of Iron Supplementation In Iron-Deficient Female Cottonmill Workers in Beijing”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 59.
- Martínez R., coordinador (2005a), “Hunger and Malnutrition in the countries of the Association of Caribbean States (ACS)”, *Serie Políticas Sociales*, N° 111 (LC/L.2374-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- \_\_\_\_\_(2005b), “Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú”, *Serie Políticas Sociales*, N° 112 (LC/L.2400-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Martínez, R. y A. Fernández (2006a), “Child Malnutrition in Latin America and the Caribbean” in *Challenges*, N° 2, CEPAL-UNICEF, Santiago de Chile .
- \_\_\_\_\_(2006b), “Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina *Serie Manuales*, N° 52 (LC/L.2650-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), *Informe Mundial de Salud 2005, ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra.
- ONUSIDA-OMS (2006), *AIDS Epidemic Update, December 2006*, Geneva, Switzerland.



- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004), *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud*. Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Washington DC.
- \_\_\_\_\_ (2002), *La Salud en las Américas*, Publicación Científica y Técnica 587, Washington, D.C.
- OPS/USAID (2004), Regional Maternal Mortality Reduction Initiative. Final Report, PAHO-USAID Quality Assurance Project Washington, D.C.
- ORC Macro, Measure DHS <http://www.measuredhs.com>.
- Rodríguez J., M. Hopenhayn, Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. Versión preliminar, no publicada.
- SCN (UN Stunting Committee on Nutrition) (2004), “Fifth report of the world nutrition situation: Nutrition for improved development outcomes”. <http://www.unsystem.org/scn/>
- UNESCO (2007a), Educación de calidad para todos: una cuestión de Derechos Humanos. Documento base de la II Reunión del Comité Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación de América Latina y el Caribe, PRELAC, UNESCO; Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2007b), Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Informe Regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la Educación para Todos en el marco del Proyecto Regional de Educación -EPT/PRELAC, UNESCO, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2002), Estudio cualitativo de escuelas con resultados destacables en siete países latinoamericanos. UNESCO, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.unesco.cl/esp/atematica/evalalfabydest/ediciones/2.act?menu=/esp/atematica/evalalfabydest/>.
- \_\_\_\_\_ (2001), Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemática y factores asociados, para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica. Informe técnico. (UNESCO; Santiago) Disponible en <http://www.unesco.cl/esp/atematica/evalalfabydest/ediciones/2.act?menu=/esp/atematica/evalalfabydest/>.
- \_\_\_\_\_ (2000a), Segundo informe del Primer Estudio Internacional Comparativo sobre Lenguaje, Matemática y Factores Asociados para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica. UNESCO, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.unesco.cl/esp/atematica/evalalfabydest/ediciones/2.act?menu=/esp/atematica/evalalfabydest/>.
- \_\_\_\_\_ (2000b), *Marco de Acción de Dakar. Educación para todos: cumplir nuestros compromisos comunes*. UNESCO, París. Disponible en [http://www.unesco.org/education/efa/ed\\_for\\_all/framework.shtml](http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/framework.shtml).
- \_\_\_\_\_ (1998), Primer Informe del Primer Estudio Internacional Comparativo sobre Lenguaje, Matemática y Factores Asociados en Tercero y Cuarto Grado. UNESCO, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.unesco.cl/esp/atematica/evalalfabydest/ediciones/1.act?menu=/esp/atematica/evalalfabydest/>.
- UNESCO/SEP México (2005), *Panorama Educativo de las Américas: progresando hacia las metas educativas*. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Indicadores Educativos. Secretaría de Educación Pública de México y UNESCO Oficina Regional de Educación en América Latina y el Caribe , OREALC/UNESCO, Santiago de Chile.
- UNICEF (2007), Estado Mundial de la Infancia 2007.
- \_\_\_\_\_ (2005a), Estado Mundial de la Infancia 2005, <http://www.unicef.org/sowc05>.
- \_\_\_\_\_ (2005b), Los objetivos de desarrollo del Milenio tienen que ver con la infancia. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Panamá.
- UNICEF-OMS (2004), “Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates”. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/low\\_birthweight/low\\_birthweight\\_estimates.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf).
- United Nations, International Strategy for Disaster Reduction (2004), *Living with Risk: A global review of disaster reduction initiatives*, Geneva, Switzerland.
- Villatoro, P. (2007), “Hacia la ampliación del segundo objetivo del milenio”, *Serie Políticas Sociales* N° 132 (LC/L.2712-P), Número de venta: S.07.II.G.60, marzo.