

2005

DOCUMENTO INFORMATIVO



Panorama social

DE AMÉRICA LATINA



NACIONES UNIDAS

CEPAL

El presente documento contiene la síntesis del *Panorama social de América Latina 2005*, preparado conjuntamente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL.

La sección titulada "Expresiones demográficas de la desigualdad social" ha sido elaborada por el CELADE - División de Población de la CEPAL, gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el marco del programa regional CEPAL-UNFPA sobre población y desarrollo en América Latina y el Caribe, 2005-2007.

La versión completa del documento se publicará más adelante.

Notas explicativas

En los cuadros del presente *Panorama social de América Latina* se han empleado los siguientes signos:

- Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.
- Dos rayas y un punto (-.) indican que el tamaño de la muestra no resulta suficiente para estimar la categoría respectiva con una confiabilidad y precisión adecuadas.
- La raya (-) indica que la cantidad es nula o despreciable.
- Un espacio en blanco en un cuadro indica que el concepto de que se trata no es aplicable o no es comparable.
- Un signo menos (-) indica déficit o disminución, salvo que se especifique otra cosa.
- El punto (.) se usa para separar los decimales.
- El guión (-) puesto entre cifras que expresen años, por ejemplo 1990-1998, indica que se trata de todo el período considerado, ambos años inclusive.
- La palabra "dólares" se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo indicación contraria.
- Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos parciales y los porcentajes presentados en los cuadros no siempre suman el total correspondiente.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Síntesis.....	5
Perspectivas de la pobreza en la región.....	8
Gasto social en América Latina y el Caribe: tendencias recientes, orientación y efectos redistributivos	16
Expresiones demográficas de la desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y orientaciones de política	30
Salud reproductiva y derechos: VIH/SIDA en el Caribe y la equidad de género	39
La agenda social. Políticas y programas nacionales de salud en América Latina, 2005.....	45

PANORAMA SOCIAL DE AMÉRICA LATINA 2005

DOCUMENTO INFORMATIVO

SÍNTESIS

En la edición 2005 del *Panorama social de América Latina* se analizan las tendencias recientes en materia de pobreza, el aumento de las remesas desde el exterior y sus efectos en el bienestar de la población latinoamericana. Se examinan las tendencias de corto y largo plazo en materia de gasto social, su distribución en los distintos estratos socioeconómicos y el impacto que genera en la desconcentración del ingreso y en el incremento del bienestar de los hogares. Asimismo, se plantea si en los últimos 15 años la transición demográfica en los países de América Latina ha contribuido a estrechar las históricas brechas de mortalidad y fecundidad entre grupos socioeconómicos y regiones. También se destaca la dimensión que ha adquirido la epidemia del VIH/SIDA en los países del Caribe y cómo ha invertido su sesgo de género, con devastadoras consecuencias para las familias y las comunidades en general. Por último, se reseñan los principales cambios en materia de salud y las políticas y programas para abordarlos, así como los diversos problemas de financiamiento y gestión que deben enfrentar los países para su adaptación.

En el capítulo sobre pobreza se presentan proyecciones de la magnitud de la pobreza y la indigencia para los años 2003 al 2005, junto con estimaciones recientes para algunos países de la región. A partir de esta información, es posible inferir que la pobreza se encuentra en un proceso de reducción, aunque a un ritmo inferior al deseable si se desea cumplir con la primera meta del Milenio. Además de analizar los avances de la región en materia de satisfacción de las necesidades básicas, se ofrece en el capítulo nuevos datos acerca del efecto de las remesas en las condiciones de vida de la población. Según ellos, las remesas contribuyen a mejorar notablemente el nivel de vida de las personas de los hogares que las reciben y permiten que muchas de ellas salgan de la pobreza. No obstante, el efecto de las remesas en las tasas de pobreza e indigencia de la población en su conjunto, así como sobre la distribución del ingreso, es leve.

En el capítulo sobre gasto social se proporcionan antecedentes sobre la magnitud del gasto público social en la región, su evolución reciente y de más largo plazo, su orientación y sus efectos en la distribución del ingreso y, en particular, cómo han asignado los países latinoamericanos y caribeños los recursos destinados a los distintos sectores sociales en los últimos años. En este sentido, se examina cómo afectó al gasto social la recesión económica que experimentaron algunos países en los primeros años de la década y si ha habido cambios en el comportamiento que tradicionalmente ha mostrado el gasto social con relación al ciclo económico. Por otra parte, se considera la orientación del gasto en educación y salud, es decir, la fracción de los recursos públicos que reciben los distintos estratos de ingreso de la población, y su grado de progresividad, para finalizar en un examen del efecto que genera el gasto social total y sus distintos componentes en la desconcentración del ingreso y en el incremento del bienestar de los hogares.

En el capítulo sobre expresiones demográficas de la desigualdad social se analiza si en los últimos 15 años la transición demográfica en los países de América Latina ha contribuido a estrechar las históricas brechas de mortalidad y fecundidad entre grupos socioeconómicos y regiones. Los resultados, obtenidos mediante el procesamiento de microdatos de los censos de la ronda de 1990 y 2000, revelan tendencias disímiles dentro de los países en cuanto a la desigualdad social de la mortalidad y la fecundidad. En la mayoría de ellos la mortalidad infantil (sobre todo en zonas urbanas) registró una baja más intensa entre los estratos de menor nivel socioeconómico —con lo cual se redujo esta expresión extrema de la desigualdad social, aunque subsisten altísimas disparidades debido al gran número de muertes tempranas prevenibles en los estratos más desfavorecidos. Sin embargo, los diferenciales de fecundidad descendieron solo en una minoría de los países estudiados; más aun, en casi todos la fecundidad adolescente aumentó entre los estratos socioeconómicos bajos y medios, lo que explica tanto la resistencia de esta fecundidad al descenso como la notable alza de la desigualdad social en materia de reproducción temprana. Estos hallazgos validan las intervenciones dirigidas específicamente a los determinantes próximos de la mortalidad y la fecundidad —cuyo efecto se deja sentir en todos los grupos socioeconómicos e incluso en circunstancias macroeconómicas adversas— y destacan la necesidad de aplicar nuevas políticas y enfoques para enfrentar asuntos emergentes como el desigual calendario de la fecundidad.

En el capítulo sobre el VIH/SIDA se presenta una breve reseña de la situación de esta epidemia en el Caribe y en particular de las tendencias observadas entre la población femenina. Se analiza, además, cómo las relaciones de género influyen en el acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos y cómo ha aumentado la vulnerabilidad de las mujeres a la infección con el VIH, lo que tiene consecuencias devastadoras para su morbilidad y mortalidad, para su salud y el bienestar de sus familias y la comunidad en

general, así como para la transmisión perinatal de la enfermedad. Asimismo, se plantea la importancia de comprender los problemas de género que impulsan la epidemia en el Caribe a fin de elaborar políticas y programas que contribuyan a frenar la propagación de la enfermedad.

En el capítulo sobre la agenda social se examina la situación de la salud y los programas de atención correspondientes de los países latinoamericanos, sobre la base de información extraída de las respuestas de los ministerios de salud de 17 países a la encuesta que sobre el tema efectuó la CEPAL. La encuesta tuvo por objeto analizar los programas de salud en marcha, desde la perspectiva institucional de los ministerios de salud, y examinar la percepción de las autoridades nacionales sobre la realidad y los problemas específicos en materia de salud de su población. Las respuestas reflejan las diferentes situaciones sociodemográficas de los países y revelan un panorama bastante heterogéneo en cuanto a la capacidad de respuesta de los gobiernos a los problemas de salud de su población. La mayoría de los países mencionan las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. La desigualdad en la atención de la salud está dada no solo por carencias en materia de accesibilidad sociocultural y geográfica sino también por desigualdades de ingreso, que determinan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de salud de la población.

Por último, como es habitual, en la agenda social internacional se reseñan las reuniones internacionales en que se abordaron temas sociales. En esta oportunidad se destacan las diversas reuniones celebradas en el sistema de las Naciones Unidas de la región para el lanzamiento del documento interinstitucional coordinado por la CEPAL: *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, y se sintetizan sus principales conclusiones.

PERSPECTIVAS DE LA POBREZA EN LA REGIÓN

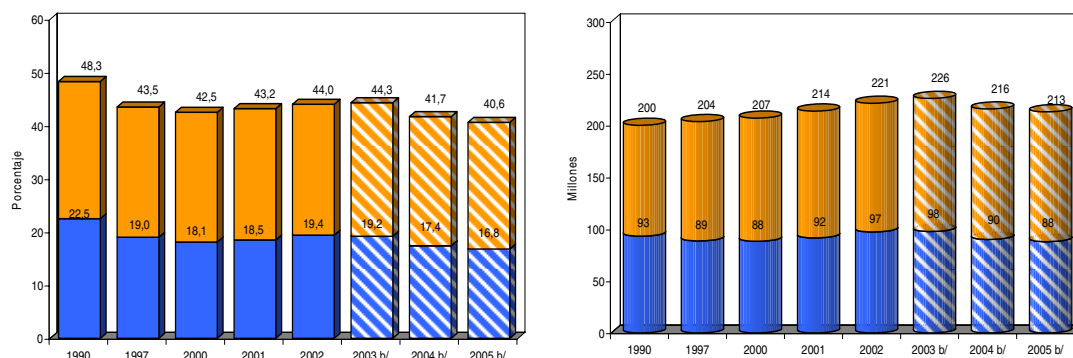
Según proyecciones hasta el año 2005, basadas en el crecimiento económico de los países, un 40,6% de la población latinoamericana se encontraría en situación de pobreza, mientras que un 16,8% no solo sería pobre sino que estaría en la pobreza extrema o la indigencia. El volumen de pobreza e indigencia en la región ascendería a 213 millones y 88 millones de personas, respectivamente.

De acuerdo con las últimas mediciones de pobreza, correspondientes al año 2002, la pobreza y la indigencia alcanzaban a un 44,0% y un 19,4% de la población, respectivamente. Si bien cabe esperar que en el 2003 no se hayan producido variaciones muy significativas de estos indicadores, las mejores condiciones económicas reinantes en el 2004 y la disminución de las tasas de pobreza registradas ese año en algunos países permiten proyectar un quiebre de la tendencia que se venía observando. En efecto, la tasa de pobreza podría situarse en un 41,7%, con una disminución de 2,6 puntos porcentuales con respecto al año anterior, en tanto que la tasa de indigencia alcanzaría un 17,4%, lo que representa 1,8 puntos porcentuales menos que en el 2003. Estas variaciones fueron acompañadas por una disminución de alrededor de 10 millones de pobres, incluidos unos 8 millones de indigentes (véase el gráfico 1).¹

A su vez, se considera probable que en el 2005 continúe disminuyendo la incidencia de la pobreza y de la indigencia y que su reducción alcance 1,1 puntos porcentuales en el primer caso y 0,6 puntos porcentuales en el segundo. Esta nueva contracción respondería al hecho de que en el 2005 el crecimiento regional siguió siendo relativamente elevado, aunque más de un punto porcentual inferior al nivel del 2004 (5,9%). Ello permitiría al menos que el número de pobres e indigentes no aumentara e inclusive podría conducir a un leve descenso.

¹ Las proyecciones actuales de pobreza e indigencia para los años 2003 y 2004 son inferiores a aquellas publicadas en el *Panorama social de América Latina 2004* por dos razones. La primera es que se basan en datos más recientes sobre el crecimiento del PIB de cada país, que en general revelan un mejor desempeño económico de lo previsto anteriormente. Por otra parte, las cifras actuales hacen uso de nuevas estimaciones de pobreza para unos pocos países (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú), referidas a 2003 y 2004, que no se encontraban disponibles con anterioridad. Cabe mencionar que la CEPAL se encuentra en este momento en un proceso de revisión de la metodología empleada para la medición de la pobreza, y por ello no se han efectuado estimaciones de pobreza para más países.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y DE LA INDIGENCIA, 1990-2005 a/



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

a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras colocadas sobre las secciones naranja de las barras representan el porcentaje y número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes).

b/ Cifras proyectadas.

En términos del cumplimiento de la primera meta del Milenio, que consiste en reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la incidencia de la pobreza extrema, las cifras previstas hasta el año 2005 corresponden a un porcentaje de avance del 51% en la región. Este progreso es alentador, pero no hay que olvidar que sigue siendo insuficiente en términos del tiempo transcurrido del plazo total para la consecución de la meta, que equivale al 60% (es decir, 15 años de un plazo de 25).

Por otra parte, las nuevas mediciones de pobreza e indigencia disponibles dan cuenta de una evolución favorable en la mayoría de los países. En Argentina, las cifras para el año 2004 muestran una significativa recuperación respecto del 2002. En las áreas urbanas la pobreza descendió 16,0 puntos porcentuales y la indigencia disminuyó 9,8 puntos. México mostró una nueva reducción de las tasas de pobreza e indigencia entre 2002 y 2004, en una prolongación de la tendencia a la baja que viene presentando desde 1996. En este caso las disminuciones fueron de 2,4 puntos porcentuales en lo que se refiere a la pobreza y de 0,9 puntos porcentuales en materia de indigencia, y se caracterizaron por una fuerte concentración en las áreas rurales. Chile es otro de los países que presentó una disminución de la pobreza e indigencia entre el año 2000 y el año 2003, de 1,6 y 0,9 puntos porcentuales respectivamente. En Perú no se registraron avances en la lucha contra la pobreza entre 2001 y 2003, pero sí en lo que respecta a la indigencia, que disminuyó 2,8 puntos porcentuales. En cambio, los datos sobre Brasil revelan un incremento tanto de la pobreza (1,2 puntos porcentuales) como de la indigencia (0,7 puntos) entre 2001 y 2003. No obstante, las áreas rurales registraron una mejora de los indicadores de pobreza e indigencia. Por último, cabe mencionar que la República Bolivariana de Venezuela es otro país en el que recientemente se produjeron grandes avances en la lucha contra la pobreza. Si bien la CEPAL no dispone aún

de nuevas estimaciones propias sobre el país, la información que este proporcionó sobre el segundo semestre del 2004 reflejan una mejora notable.²

Múltiples dimensiones de la pobreza

Una aproximación distinta, pero complementaria a la del ingreso, es aquella con la que se evalúan las distintas dimensiones del progreso social de los países sobre la base de la incidencia de carencias básicas en la población. Concretamente, se toman en consideración factores tales como la vivienda, el acceso al agua potable y al saneamiento, y la educación. El principal referente es el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), aplicado de manera generalizada en los diversos países de América Latina desde hace varias décadas.

Una de las diferencias más importantes entre las mediciones de pobreza monetaria y las derivadas del método NBI es que mientras las primeras son muy dependientes de los vaivenes coyunturales de la economía y sus efectos en el nivel de ingreso de los hogares, la satisfacción de las carencias básicas suele caracterizarse por un progreso lento pero persistente, típico de las tendencias de largo plazo. Esto obedece a las continuas inversiones en infraestructura y la expansión de los servicios sociales básicos, elementos a los que habitualmente se destinan recursos públicos.

El porcentaje de la población de cada país que presenta algún tipo de privación permite concluir que la asistencia escolar y la disponibilidad de servicio higiénico en la vivienda son las necesidades respecto de las que se registra una menor carencia en la región. Por otra parte, la falta de conexión a la red de energía eléctrica y de una fuente adecuada de abastecimiento de agua potable también afectan a porcentajes de población relativamente reducidos (véase el cuadro 1).

Las dos carencias más frecuentes en la región se relacionan con el déficit habitacional, lo que se refleja en altos porcentajes de la población que residen en hogares hacinados o sin un sistema de eliminación de excretas conectado al alcantarillado. La convivencia en una vivienda de un número excesivo de personas, es decir de tres o más por cuarto, caracteriza a más de un 30% de la población de 9 países de un total de 14. Un porcentaje similar de la población no dispone de conexión al alcantarillado público en las áreas urbanas o a una fosa séptica en las áreas rurales en 13 países de un total de 17.

² Según datos del Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela, tras registrar un fuerte incremento en 2002 y 2003, las tasas de pobreza e indigencia se redujeron de manera significativa en el 2004. No obstante, las cifras al final de dicho período son apenas inferiores a las observadas en el 2002.

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INCIDENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS
EN LA POBLACIÓN, ALREDEDOR DEL 2002

Porcentaje de población con carencias básicas	Inasistencia a un establecimiento educativo a/	Sin servicio sanitario	Sin electricidad	Fuente inadecuada de agua potable	Piso de tierra	Cinco o menos años de educación b/	Hacinamiento	Sistema inadecuado de eliminación de excretas
0% a 4,9%	Argentina c/ Brasil Chile Costa Rica Ecuador c/ Guatemala Honduras México Panamá Paraguay Perú Uruguay c/ Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Argentina c/ Chile Costa Rica Ecuador c/ Paraguay República Dominicana Uruguay c/	Argentina c/ Brasil Chile Costa Rica Ecuador c/ México Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Chile Costa Rica Uruguay c/	Chile Costa Rica Ecuador c/ República Dominicana Venezuela (Rep. Bolivariana de)		Uruguay c/	Argentina c/
5,0% a 9,9%	Colombia	Brasil Colombia El Salvador México Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Colombia Paraguay	Colombia Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Colombia	Argentina c/ Ecuador c/		
10,0% a 19,9%	El Salvador	Nicaragua Perú	El Salvador	Ecuador c/ Honduras Paraguay	México	Chile Costa Rica Panamá Uruguay c/ Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Colombia Costa Rica	Chile Colombia
20,0% a 29,9%		Honduras	Guatemala d/ Perú	Bolivia El Salvador Nicaragua Perú	El Salvador Paraguay	Bolivia Colombia El Salvador Honduras Nicaragua Paraguay Perú República Dominicana	Brasil República Dominicana	México
30,0% a 39,9%		Bolivia	Bolivia Honduras Nicaragua		Bolivia Honduras	Brasil Guatemala	Ecuador c/ México Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Costa Rica Ecuador c/ Uruguay c/ Venezuela (Rep. Bolivariana de)
40,0% o más	Bolivia				Nicaragua Perú		Bolivia El Salvador Guatemala d/ Honduras Nicaragua Paraguay	Bolivia Brasil El Salvador Guatemala d/ Honduras Nicaragua Paraguay Perú República Dominicana

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

a/ Población de 7 a 12 años.

b/ Población de 18 años y más.

c/ Áreas urbanas.

d/ Población de 7 años y más.

Los países que presentan mayores niveles de pobreza extrema en la región, entre otros Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, se cuentan entre los que tienen más altos porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas. Asimismo, Chile, Costa Rica y Uruguay, que se caracterizan por bajos niveles de pobreza extrema, se encuentran también en los primeros lugares en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas.

La evolución de las necesidades básicas insatisfechas muestra una reducción generalizada. En efecto, la comparación de las cifras registradas en torno al año 2002 y las de comienzos de la década de 1990 deja en evidencia una disminución del porcentaje de personas con carencias críticas en todas las dimensiones analizadas, tanto en las áreas urbanas como en las rurales.

Si la atenuación de las carencias críticas se expresa en términos absolutos, para lo cual habría que restar del valor correspondiente al 2002 el de 1990, se observa que los valores más altos suelen presentarse en los países que registraban las más altas incidencias a comienzos de la década anterior. En cambio, si la variación se expresa en términos relativos, como el cambio porcentual de la tasa de incidencia, el mejor desempeño tiende a advertirse en los países con menor incidencia de las carencias críticas. Cabe destacar que ni la disminución absoluta del porcentaje de personas con carencias básicas ni su baja relativa muestran un vínculo claro con la evolución de otras variables de contexto, como la evolución de la pobreza por ingreso y el aumento del producto por habitante de los países, contrariamente a lo que podría haberse esperado.

No obstante, cabe tener presente que los promedios nacionales ocultan diferencias importantes entre distintos grupos sociales o áreas geográficas dentro de los países. Por ejemplo, de acuerdo con los datos disponibles, el acceso a los servicios y la situación relativa a la salud y la educación varían considerablemente según el nivel de ingreso de los hogares. Asimismo, las tasas de asistencia escolar y las tasas de culminación de la escuela primaria entre los pobres son más bajas que entre los ricos. Las desigualdades en el campo de la salud y la educación también se observan en función de la pertenencia a grupos étnicos o raciales, así como del área de residencia de las personas

Efecto de las remesas en la pobreza y la distribución del ingreso

El creciente interés por evaluar el efecto de las remesas de dinero en el desarrollo económico y social de los países ha dado origen a un cuerpo significativo de información sobre sus consecuencias macroeconómicas. En cambio, se ha puesto poca atención en analizar de forma sistemática la contribución de las remesas al bienestar de las familias receptoras, y en particular en lo que se refiere a la pobreza y la distribución del ingreso.

En el contexto internacional, América Latina y el Caribe es una de las regiones que recibe más remesas. En el año 2004 estas representaron alrededor de 45.000 millones de dólares, cifra similar a la inversión extranjera directa (IED) y muy superior a la asistencia oficial para el desarrollo recibida en la región. Asimismo, las remesas captadas en ese año superaron por un 18% las del año anterior y en lo que ha transcurrido de la presente década la corriente prácticamente se ha duplicado.

México, el país con el mayor número de personas que residen fuera de sus fronteras, es el mayor receptor de remesas de la región; de hecho, en el 2004 recibió cerca de 17.000 millones de dólares. A esto se suma el hecho de que cuatro países centroamericanos, entre los que destacan Guatemala y El Salvador, acumularon 7.800 millones de dólares. Por otra parte, los países de América del Sur recibieron en conjunto 14.100 millones de dólares (31% del total), 5.600 de los cuales corresponden a Brasil y 3.900 a Colombia. En el Caribe se recibieron 6.500 millones de dólares.

La importancia que tienen las remesas en varios países de la región se constata al comparar su valor con algunos de los principales agregados económicos en el año 2004. No son pocos los países en los que las remesas recibidas equivalen a por lo menos un 10% del producto interno bruto, lo que apuntaría a una elevada dependencia de estos flujos como motor de la economía. Los porcentajes más elevados se observan en Haití (29%), Nicaragua (18%), Guyana y Jamaica (17%) y el Salvador (16%).³ Por otra parte, en seis países las remesas recibidas en el 2004 representan más del 50% de los ingresos por concepto de exportaciones, mientras en 10 de los países estudiados los ingresos por concepto de remesas en el 2004 fueron considerablemente superiores a las sumas captadas por concepto de inversión extranjera directa.

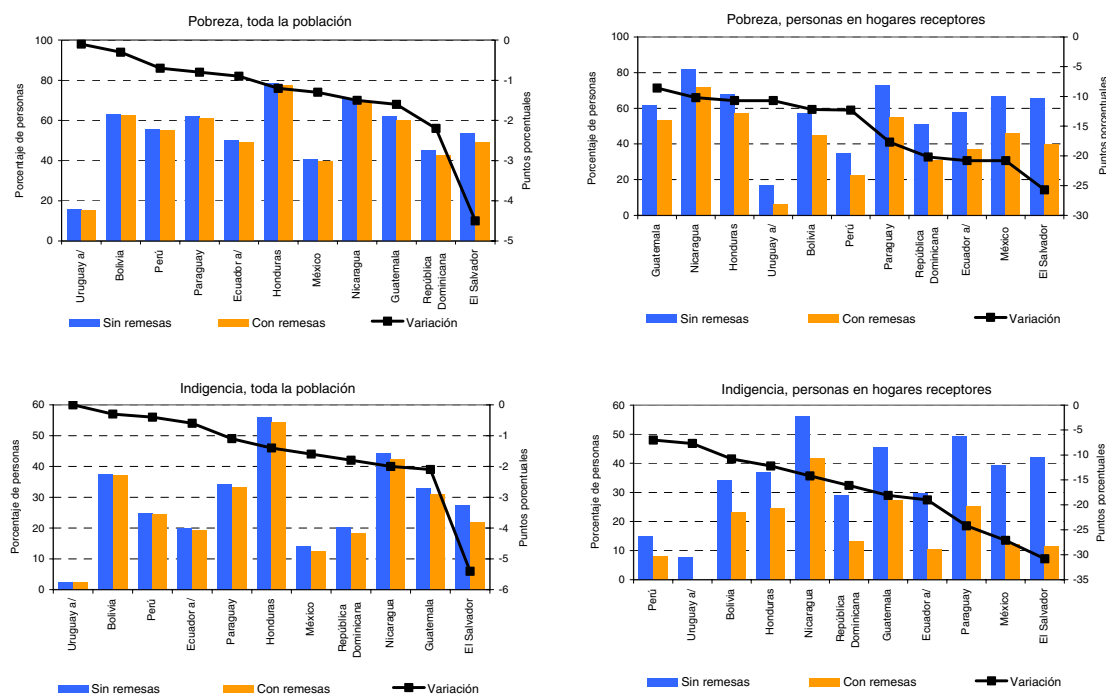
Las encuestas de hogares son una fuente de información muy útil para el análisis de los efectos de las remesas en las condiciones de vida de la población, aun cuando estén sujetas a ciertas limitaciones en este contexto.⁴ Los datos correspondientes a 11 países de la región muestran, en primer lugar, que la repercusión de las remesas en términos de pobreza de toda la población es poco significativa. Los mayores efectos se observan en El Salvador y República Dominicana, donde la suma de las remesas al ingreso del hogar reduce la pobreza 4,5 y 2,2 puntos porcentuales, respectivamente. En los demás países, las disminuciones son inferiores a 2 puntos porcentuales. En cambio, la indigencia muestra una sensibilidad levemente mayor que la pobreza ante las remesas (véanse los paneles superior izquierdo e inferior izquierdo del gráfico 2).

³ Estas cifras son mucho más elevadas que la fracción del PIB que esos países destinan al gasto social.

⁴ La representatividad de la información sobre remesas procedente de las encuestas de hogares es restringida, debido a que en el diseño de dichos instrumentos no se consideró a las familias como población objetivo.

El panorama es muy distinto cuando el análisis se centra solo en el conjunto de hogares que reciben las remesas. En los paneles superior derecho e inferior derecho del gráfico 2 se aprecia cómo cambia la incidencia de la pobreza y la indigencia, respectivamente, según se contabilice o no el ingreso correspondiente a las remesas dentro del ingreso total de los hogares receptores. En ellos se observa que, en 9 de 11 países analizados, el 50% o más de las personas que residen en hogares receptores se encontrarían bajo la línea de pobreza si no contaran con el aporte de estos ingresos (véase el gráfico 2).

Gráfico 2
AMÉRICA LATINA (11 PAÍSES): IMPACTO DE LAS REMESAS SOBRE LAS TASAS DE POBREZA E INDIGENCIA, ALREDEDOR DEL 2002



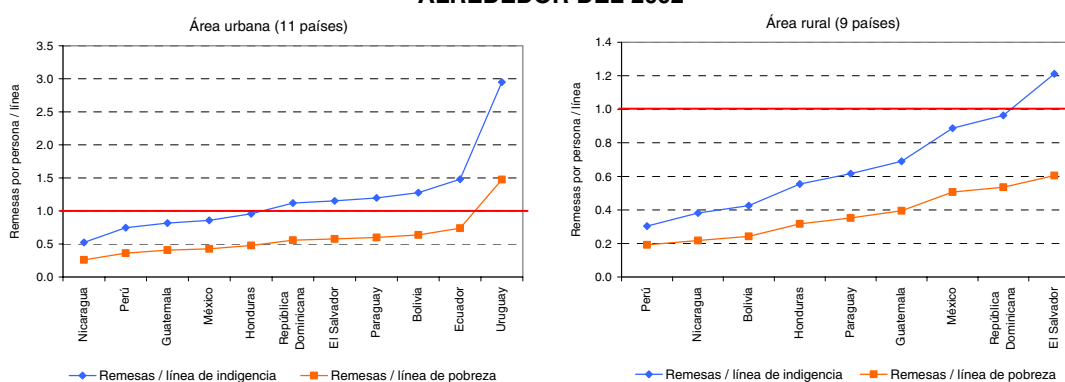
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Área urbana.

Más notable aún es el efecto de reducción de la extrema pobreza en los hogares receptores que tienen estos ingresos provenientes del exterior. Las áreas urbanas de Uruguay presentan el ejemplo extremo, ya que cuando se consideran las remesas como parte del ingreso de los hogares, ninguno de ellos queda bajo la línea de indigencia. En Ecuador (área urbana), El Salvador, México y República Dominicana, el porcentaje de personas indigentes en cuyos hogares se reciben remesas equivale a menos de la mitad del que se registraría si no las recibieran, y en Bolivia, Honduras y Perú equivale aproximadamente a la mitad.

El importante efecto que tienen las remesas en el poder adquisitivo de los hogares se percibe claramente al observar que el promedio de remesas que reciben los hogares es similar o superior a la línea de indigencia en la mayoría de los países estudiados, al menos en las áreas urbanas (véase el gráfico 3). Por lo tanto, en un conjunto significativo de hogares bastan las remesas recibidas para salir de la condición de pobreza extrema. Si bien existen también hogares que continúan siendo pobres pese a que reciben transferencias del exterior, esta fuente reduce de todas maneras la brecha entre sus ingresos y la línea de pobreza.

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA: MONTO DE LAS REMESAS POR PERSONA EN HOGARES RECEPTORES CON RESPECTO A LAS LÍNEAS DE POBREZA E INDIGENCIA, ALREDEDOR DEL 2002



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

Los efectos de estas transferencias en la distribución del ingreso de la población en su conjunto no tienen siempre el mismo signo, ya que pueden tanto acentuar como reducir la desigualdad distributiva. No obstante, tal como sucede en el caso de los indicadores de pobreza, el efecto agregado en los niveles de inequidad de la población en su conjunto es muy leve.

De acuerdo con el índice de Gini, las remesas mejoran la distribución del ingreso en los hogares receptores prácticamente en todos los países analizados, con la única excepción de Honduras. El Salvador presenta la disminución más acentuada de la desigualdad a consecuencia de las remesas, dado que el índice de Gini se reduce un 24%. Ecuador (área urbana), Guatemala, México, Nicaragua y República Dominicana también registran una notable disminución de la desigualdad, en tanto que la variación del índice de Gini fluctúa entre un -13% y un -15%.

En conclusión, las remesas ejercen una fuerte influencia en el nivel y la distribución del ingreso de las familias receptoras y permiten a muchas de ellas salir de la pobreza y mejorar su situación relativa respecto de las demás. No obstante, la escasa proporción de hogares que captan envíos del exterior hace que su reflejo en las cifras agregadas de pobreza e indigencia sea muy reducido. Efectivamente, de los 11 países analizados el porcentaje de

hogares receptores medido mediante las encuestas representa más del 15% del total en solo un caso, mientras que en seis países dicho porcentaje es inferior al 6%.

Conforme con las cifras presentadas, las remesas estarían permitiendo que por lo menos 2,5 millones de latinoamericanos salgan de la pobreza (correspondientes únicamente a los 11 países analizados). No obstante, debe tenerse presente que estos resultados se originan en una fuente de información en que se subregistra el monto total de remesas recibidas. Por lo tanto, cabría esperar que la reducción de la pobreza a consecuencia de las remesas sea mayor, de manera que podría abarcar a varios millones de personas de la región.

Dado que los envíos de dinero desde el exterior representan montos de significación creciente, incentivar su uso productivo parece cada vez más relevante como objetivo de políticas públicas. Esto resulta aún más esencial a la luz de la información disponible, según la cual los hogares dedican un margen reducido de las transferencias recibidas al ahorro o la inversión en actividades productivas. En este contexto, la cohesión de las familias receptoras presenta buenas posibilidades para el aprovechamiento de estos recursos, como lo demuestran los escasos intentos de incentivar las “remesas comunitarias”. Sin duda, hace falta explorar más alternativas para incentivar la inversión de las remesas en beneficio de las familias receptoras y su entorno, lo que requiere de una participación más activa de los gobiernos nacionales y locales.

GASTO SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TENDENCIAS RECIENTES, ORIENTACIÓN Y EFECTOS REDISTRIBUTIVOS

Dada la importancia de los efectos redistributivos de los recursos públicos destinados a los sectores sociales, en el capítulo se abordan temas vinculados a tres objetivos que la CEPAL ha destacado en relación con el gasto social en la región: i) elevar dicho gasto y consolidar su recuperación, particularmente en los países de menor ingreso por habitante; ii) estabilizar su financiamiento para evitar los efectos adversos derivados de su disminución en las fases recesivas del ciclo económico, y iii) mejorar la focalización y el efecto positivo del gasto público social, sobre todo del gasto orientado a poblaciones vulnerables o en situación de pobreza. Este último aspecto se abordó a partir de un examen de la información sobre el gasto en educación, salud y seguridad social según estratos de ingreso en 17 países. Los datos provienen de los estudios más recientes en la región sobre la distribución del gasto social.⁵

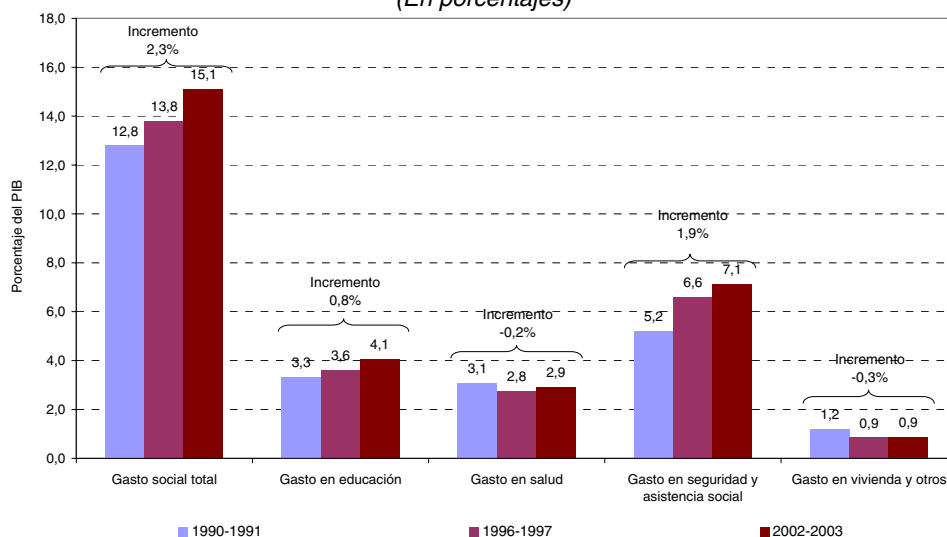
⁵ El análisis de estos datos estuvo a cargo de Nohra Rey de Marulanda, Gerente del Departamento de Integración y Programas Regionales y Directora del Instituto Interamericano de Desarrollo Social (INDES) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Jorge Ugaz y Julio Guzmán, investigadores del BID. Los puntos de vista vertidos son exclusivos de sus autores y no deben ser atribuidos al BID.

Al igual que en ediciones anteriores del *Panorama social*, la información sobre la magnitud del gasto social utilizada proviene de datos oficiales de los países y se basa en la clasificación funcional del gasto público proporcionada por estos. En esta ocasión el esfuerzo de actualización de la base de datos sobre el gasto social permitió incorporar información hasta el año 2003 para un mayor número de países (21 en total). También se actualizaron las cifras para expresarlas en dólares del año 2000, razón por la cual la magnitud del gasto social y su evolución presentan diferencias respecto de las que figuran en ediciones anteriores.

Tendencias recientes de la evolución del gasto social en la región

Un aspecto destacado del desarrollo reciente de la región es el aumento sostenido del gasto público social en la mayoría de los países latinoamericanos. Este esfuerzo permitió que la participación del gasto público social en el PIB se elevara de un promedio del 12,8% al 15,1%, principalmente en seguridad social, que incluye asistencia social (véase el gráfico 4), y que los recursos por habitante se incrementaran un 39% en términos reales entre comienzos de los años noventa y el bienio 2002-2003. Esto se logró pese a que las cifras correspondientes al último bienio reflejan la baja del crecimiento de la región en su conjunto, que afectó particularmente a Argentina, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay, países que no obstante haber experimentado reducciones absolutas del gasto por esa razón, mantuvieron la tendencia de largo plazo al aumento que se ha registrado desde comienzos de la década pasada.

Gráfico 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL POR SECTORES COMO FRACCIÓN DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO EN 1990-1991, 1996-1997 Y 2002-2003 a/
(En porcentajes)

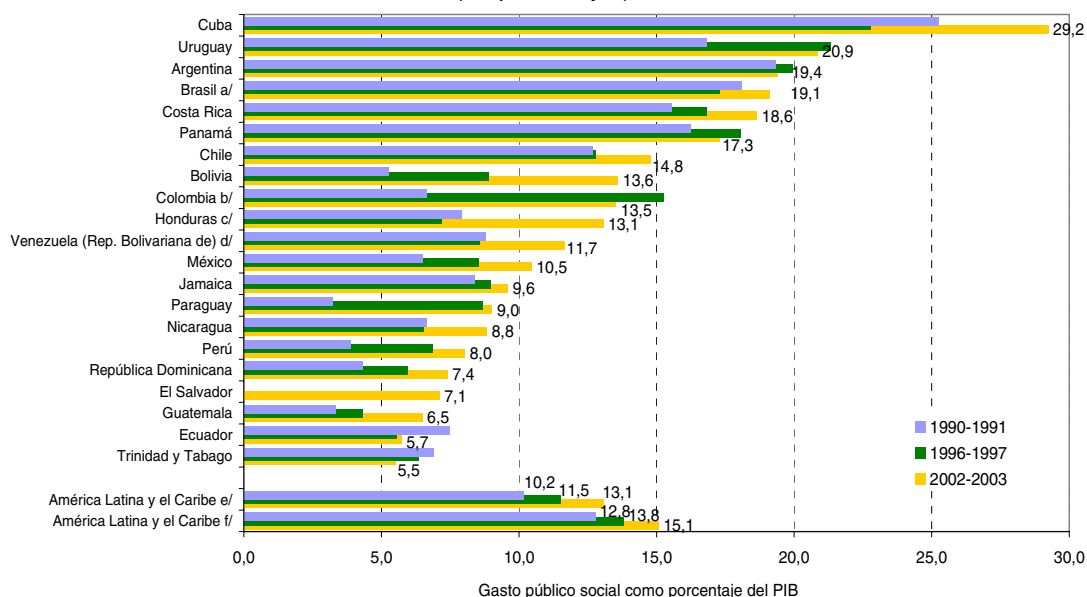


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos del gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

a/ Promedio ponderado de los países que tienen toda la información sobre gasto social en los períodos considerados, motivo por el cual los valores pueden no coincidir con otros gráficos y cuadros. Debido a que las cifras se presentan redondeadas, los porcentajes no necesariamente suman el total correspondiente.

El alza del gasto público social de los últimos años en América Latina y el Caribe no alteró mayormente la enorme heterogeneidad que existe al respecto entre los países y los más pobres siguen destinando a los sectores sociales una fracción mucho menor del PIB que los de ingreso más alto (véase el gráfico 5). Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba y Uruguay destinan actualmente más del 18% de su producto interno a gasto social, en tanto Ecuador, El Salvador, Guatemala y República Dominicana le asignan menos de 7,5 puntos del producto, fracción incluso más baja que aquella que cabría esperar de acuerdo con el nivel de ingreso por habitante de estos países. Esto se traduce en disparidades de gasto en relación con el producto del orden de 3 a 1, de modo que a pesar de los esfuerzos realizados por los países más pobres para elevar el gasto social en términos reales, no se ha observado en la región una tendencia clara a la convergencia en esta materia.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB EN 1990-1991, 1996-1997 Y 2002-2003
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos del gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

a/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a una estimación del gasto social en las tres esferas del gobierno (federal, estadual y municipal) a partir de información sobre gasto social a nivel federal.

b/ La cifra en la barra 2002-2003 corresponde al promedio 2000-2001, y no está considerada en los promedios.

c/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a 2004, y no está considerada en los promedios.

d/ Las cifras de este país corresponden al gasto social acordado (presupuesto y sus modificaciones a fines de cada año).

e/ Promedio simple de los países, excluido El Salvador.

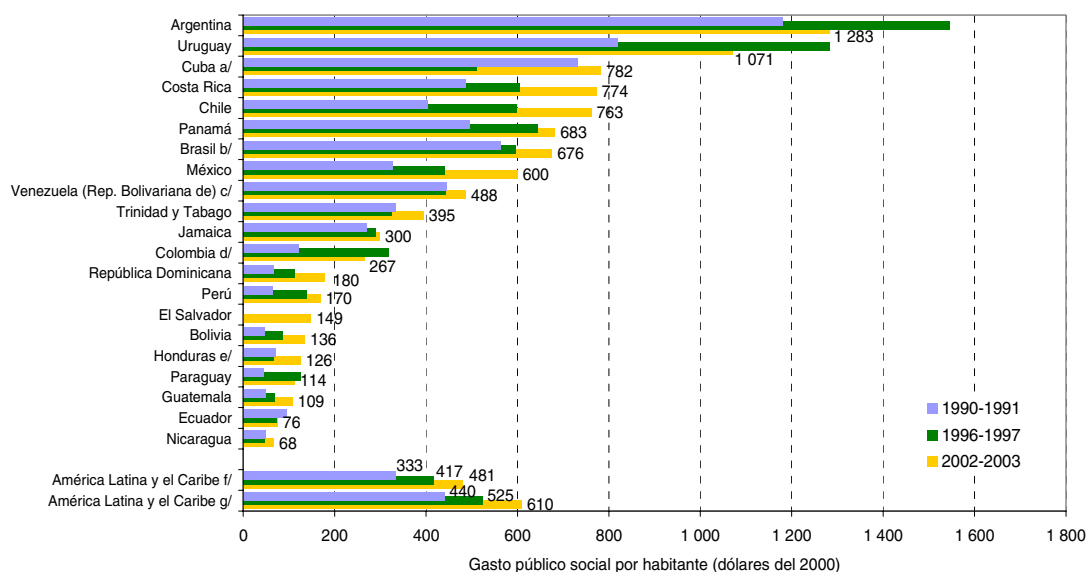
f/ Promedio ponderado de los países, excluido El Salvador.

Las nuevas cifras sobre gasto social ponen en evidencia una vez más el enorme rezago de los países más pobres y la necesidad de que acrecienten los recursos públicos con el fin de eliminar las disparidades. La consecución de ese objetivo supone un mayor esfuerzo interno así como una mayor asistencia oficial para el desarrollo, incluidas medidas de alivio

de la deuda externa. De hecho, el acentuado incremento de la prioridad otorgada al gasto social a partir de 1996-1997 en Bolivia, Honduras y Nicaragua (cerca de 5 puntos porcentuales del PIB, cerca de 6 puntos y algo más de 2 puntos, respectivamente) fue en gran parte posible gracias a las condonaciones del servicio de la deuda en el marco de la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados, que se tradujeron en situaciones fiscales más holgadas.

No obstante estas mejoras y teniendo en cuenta la situación de otros países de bajo ingreso por habitante de la región, los recursos destinados a los sectores sociales en los países con mayor pobreza extrema siguen siendo insuficientes para atender las necesidades de los estratos más carenciados y lograr los objetivos de desarrollo del Milenio.

Gráfico 6
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): NIVEL DEL GASTO SOCIAL PER CÁPITA
 EN 1990-1991, 1996-1997 Y 2002-2003**
 (En dólares del 2000)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos del gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

a/ De acuerdo al tipo de cambio oficial (un dólar = peso).

b/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a una estimación del gasto social en las tres esferas del gobierno (federal, estadual y municipal) a partir de información sobre gasto social a nivel federal.

c/ Las cifras de este país corresponden al gasto social acordado (presupuesto y sus modificaciones a fines de cada año).

d/ La cifra en la barra 2002-2003 corresponde al promedio 2000-2001, y no está considerada en los promedios.

e/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a 2004, y no está considerada en los promedios.

f/ Promedio simple de los países, excluido El Salvador.

g/ Promedio ponderado de los países, excluido El Salvador.

El bajo nivel y la baja prioridad del gasto público social de los países más pobres responden no solo al hecho de que en la mayoría de ellos los sectores sociales tienen también una baja participación en el gasto público total sino también a su reducida carga tributaria.⁶ En efecto, esta es baja en la región en general, sobre todo en función del ingreso por habitante de los países. En vista de tal situación, la CEPAL ha señalado que es necesario un pacto fiscal que contemple entre sus componentes un aumento de la carga fiscal que eleve los ingresos públicos e incremente la proporción de estos destinada a programas sociales.

Sin embargo, en varios países de la región el aumento de los ingresos públicos y su asignación a los sectores sociales puede ser un proceso lento, ya que el aumento del gasto social está estrechamente vinculado al crecimiento económico, que ha sido bajo e inestable.

El gasto público social frente a la volatilidad del crecimiento

Dado que es indispensable proteger el componente del gasto social destinado a atender las necesidades básicas de la población y sostener en el tiempo aquellos orientados a interrumpir los principales circuitos de reproducción de las desigualdades, resulta de especial relevancia preguntarse si ha habido cambios en el comportamiento procíclico que tradicionalmente ha mostrado el gasto social en la región.

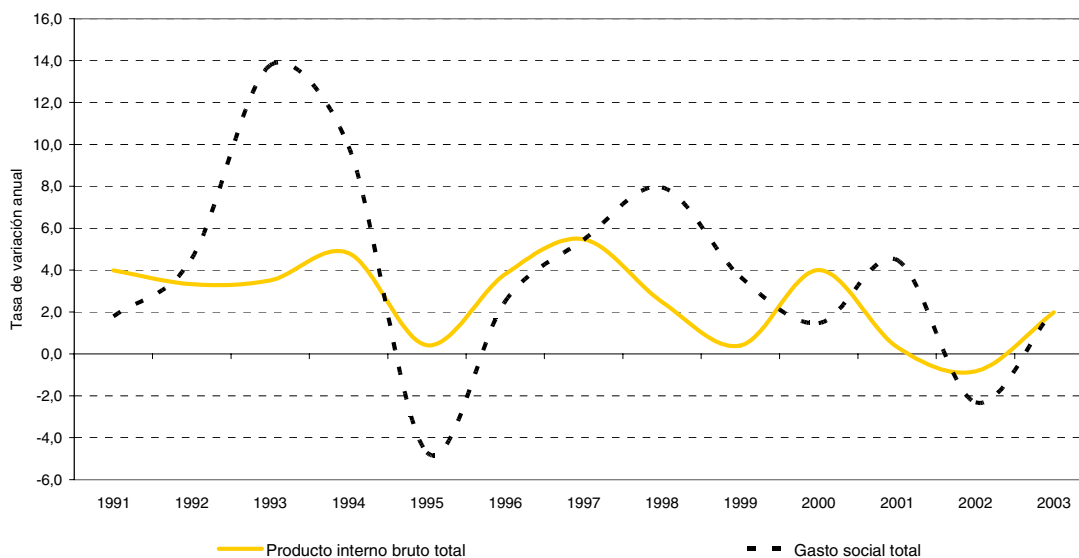
De acuerdo con los antecedentes presentados en esta edición del *Panorama social*, durante los últimos años el gasto público social siguió con el mismo comportamiento procíclico que presentó en la primera mitad de la década pasada. El menor crecimiento de las economías de la región trajo aparejada una disminución del rápido ritmo de aumento que venía registrando el gasto social. En efecto, la tasa media anual de crecimiento del gasto público social, que fue de un 4,6% en los primeros años de la década de 1990, bajó a un 2,8%, lo que representa un descenso menos pronunciado que el del PIB en el mismo período (1998-2003). En este último período no solo se redujo el crecimiento económico en la región; también se acentuó la volatilidad observada desde inicios de los años noventa. La tasa media anual de crecimiento del PIB de un 3,6% registrada entre 1991 y 1997 se redujo a menos de la mitad (1,4%) en medio de ciclos más cortos de expansión y contracción.

Sin embargo, en los últimos años el gasto público social ha mostrado una variación más similar al ciclo económico que en el período previo, en el que numerosos países expandieron el gasto social en una proporción mucho mayor que el aumento del PIB y lo redujeron también en mayor proporción que su descenso. En el gráfico 7 se aprecia esta evolución disímil del gasto social en relación con el ciclo en los dos subperíodos. En otras

⁶ Cabe destacar que la comparación de los niveles de gasto en dólares por habitante entre los países no necesariamente refleja efectos equivalentes en el bienestar de la población beneficiaria, por cuanto una buena parte de este gasto se hace a precios internos de cada país.

palabras, si bien el gasto social siguió manifestando un carácter procíclico, en la región ha habido una tendencia a proteger el gasto social en el marco de las posibilidades que otorga la disponibilidad de recursos. En este sentido, ha habido un manejo más prudencial de los presupuestos fiscales y una programación del gasto público más acorde con los ingresos fiscales previstos. Esto ha mejorado las condiciones necesarias para establecer y sostener en el tiempo programas sociales concebidos precisamente para atender a los grupos de población más afectados por la baja del crecimiento y el aumento del desempleo.

Gráfico 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (20 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y DEL GASTO SOCIAL TOTAL a/
(Tasas de variación anual)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos del gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

a/ Agregado de los países con información sobre el gasto social, excluido El Salvador.

En un contexto de expansión del gasto público social a un ritmo más lento que en los años anteriores a la crisis de 1998, los países de menor ingreso por habitante de la región difícilmente lograrán elevarlo en forma significativa en plazos razonablemente breves. Además, los países de ingreso más alto ya destinan a los sectores sociales un alto porcentaje del PIB, cercano al promedio de los países de la OCDE, por lo que es extremadamente importante responder a la pregunta de cómo se están orientando o distribuyendo estos recursos entre los distintos estratos de la población.

Orientación del gasto social en América Latina

Los países han reiterado los compromisos sobre la lucha contra la pobreza suscritos en los ámbitos internacional y nacional. Hoy se reconoce ampliamente que no es suficiente apuntar al crecimiento económico si no se aplican simultáneamente políticas que aborden la superación de este flagelo. Los organismos multilaterales otorgan especial atención a la ejecución de programas nacionales de reducción de la pobreza y a los efectos sociales de los proyectos sectoriales que financian, tanto públicos como privados, por tratarse de un aspecto medular de su mandato de apoyar el desarrollo de sus países miembros. En el plano nacional, los gobiernos latinoamericanos han ratificado su voluntad política de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, con la aspiración común de lograr metas sociales concretas sobre pobreza, desnutrición y mortalidad infantil, entre otras.

Pero, ¿cómo determinar la prioridad y eficacia de la lucha contra la pobreza y la falta de equidad y la relevancia de la insuficiencia de servicios sociales básicos en América Latina? Una forma de responder a estas interrogantes es examinar la función que desempeñan en cada uno de los países de la región el gasto público social (cuál es su magnitud y cómo se distribuye) y la política social, así como la relación entre esta última y la política económica. La orientación de la política social y la función que esta cumple en las políticas públicas revelan las prioridades y la importancia relativa que un gobierno otorga a los sectores sociales. El gasto público social es la manifestación de la participación directa del Estado en la asignación de recursos fiscales a la atención de lo social. Dicho gasto y su relación con el gasto público total indicarían, entonces, la voluntad explícita del gobierno —preferencias reveladas— de luchar directa e indirectamente contra la pobreza, la inequidad y sus secuelas.

El análisis de la orientación del gasto público social en educación, salud y seguridad social por grupos de ingreso en 17 países de América Latina entre los años 1997 y 2003 abarca el 90% de la población y el 94% del producto interno bruto regionales y permite formular las siguientes reflexiones:

Si bien el aumento del gasto social no necesariamente se traduce en una mayor orientación de los recursos fiscales a la reducción de las carencias de los grupos de menores ingresos, sí pone de relieve la prioridad relativa que algunos sectores sociales han recibido en el proceso de asignación de recursos públicos. Como conclusión general, los datos revelan que en todos los países de la región estos recursos están menos concentrados que el ingreso, lo que atenúa la desigualdad en su distribución.

Existen indicios que hacen pensar que el patrón de ejecución del gasto social en educación y salud en América Latina estaría mostrando un mayor grado de progresividad, aunque a un ritmo lento y muy diferente entre países. Prueba de ello sería el incremento sostenido de la matrícula primaria y sobre todo secundaria, el mayor acceso a los servicios de salud y la voluntad política de los gobiernos de la región de destinar en la década de 1990 recursos fiscales a programas de asistencia y promoción social de carácter integral, tendientes a mejorar cada vez más las oportunidades de los estratos de bajos ingresos desde las edades más tempranas, con el fin de evitar la transmisión intergeneracional de las desigualdades.

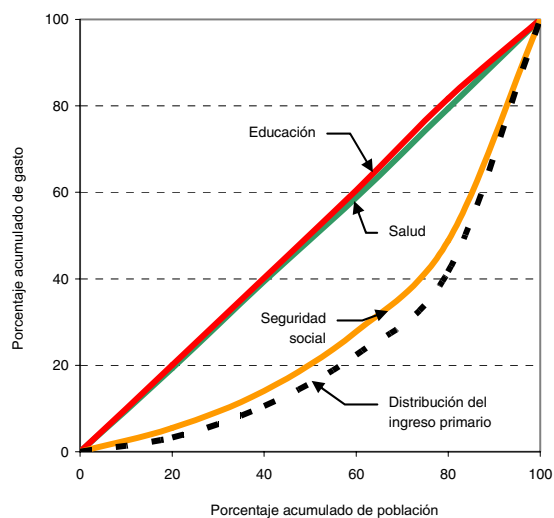
Se observa un patrón progresivo del gasto en educación primaria en los 10 países respecto de los cuales se cuenta con información estadística, aunque ello no necesariamente implica una educación de calidad ni es evidencia del logro educativo de los jóvenes de distintos estratos sociales. Sin embargo, en el caso de la educación secundaria, la baja participación en el gasto de los estratos medios-bajos y bajos sería indicativa de que uno de los retos de América Latina es avanzar hacia un mayor acceso y conclusión de la educación secundaria.

La orientación del gasto público en salud muestra variaciones bastante más amplias en la región. En gran medida, estas dependen del tipo de sistema de salud vigente en cada país, que en muchos casos está sujeto a reformas. También obedecen a las posibilidades de los distintos estratos de ingreso de la población de acceder a los servicios de salud gracias a diversos mecanismos de inclusión contemplados en ellos.

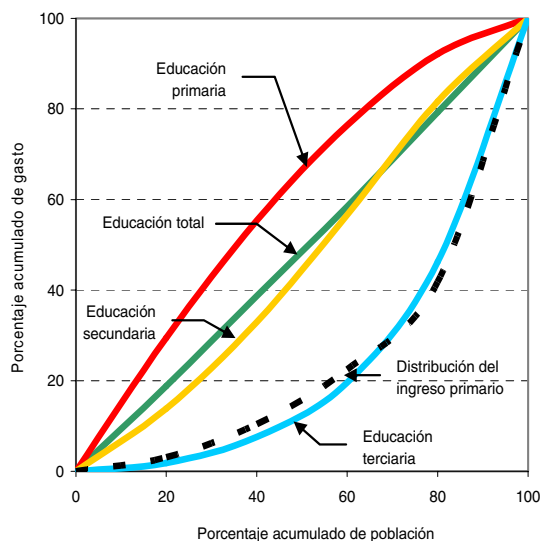
Por último, según los antecedentes de que se dispuso, la asignación de los gastos públicos a la seguridad social está sumamente concentrada en los estratos de ingresos medios y altos. Esto es reflejo de economías que en décadas pasadas no dieron acceso universal durante la vida activa a sistemas de seguridad social ligados al empleo, ya que estuvieron restringidos a quienes lograron participar en los segmentos formales del mercado de trabajo. Por tanto, el compromiso de los países de la región de reducir la pobreza, la inequidad y la exclusión en la sociedad implica elaborar políticas y esquemas de seguridad social que aseguren beneficios mínimos garantizables para toda la población.

Gráfico 8
AMÉRICA LATINA: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y DEL INGRESO PRIMARIO POR QUINTILES DE INGRESO a/ b/
(En porcentajes)

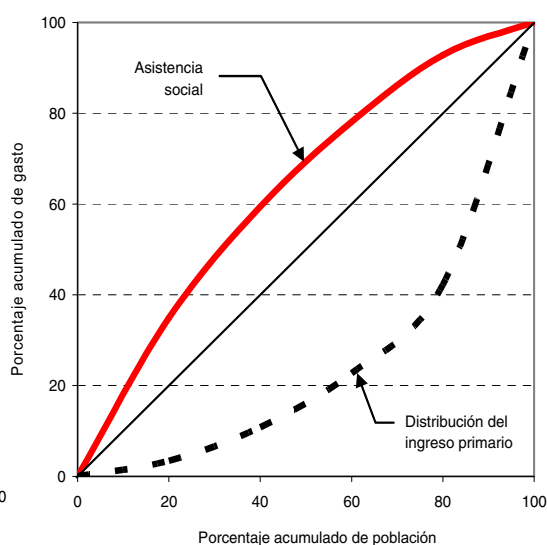
a) Gasto social total (9 países)



b) Gasto en educación (8 países)



c) Gasto en asistencia social (10 países)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo.

a/ Las cifras se obtuvieron como promedio simple de los porcentajes de gasto obtenidos por cada quintil de la distribución de ingreso.

b/ Se refiere a grupos de 20% de hogares ordenados según el nivel de ingreso primario (sin gasto social) per cápita.

Lo anterior supone superar tanto los esquemas segmentados de protección característicos del pasado como la visión puramente compensatoria de la política social que predominó en las dos últimas décadas, por cuanto estos esquemas dejan de lado los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, condiciones necesarias para una buena política social. Estos principios, sin embargo, no tienen un correlato sencillo en la práctica, dado que los recursos, siempre escasos, obligan a concentrar ciertos beneficios en los estratos más vulnerables. Aún así, la focalización por sí misma no puede constituir un principio de política social sino un instrumento de priorización de recursos. Si bien tiene un impacto redistributivo en el corto plazo, de prolongarse indefinidamente, no resulta la mejor opción para avanzar hacia la creación de sociedades más igualitarias. El mayor riesgo es que termine estableciendo un régimen segmentado en la calidad de las prestaciones (educación para pobres y para el resto, salud para pobres y para el resto, falta de cobertura de la seguridad social para estratos bajos), lo cual refuerza desigualdades de trayectorias y de resultados, por más que busque igualar oportunidades de acceso.

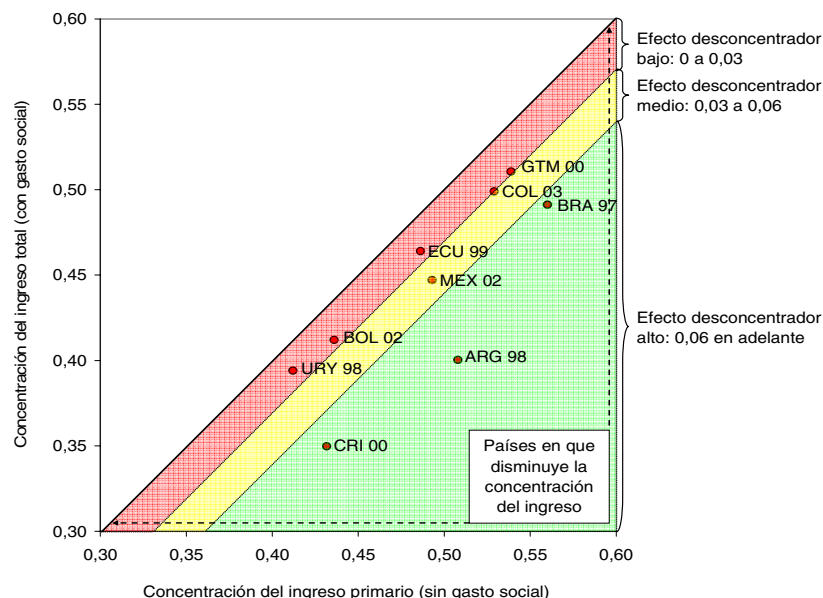
Efecto redistributivo del gasto social

El efecto del gasto social en términos de modificación del nivel de concentración del ingreso primario depende de su progresividad o regresividad y del volumen de recursos que finalmente recibe cada estrato social.

En el gráfico 9 se ilustra el efecto que tiene el gasto social en la distribución del ingreso primario, medido como el cambio que se registra en el coeficiente de Gini. Con la excepción de Uruguay, en los países en que el monto de gasto social es más elevado (Argentina, Brasil y Costa Rica), su efecto “desconcentrador” es más significativo, aun cuando los ingresos de los hogares también son altos en el contexto regional. En Argentina, el gasto social incrementa alrededor de un 31% el ingreso primario de los hogares; en Brasil, lo aumenta alrededor de un 30% y en Costa Rica un 26%. Debido a la gran cantidad de recursos que estos países invierten en el ámbito social y a la alta cobertura de sus servicios sociales, una elevada proporción de los recursos llega a los estratos de menores ingresos, lo que tiene un efecto significativo en la distribución del ingreso.⁷ La excepción es Uruguay, donde el efecto desconcentrador es menor debido a la alta gravitación del gasto en seguridad social y al relativamente bajo nivel de desigualdad en la distribución del ingreso primario.

⁷ En el análisis del impacto del gasto social solo se consideró aquella parte del gasto total que efectivamente llega a la población en la forma de bienes o servicios, o como transferencias monetarias. En la mayoría de los países, los antecedentes permitieron excluir los gastos administrativos de esta cuantificación.

Gráfico 9
**AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): COEFICIENTES DE CONCENTRACIÓN DEL INGRESO PRIMARIO
 Y DEL INGRESO TOTAL (INCLUIDO EL GASTO PÚBLICO SOCIAL) a/ b/**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo.

a/ Calculado sobre la base de grupos quintílicos de hogares.

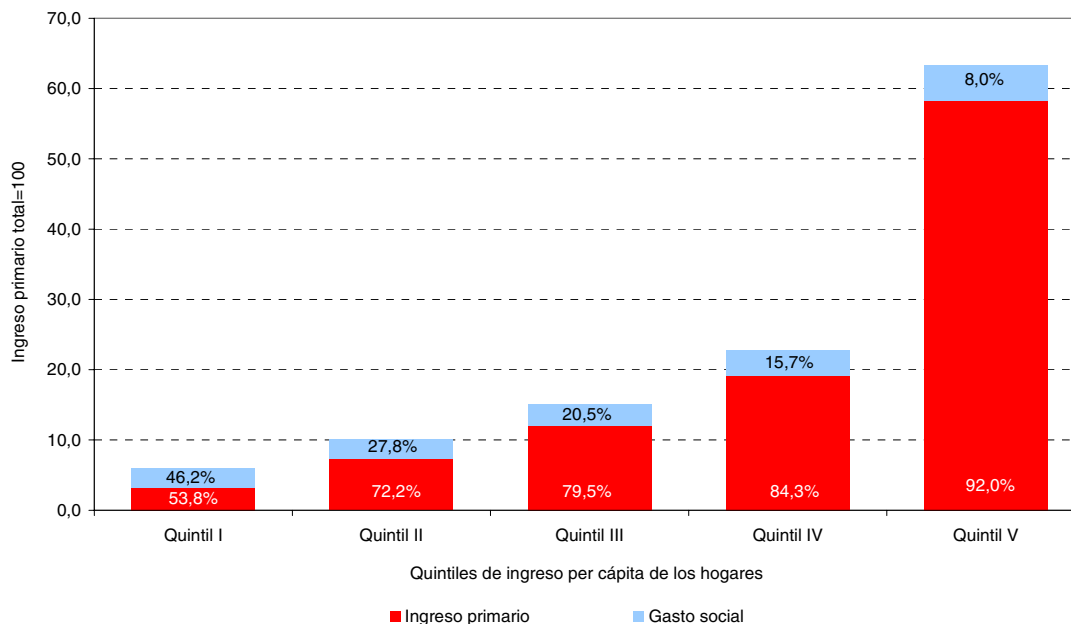
b/ No incluye gastos en vivienda, agua y alcantarillado.

Los países de ingreso per cápita medio y bajo registran niveles de gasto social bastante inferiores al grupo anterior. En Colombia y México las partidas de gasto social representan un aporte equivalente al 13% y al 12% de la distribución primaria del ingreso para el conjunto de los hogares. El efecto neto del gasto social en la redistribución del ingreso es bastante bajo: en Colombia el coeficiente de Gini disminuye $-0,03$, con lo cual llega a $0,50$, mientras en México muestra una reducción de $-0,04$, que lo lleva a $0,45$. En los países con gasto social más bajo (Bolivia, Ecuador y Guatemala), el efecto de este en el ingreso primario también es relativamente escaso, salvo en Bolivia, cuyos bajos ingresos explican que el gasto social incremente un 19% el ingreso de los hogares, mientras en Ecuador y Guatemala este aporte no supera el 6%. En los tres países mencionados, el único efecto es una leve corrección de los índices de concentración.

El gasto social influye relativamente poco en el incremento del ingreso del conjunto de los hogares, pero su efecto es muy significativo en el caso del ingreso de los hogares más pobres (véase el gráfico 10). En el conjunto de los hogares el gasto social eleva un 17% el ingreso primario y en el quintil más pobre ese incremento asciende a un 86%. Como aporte proporcional, la contribución del gasto social al ingreso de los hogares más pobres equivale a 5 veces la que recibe el total de los hogares y a 10 veces el aporte al quintil superior. Esta

comparación de los aportes al ingreso primario de la población correspondiente al estrato inferior y superior de la distribución es más o menos homogénea en todos los países.

Gráfico 10
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE 9 PAÍSES): EFECTO DEL GASTO SOCIAL EN EL INCREMENTO DE LOS INGRESOS PRIMARIOS SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO PER CÁPITA DE LOS HOGARES a/
(Ingreso primario total=100, y porcentajes)

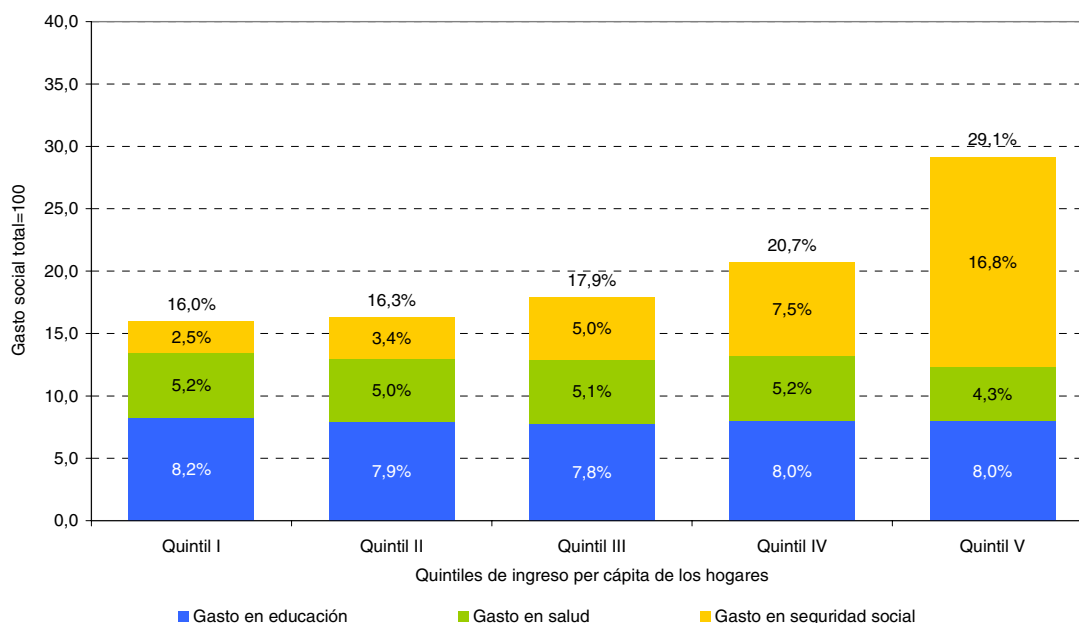


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo.

a/ No incluye gastos en vivienda, agua y alcantarillado.

La composición sectorial y el grado de progresividad de la distribución de las distintas partidas de gasto también influyen notablemente en los efectos del gasto social en el ingreso de los hogares. La partida más relevante para el 20% de los hogares de menores ingresos es la educación, que representa el 52% del aporte público social a ese estrato; en cambio, en el quintil de ingresos superiores, esta proporción disminuye a un 27%. Algo similar ocurre en el caso del gasto social destinado a salud, que representa el 33% del aporte total en el 20% de hogares más pobres y solo un 15% en el quintil más rico (véase el gráfico 11). En cuanto a la seguridad social, la situación es diametralmente opuesta, pues mientras el gasto social representa solo el 16% del aporte al quintil inferior, equivale a cerca del 58% del aporte público a los hogares del quintil superior. Esto significa que más del 80% del aporte que reciben los hogares de menores ingresos corresponde a gasto en capital humano (educación y salud), que no es tan significativo en el caso de los hogares de mayores ingresos (42%), en los que la mayor parte del aporte estatal se da bajo la forma de seguridad social.

Gráfico 11
**AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE 9 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN Y COMPOSICIÓN
 SECTORIAL DEL GASTO SOCIAL SEGÚN QUINTILES DE INGRESO
 PRIMARIOS PER CÁPITA DE LOS HOGARES**
(Gasto social total=100, y porcentajes) a/



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo.

a/ Los porcentajes al interior de las barras están expresados con respecto al total acumulado de todos los quintiles.

El hecho de que el gasto social de varios de los países no sea progresivo y beneficie en gran medida a los sectores de ingresos altos no se puede interpretar como un indicador de su falta de focalización. Por ejemplo, una alta proporción de la seguridad social corresponde a jubilaciones de trabajadores que, por sus ingresos pasados y actuales, se sitúan fuera de la pobreza. Esto no refleja necesariamente incapacidad o falta de voluntad de los gobiernos de beneficiar a los sectores de menores ingresos, sino que responde sobre todo al cumplimiento de compromisos de aporte derivados de normativas legales asociadas al funcionamiento pasado y actual del mercado de trabajo. En cuanto al gasto en educación y salud, en muchos casos su baja progresividad no se debe tanto a que los servicios educativos y de sanidad se orienten a los estratos de ingresos medios y altos sino más bien al acceso insuficiente de los potenciales beneficiarios de estratos de menores ingresos, debido al desconocimiento de su existencia, lejanía del lugar donde se prestan los servicios, baja valoración o un progresivo proceso de exclusión social.

La mayor focalización del gasto social en los estratos más pobres depende tanto del esfuerzo de inversión y provisión de servicios sociales a estratos de bajos ingresos como del efectivo acceso de estos a los beneficios. Complementariamente, se pueden elevar las partidas más progresivas o la progresividad de las partidas actuales, mediante la ampliación de la

cobertura de los servicios de educación y salud o el pago de pensiones a los sectores de más bajos ingresos, lo que puede influir notablemente en el aumento del ingreso y, por consiguiente, del bienestar de los hogares más pobres.

El aumento del gasto social durante la década de 1990 y la siguiente se ha reflejado en una mejora real sobre todo del acceso a la educación y en una expansión de la asistencia social. Como se ilustró en el gráfico 3, gran parte del incremento de los recursos se debe a las inversiones en educación que, mediante la expansión de la cobertura de los estratos de menores ingresos, tiende a dar mayor progresividad y, por lo tanto, a acentuar su influencia en el bienestar de los hogares más pobres. Por otra parte, aunque el aumento del gasto en seguridad y asistencia social triplica el registrado en capital humano (educación y salud), su efecto no es necesariamente regresivo. Esto se debe a que el incremento del monto de las jubilaciones y pensiones también beneficia a hogares de estratos medio-bajos y bajos y al hecho de que las transferencias de carácter asistencial y otros mecanismos de asistencia social están ligados a la puesta en práctica y fortalecimiento de los programas de lucha contra la pobreza.

Es preciso continuar con los esfuerzos por aumentar el bienestar material y social de los sectores de más bajos ingresos, lo que significa seguir dando prioridad a las inversiones y el desarrollo de servicios sociales, junto con asegurar la efectiva focalización de los beneficios en los sectores más pobres mediante la facilitación del acceso a dichos servicios. También supone una confrontación directa de todos los mecanismos de reproducción de la pobreza y la exclusión social y el reconocimiento de la necesidad de elevar la eficiencia en el uso de los recursos públicos y de desarrollar diversos instrumentos de control de la gestión y evaluación de las repercusiones de las políticas y programas sociales. Sin embargo, estos objetivos no pueden cumplirse si como parte de la canalización prioritaria de recursos a los más pobres no se prevé el aumento de su volumen y esta consiste exclusivamente en una reorientación de los sectores de ingresos medios y altos, lo que implica desarticular gran parte de los mecanismos de protección y promoción social que precisamente los han llevado a gozar de un mayor bienestar.

EXPRESIONES DEMOGRÁFICAS DE LA DESIGUALDAD SOCIAL: TENDENCIAS RECIENTES, FACTORES ASOCIADOS Y ORIENTACIONES DE POLÍTICA

Transición demográfica: ¿hacia la convergencia?

El siglo XX se caracterizó por una transición demográfica de alcance mundial, es decir, el descenso sostenido de la mortalidad y la fecundidad. Este proceso se inició a fines del siglo XIX en los países actualmente desarrollados y luego se extendió al resto del mundo. Aunque originalmente se postuló que la modernización económica y social era el principal factor que explicaba esta transición, su generalización ha dejado en evidencia que la difusión de ideas, la apropiación de tecnologías y el despliegue de políticas sectoriales específicas la han promovido en diferentes contextos de modernización económica y social. En América Latina y el Caribe la transición se ha producido en forma acelerada desde mediados de la década de 1960 y en mayor o menor medida se ha extendido a todos los países de la región y, dentro de ellos, prácticamente a todos los territorios, segmentos socioeconómicos y grupos étnicos. Solo la fecundidad adolescente ha sido refractaria al descenso en varios países.

Esta progresión generalizada de la transición demográfica no significa forzosamente que las disparidades sociales y territoriales de los niveles de mortalidad y de fecundidad dentro de los países disminuyan, ya que la reducción de tales disparidades depende del ritmo de variación de la mortalidad y la fecundidad en diferentes grupos socioeconómicos y zonas geográficas. De hecho, según los datos provenientes de encuestas especializadas, no se advierte una tendencia clara a la disminución de estas desigualdades entre campo y ciudad o entre grupos con distinto nivel de educación, lo que contradice un supuesto implícito de convergencia en el proceso de transición demográfica. La persistencia o la agudización de estas desigualdades son importantes por dos razones. La primera es que hay compromisos internacionales y regionales en tal sentido y muchos gobiernos han expresado su interés en atenuarlas mediante políticas explícitas; lo anterior significa que existe la convicción de que las disparidades pueden reducirse o hasta anularse mediante programas específicos, incluso en contextos de desigualdad económica aguda y persistente. La segunda razón es que estas desigualdades han actuado históricamente como “acumulación de desventajas” materiales y ciudadanas, por el hecho de mostrar un patrón persistente, concretamente una mayor mortalidad y fecundidad en los grupos y los territorios con menos recursos. Esto supone una mayor carga para estos grupos en términos de dedicación de tiempo y recursos, lo que contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Asimismo, se traduce en una mayor dificultad de los grupos socioeconómicos y étnicos más postergados para ejercer los derechos fundamentales, específicamente los relacionados con la vida y la reproducción.

El objetivo del capítulo III es aportar información reciente y sistemática sobre la evolución de estas desigualdades en la última década del siglo XX.⁸

Las desigualdades demográficas en América Latina y el Caribe: consecuencias en la última década del siglo XX

La mortalidad infantil

El generalizado descenso de la mortalidad infantil en la región, de 42,9 a 25,6 por mil nacidos vivos entre 1990 y 2003, es bastante independiente de los ciclos económicos y ha sido uno de los logros de salud pública más importantes de las últimas décadas. No obstante, este adelanto no ha ido acompañado de una atenuación de las brechas entre los países ya que, como se destacó en el informe regional sobre el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio, las mayores bajas de la mortalidad infantil durante los últimos 15 años se dieron en países que tenían los menores niveles de mortalidad infantil en 1990.⁹ Así, el coeficiente de variación de la serie de 20 países de la región subió de un 45% en 1990-1995 a un 51% en 2000-2005. Es difícil que este fenómeno de divergencia entre países se mantenga en el futuro, pues los índices de mortalidad infantil muy bajos (inferiores a 10 por mil nacimientos) a los que han llegado algunas naciones hacen improbable que puedan seguir bajando velozmente; con todo, una convergencia en esta materia dependerá del éxito de los países más pobres de reducir en los próximos años sus actuales niveles de mortalidad infantil, que aún son elevados.

En lo que atañe a disparidades territoriales dentro de los países, aunque en promedio hay una relación estadística entre el nivel y la tendencia de la mortalidad infantil y el nivel y la tendencia de su desigualdad regional, esta responde fundamentalmente a los casos de Costa Rica y Chile, en los que el descenso de la mortalidad infantil ha ido acompañado de una creciente homogeneidad entre regiones. En cambio, en países como Brasil y Honduras, en los que ha habido una baja significativa de la mortalidad infantil a escala nacional, esta se ha producido paralelamente a una acentuación de la disparidad media entre regiones. En el resto de los países analizados no se observa un patrón definido.

⁸ El número de países incluidos en el análisis depende de la disponibilidad de los datos correspondientes a los censos realizados en la década de 1990 y 2000 en la base de datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL y de la calidad de las estimaciones de los datos sobre fecundidad y mortalidad infantil. Para ello se recurre en gran medida a las bases de microdatos censales en formato REDATAM con que cuenta el CELADE y se calculan diferentes medidas para estimar la desigualdad de los niveles de mortalidad, fecundidad total y fecundidad adolescente entre territorios, quintiles socioeconómicos y grupos étnicos de varios países de la región.

⁹ Véase Naciones Unidas (2005), *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.

En lo que se refiere a disparidades socioeconómicas de la mortalidad infantil, estas siguen siendo significativas, como lo revela el caso de Brasil, que muestra las mayores disparidades entre estratos socioeconómicos (la razón entre la mortalidad infantil del estrato urbano más pobre y el más rico es superior a 4). El uso del índice de concentración, que resume la evolución de todos los grupos socioeconómicos considerados, muestra que las desigualdades han tendido a reducirse junto con el descenso de la mortalidad infantil (véase el cuadro 2). La atenuación de la desigualdad socioeconómica de la mortalidad infantil es generalizada en las áreas urbanas, lo que obedece al efecto combinado del rendimiento decreciente de las intervenciones en salud en respuesta a los niveles muy bajos de mortalidad infantil en el quintil socioeconómico superior y al marcado efecto de las intervenciones en respuesta a la alta mortalidad infantil en los quintiles inferiores. En las zonas rurales la situación es diferente; de hecho, en dos países aumentó la desigualdad social en términos de mortalidad infantil y en uno prácticamente se mantuvo invariable, lo que indica que el avance en materia de sobrevivencia de los niños en las zonas rurales sigue estando encabezado por los terciles de mayor nivel socioeconómico.

Cuadro 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS Y DEL NIVEL DE LA DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL, CENSOS DE LAS RONDAS DE 1990 Y 2000

País y área de residencia	Año censal	Mortalidad infantil	Índice de concentración[1] (estratos socioeconómicos)	Calificación de la variación del nivel de mortalidad infantil a/	Calificación de la desigualdad social de la mortalidad infantil a/
Brasil urbano	1991	53,3	-0,2520	Caída intensa	Caída leve
	2000	37,7	-0,2312		
Brasil rural	1991	69,1	-0,1438	Caída intensa	Caída leve
	2000	50,5	-0,1242		
Chile urbano	1992	19,7	-0,1420	Caída intensa	Caída intensa
	2002	12,4	-0,0714		
Chile rural	1992	26,2	-0,0914	Caída intensa	Caída intensa
	2002	13,6	-0,0625		
Panamá urbano	1990	18,7	-0,1440	Caída leve	Caída moderada
	2000	16,9	-0,1164		
Panamá rural	1990	42,4	-0,2443	Caída leve	Sin cambio
	2000	38,7	-0,2368		
Honduras urbano	1988	55,0	-0,1884	Caída intensa	Sin cambio
	2001	28,7	-0,1876		
Honduras rural	1988	76,9	-0,0672	Caída intensa	Aumento intenso
	2001	49,4	-0,0965		
Paraguay urbano	1992	46,8	-0,1661	Caída leve	Caída moderada
	2002	40,2	-0,1394		
Paraguay rural	1992	48,8	-0,0817	Caída moderada	Aumento moderado
	2002	40,6	-0,0955		

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, tabulaciones especiales sobre la base de datos censales.

a/ Clasificación del cambio: 4% o menos: sin cambio; 5%-14%: leve; 15%-24%: moderado; 25% y más: intenso.

En cuanto a las desigualdades étnicas, hay muy pocos países donde es factible comparar los censos de la ronda de 1990 y 2000, pero las cifras disponibles permiten concluir que los pueblos indígenas, con la excepción de Chile, registran niveles de mortalidad infantil muy superiores a los promedios nacionales. Cuando se combina pertenencia étnica con residencia rural, el panorama es más grave aún, ya que se constituyen zonas de mortalidad infantil muy elevadas (características de los niveles previos a la transición, como en los casos de Bolivia y Paraguay) o reveladoras de una marcada falta de equidad (Ecuador, México y Panamá).

*La fecundidad: intensidad y calendario*¹⁰

En los últimos 10 años el persistente descenso de la fecundidad en América Latina y el Caribe (de 3,0 a 2,6 entre los períodos 1990-1995 y 2000-2005 en el conjunto de la región) estuvo acompañado por una leve reducción de la heterogeneidad media entre países, como lo indica la baja del 28% al 26% del coeficiente de variación de la serie de 20 países de la región entre los quinquenios 1990-1995 y 2000-2005. Esta tendencia responde principalmente a una marcada baja de la intensidad reproductiva en los países con mayor fecundidad a principios de los años noventa. Con todo, lo ocurrido en el decenio de 1990, fenómeno que ya había sido anticipado por Cuba en los años ochenta, cuando su tasa global de fecundidad fue de un 1,8, permite pensar que el punto de convergencia hacia el cual tenderían algunos países pudiera ser inferior al nivel de reemplazo, que es aproximadamente 2,1 hijos por mujer. A largo plazo, esta situación podría conducir a un descenso de la población y a un envejecimiento pronunciado.

En lo que atañe a las disparidades territoriales dentro de los países, no hay, en promedio, una relación significativa entre el nivel de la fecundidad y su desigualdad territorial. Esto se refleja, además, en que durante los años noventa, cuando la fecundidad disminuye en todos los países y todas las regiones que los integran, en tres países se atenúa la heterogeneidad territorial de la fecundidad, en uno se mantiene invariable y en cinco aumenta. Este aumento obedece fundamentalmente a que las regiones de mayor fecundidad inicial registraron, en promedio, un descenso relativamente más moderado.

¹⁰ La intensidad se refiere a la magnitud de la fecundidad, es decir, al número de hijos por mujer o pareja. El calendario se refiere a la edad en que las mujeres tienen hijos.

En lo que se refiere a las disparidades socioeconómicas de la fecundidad, se observa una tendencia mixta: por una parte, si se considera el número de hijos tenidos hasta el período de 25 a 29 años (muy influenciada por la fecundidad temprana), parecería haber una acentuación generalizada de la desigualdad y, por otra, si se considera la paridez del grupo de 35 a 39 años (cercana al término de la etapa fértil), parecería predominar la atenuación de la desigualdad (véase el cuadro 3). Estos datos indicarían que, si bien el total de descendientes de las mujeres de distintos estratos sociales tiende a convergir, la cantidad de hijos que se tienen durante la primera etapa del período reproductivo presenta diferencias sociales más acentuadas que antes. Es evidente que los estratos socioeconómicos bajos presentan una iniciación reproductiva y una acumulación de la mayoría de los hijos a edades mucho más tempranas que los demás. Esta conclusión confirma la expuesta en el *Panorama social de América Latina 2004*, especialmente en lo que se refiere a fecundidad adolescente, que plantea nuevos desafíos y prioridades en materia de fecundidad, en consonancia con la realidad reproductiva de la región y con el enfoque propuesto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y ratificado el año pasado en la conmemoración del décimo aniversario de la celebración de esa conferencia. No basta con preocuparse de la fecundidad total; el calendario de la fecundidad también es importante, porque el tener hijos a muy temprana edad dificulta la acumulación de recursos, sobre todo la formación de capital humano.

Es posible que se esté desarrollando un nuevo eje de distinción, según el cual la desigualdad entre grupos socioeconómicos en el ámbito reproductivo no radica tanto en la descendencia final sino en el momento de la vida en que se tienen hijos. Además, la iniciación temprana de la etapa reproductiva tendría efectos negativos que ya están documentados, aunque las conclusiones al respecto son objeto de debate. En el cuadro 4 se termina de consolidar esta nueva mirada a las desigualdades socioeconómicas en materia de fecundidad en la región. Como ya se ha dicho, las tasas de fecundidad adolescente son las únicas que descendieron en forma sostenida durante el decenio de 1990, lo que se debió al aumento de la fecundidad adolescente básicamente en los tres quintiles inferiores; en la gran mayoría de los países analizados, en el quintil superior de ingresos la tasa de fecundidad, que ya era comparativamente baja, siguió disminuyendo.

Cuadro 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y DEL NIVEL DE LA DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA DE LA PARIDEZ MEDIA DEL GRUPO 30 A 34 AÑOS DE EDAD, CENSOS DE LAS RONDAS DE 1990 Y 2000

País y área de residencia	Año censal	Índice de concentración (estrato socioeconómico) de la paridez acumulada en tres grupos de edad		Tasa global de fecundidad	Calificación de la variación de la desigualdad social de la paridez acumulada a los 25-29 años a/	Calificación de la variación de la desigualdad social de la paridez acumulada a los 35-39 años a/	Calificación de la variación de la tasa global de fecundidad a/
		25-29	35-39				
Brasil urbano	1991	-0,1413	-0,1447	2,4	Aumento moderado	Caída leve	Caída leve
	2000	-0,1716	-0,1322	2,2			
Brasil rural	1991	-0,0867	-0,1004	4,2	Caída leve	Sin cambio	Caída moderada
	2000	-0,0816	-0,1045	3,5			
Chile urbano	1992	-0,0703	-0,0486	2,5	Aumento intenso	Caída leve	Caída moderada
	2002	-0,1284	-0,0417	2,0			
Chile rural	1992	-0,0162	-0,0340	3,0	Aumento intenso	Caída intensa	Caída moderada
	2002	-0,0323	-0,0218	2,3			
Panamá urbano	1990	-0,1355	-0,1044	2,4	Aumento moderado	Sin cambio	Sin cambio
	2000	-0,1669	-0,1087	2,3			
Panamá rural	1990	-0,1075	-0,1253	4,1	Aumento leve	Sin cambio	Caída leve
	2000	-0,1152	-0,1250	3,9			
Honduras urbano	1988	-0,1015	-0,1085	3,7	Aumento intenso	Sin cambio	Caída moderada
	2001	-0,1299	-0,1040	2,9			
Honduras rural	1988	-0,0197	-0,0165	6,8	Aumento intenso	Aumento intenso	Caída intensa
	2001	-0,0531	-0,0580	5,1			
Paraguay urbano	1992	-0,1318	-0,1262	3,7	Aumento leve	Caída leve	Caída leve
	2002	-0,1485	-0,1110	3,3			
Paraguay rural	1992	-0,0617	-0,0585	6,0	Caída leve	Aumento moderado	Caída leve
	2002	-0,0566	-0,0693	5,3			
Venezuela urbano (Rep. Bolivariana de)	1990	-0,1129	-0,1195	3,2	Aumento intenso	Aumento leve	Caída moderada
	2001	-0,1542	-0,1276	2,7			
Venezuela rural (Rep. Bolivariana de)	1990	-0,0316	-0,0630	5,1	Aumento intenso	Aumento moderado	Caída moderada
	2001	-0,0683	-0,0776	4,3			

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, tabulaciones especiales sobre la base de datos censales.

a/ Clasificación del cambio: 4% o menos: sin cambio; 5%-14%: leve; 15%-24%: moderado; 25% y más: intenso.

Por último, en lo que respecta a las desigualdades étnicas, el análisis de la situación existente en cinco países ratifica la persistencia de una fecundidad mayor en los pueblos indígenas, lo que obedece a una combinación de factores culturales y de exclusión social reflejada en la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Cuando las etnias se concentran en determinadas áreas, tienden a producirse bolsones de alta fecundidad; en este contexto, una de las manifestaciones de los procesos de aculturación de las poblaciones indígenas urbanas es justamente la reducción de los índices reproductivos, que de todos modos suelen ser más elevados que los de la población urbana no clasificada como indígena.

Cuadro 4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES DE DESIGUALDAD
 DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS URBANOS,
 CENSOS DE LAS RONDAS DE 1990 Y 2000**

País	Zona y cambio	Tasas de fecundidad 15-19 años (por 1.000) por estrato socioeconómico						Razón entre el estrato inferior y el estrato superior	Índice de concentración
		1 (inferior)	2	3	4	5 (superior)			
Brasil	Total	1991	101,1	109,4	86,5	71,5	36	2,808	-0,1765
		2000	147,2	113,5	91,4	79,7	31,4	4,688	-0,2297
	Variación	Diferencia absoluta	46,09	4,1	4,9	8,2	-4,6	Aumento de la tasa y la desigualdad	
		%	45,6	3,7	5,7	11,5	-12,8		
	Urbano	1991	117,7	91,3	53,5	72,8	29,1	4,042	-0,2069
		2000	154,6	108,4	71,8	75,9	27,6	5,601	-0,2519
Variación	Diferencia absoluta	36,9	17,1	18,3	3,1	-1,5	Aumento de la tasa y la desigualdad		
	%	31,4	18,7	34,2	4,3	-5,2			
Chile	Total	1992	100,6	77,5	70,8	64,9	31,1	3,235	-0,171
		2002	93,5	76,9	68,7	49,8	22,2	4,212	-0,2158
	Variación	Diferencia absoluta	-7,16	-0,63	-2,05	-15,1	-8,88	Leve baja de la tasa y alza de la desigualdad	
		%	-7,1	-0,8	-2,6	-21,3	-13,7		
	Urbano	1992	91,5	67,7	71,3	57,5	26,6	3,44	-0,1734
		2002	90,3	76,4	64,6	43,9	20,5	4,405	-0,2307
Variación	Diferencia absoluta	-1,14	8,66	-6,7	-13,6	-6,1	Leve baja de la tasa y alza de la desigualdad		
	%	-1,2	12,8	-9,4	-23,6	-22,9			
Panamá	Total	1990	167,3	137,2	93,2	72,2	27,4	6,106	-0,2772
		2000	155	114	89,8	68,5	29	5,345	-0,251
	Variación	Diferencia absoluta	-12,26	-23,12	-3,36	-3,66	1,6	Ligera baja de la tasa y la desigualdad	
		%	-7,3	-16,9	-3,6	-5,1	5,8		
	Urbano	1990	97,9	84,1	68,2	49,4	22,6	4,332	-0,2418
		2000	106,1	92	67,2	50,4	20,4	5,201	-0,2459
Variación	Diferencia absoluta	8,1	7,8	-1	1,1	2,3	Aumento de la tasa y la desigualdad		
	%	8,3	9,3	-1,5	2,2	-10			
Honduras	Total	1988	150,9	109,6	131,6	120,3	75,2	2,006	-0,0915
		2001	150,9	139,1	112,2	119	48,1	3,139	-0,1597
	Variación	Diferencia absoluta	0	29,6	-19,5	-1,3	-27,1	Leve baja de la tasa y alza de la desigualdad	
		%	0	27	-14,8	-1,1	-36,1		
	Urbano	1988	103,2	104,1	95,3	79,8	44,1	2,34	-0,1409
		2001	132,1	121,3	94,8	69,7	34,5	3,833	-0,2223
Variación	Diferencia absoluta	28,9	17,2	-0,5	-10,1	-9,6	Aumento de la tasa y la desigualdad		
	%	28	16,6	-0,5	-12,6	-21,9			

Cuadro 4 (conclusión)

País	Zona y cambio	Tasas de fecundidad 15-19 años (por 1.000) por estrato socioeconómico					Razón entre el estrato inferior y el estrato superior	Índice de concentración	
		1 (inferior)	2	3	4	5 (superior)			
Paraguay	Total	1992	157,3	121,8	80,3	117,9	48,7	3,23	-0,1768
		2002	159,7	82,4	116,2	80	39,2	4,074	-0,1952
	Variación	Diferencia absoluta	2,43	-39,37	35,9	-37,92	-9,47	Baja de la tasa y alza de la desigualdad	
		%	1,5	-32,3	44,7	-32,2	-19,4		
	Urbano	1992	132,5	86,5	88,9	60,3	31,6	4,193	-0,2389
		2002	120,1	91,8	87,5	55,9	30	4,003	-0,2272
	Variación	Diferencia absoluta	-12,47	5,25	-1,44	-4,37	-1,63	Ligera baja de la tasa y la desigualdad	
		%	-9,4	6,1	-1,6	-7,3	-5,2		
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Total	1990	108,1	96,3	97,3	66,9	34,1	3,17	-0,1254
		2001	173,5	133,2	92,7	85,3	32,8	5,29	-0,2577
	Variación	Diferencia absoluta	65,4	36,9	-4,6	18,4	-1,3	Aumento de la tasa y la desigualdad	
		%	60,5	38,4	-4,8	27,5	-3,7		
	Urbano	1990	101	84,2	85,2	60,5	27,2	3,713	-0,145884
		2001	155,6	105,5	90,8	80,1	28,9	5,377	-0,247119
	Variación	Diferencia absoluta	54,6	21,3	5,6	19,6	1,7	Aumento de la tasa y la desigualdad	
		%	54	25,3	6,6	32,4	6,4		

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, tabulaciones especiales sobre la base de datos censales.

Factores asociados y consecuencias en términos de políticas

A continuación se consideran algunas implicaciones en términos de políticas derivadas de la información analizada, teniendo en cuenta especialmente los estudios multivariados de las desigualdades socioeconómicas y geográficas de la fecundidad y la mortalidad en la niñez. Los análisis se hicieron en dos niveles: a nivel agregado, sobre la base de indicadores correspondientes a datos censales agrupados por divisiones administrativas menores y a nivel individual, mediante el estudio de los efectos de características personales de las mujeres, usando datos de encuestas demográficas.

De esta manera, por una parte, el análisis de los diferenciales entre las divisiones administrativas menores permitió confirmar el efecto independiente e incluso predominante que tiene la educación formal de las mujeres como factor explicativo de las diferencias geográficas, tanto de la mortalidad en la niñez como de la fecundidad. El grado de urbanización también muestra un efecto en el sentido esperado en ambos casos, pero sin la preponderancia y la fuerza que manifiesta en las relaciones bivariadas, lo que significa que hay otras variables asociadas a la urbanización que tienen un poder explicativo independiente. Entre estas variables, el porcentaje de población indígena muestra efectos significativos e independientes de otros factores, tanto en la mortalidad como en la fecundidad. En el caso de la mortalidad en la niñez, destaca la influencia de la calidad de la vivienda, además del efecto

independiente de la desocupación del jefe del hogar, incluso cuando se controla el del estrato socioeconómico.¹¹ Una vez controlada la nupcialidad, mediante el porcentaje de mujeres unidas que vive en cada división administrativa menor, la escolaridad femenina, el porcentaje de mujeres indígenas, el grado de urbanización y especialmente la actividad económica tienen efectos claros e independientes en la fecundidad.

Muchas de las variables independientes estudiadas en términos agregados son de carácter más bien estructural o inercial, y de lenta evolución, como ocurre con el grado de urbanización, las condiciones de la vivienda, el porcentaje de población indígena y, en menor medida, la escolaridad de las adolescentes y adultas en edades reproductivas. Estas variables pueden servir de guía para la identificación y definición de grupos destinatarios de programas específicos, que podrían ayudar a focalizar los esfuerzos y recursos dentro de los países. Otros factores, como el estrato socioeconómico, la tasa de actividad laboral de las mujeres y, sobre todo, la desocupación del jefe del hogar, pueden variar a corto y mediano plazo, en respuesta a los ciclos económicos y a programas eficaces de reducción de la pobreza y creación de empleo. En la medida en que se logren los objetivos de estos programas, pueden contribuir no solo a mejorar las condiciones de vida de la población sino también a reducir las desigualdades sociodemográficas en el plano nacional.

Por otra parte, el análisis a escala individual arroja algunos resultados similares a los anteriores, en el sentido de que se documenta el efecto directo e importante de algunos “determinantes próximos” de la fecundidad, como la duración de la unión y la iniciación sexual, que miden la exposición al riesgo de tener hijos, y el uso de anticonceptivos, que refleja el grado de control de la fecundidad. En relación con la fecundidad y las variables próximas, se examinó el efecto de los factores socioeconómicos asociados. Una vez controladas la edad y la duración de la unión, se confirman algunas relaciones conocidas y previsible, entre otras la disminución de la fecundidad vinculada a la mayor educación formal, el estrato socioeconómico más alto y el hecho de vivir en un área urbana, como también el número deseado de hijos.

Más específicamente y desde el punto de vista de las políticas, es importante señalar que, independientemente de otras variables, la iniciación sexual en la adolescencia se da más frecuentemente en las nuevas generaciones que entre las mujeres ya adultas. Aunque la maternidad temprana no ha mostrado variaciones sustanciales en promedio, las desigualdades sociales en lo que respecta a la maternidad adolescente se han acentuado en la mayoría de los países. El estudio permitió también confirmar la relación inversa existente entre el nivel socioeconómico y la fecundidad temprana y la iniciación sexual precoz, así como una relación directa (positiva) con el uso de anticonceptivos. Estos factores

¹¹ Calculado mediante un nuevo índice sintético de disponibilidad de bienes, tema incluido en los cuestionarios de los censos.

“intermedios”, o “determinantes próximos”, son los que permiten instrumentar políticas y programas que reduzcan las desigualdades sociodemográficas.

De todo lo anterior se podría deducir que las medidas orientadas a superar las disparidades mencionadas deben incluir programas integrales, como parte de los cuales se contemplen actividades destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población mediante una mejor inserción de los adultos en el mercado del trabajo, y el otorgamiento de subsidios o transferencias directas a la población pobre y otros grupos desfavorecidos, como la población indígena. Esto debería combinarse con medidas que favorezcan un mayor acceso a la educación y, en vista de la importancia de los determinantes “intermedios” o “próximos” de las variables demográficas, a los servicios de salud, en particular los de salud sexual y reproductiva; también se hace necesario elevar la calidad de los servicios sanitarios, incluidos los servicios públicos básicos, de vivienda y de agua potable. Esto último adquiere especial relevancia en relación con la mortalidad infantil y en la niñez. En cuanto a la fecundidad, además de los efectos de la mejora de las condiciones estructurales referidas, es imprescindible adoptar medidas para hacer frente a la inquietante persistencia de la maternidad adolescente, que no se ha reducido e incluso ha aumentado levemente no solo en los grupos más pobres sino también en los estratos medios.

Es evidente que la combinación óptima de políticas e instrumentos varía de un país a otro y depende de las condiciones socioeconómicas, el grado de desigualdad y de dispersión territorial de la población en situación de desventaja y la institucionalidad de las políticas públicas; también varía de acuerdo con los factores socioeconómicos directa e indirectamente asociados a las variables demográficas estudiadas. La identificación de estas variables y de sus efectos puede hacer una contribución valiosa a la evaluación de alternativas de políticas en los diferentes contextos nacionales.

SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS: VIH/SIDA EN EL CARIBE Y LA EQUIDAD DE GÉNERO

La epidemia del VIH/SIDA es motivo de creciente inquietud para los gobiernos de los países del Caribe, entre otras razones porque siguen en aumento las tasas de infección, particularmente entre las mujeres. Debido a la falta de equidad de género, las mujeres son más vulnerables a adquirir el VIH y las tasas crecientes de infección entre las mujeres tienen dramáticas consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad, para la salud y el bienestar de la familia y la comunidad en general, además del riesgo de transmisión perinatal de la enfermedad.

Es importante comprender los problemas de género que agudizan la epidemia en el Caribe para elaborar políticas y programas que frenen la propagación de la enfermedad. En

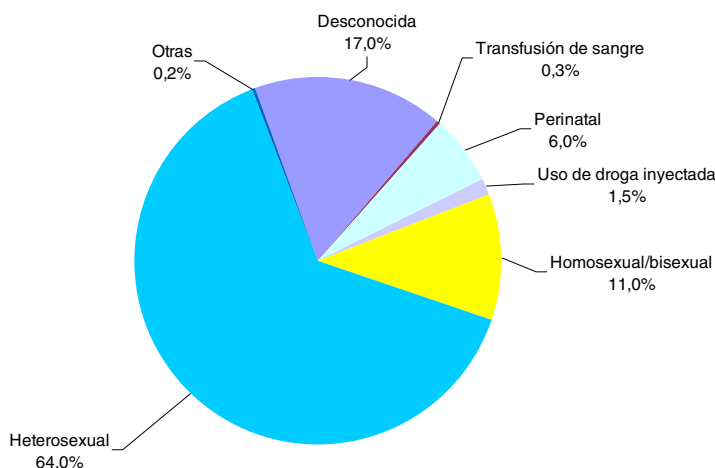
el capítulo sobre este tema se presenta una breve reseña de la situación del VIH/SIDA en el Caribe y, en particular, de las tendencias observadas entre la población femenina, para luego examinar la dimensión de género y su relación con la expansión del VIH/SIDA en la subregión. Se analiza, además, cómo el género y las relaciones de género obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y cómo acentúa esto la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.

Reseña de la epidemia del VIH/SIDA en el Caribe

De acuerdo con estimaciones de las Naciones Unidas, a fines del año 2003, 470.000 hombres, mujeres y niños vivían con el VIH/SIDA en el Caribe. La subregión caribeña también presentaba una de las tasas más altas del mundo de incidencia del VIH/SIDA en adultos (del 1,9% al 3,1%), solo superada por la de África subsahariana. En esta subregión el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), que cuenta con 21 países miembros, ha sido la entidad que ha realizado esfuerzos más sostenidos por recolectar información sobre el VIH/SIDA. Los casos de SIDA notificados por el Centro se han incrementado constantemente en las décadas de 1980 y 1990. En el año 2002 se registraron 52,43 casos de SIDA por cada 100.000 personas, lo que representa un incremento de casi cuatro veces con respecto al año 1991, en que la tasa era 13,6. La incidencia anual del VIH es un valioso indicador de la expansión de la epidemia; la que presentan las mujeres caribeñas supera entre tres y seis veces la de los hombres.

El principal medio de transmisión del VIH en el Caribe son las relaciones sexuales heterosexuales (véase el gráfico 12).

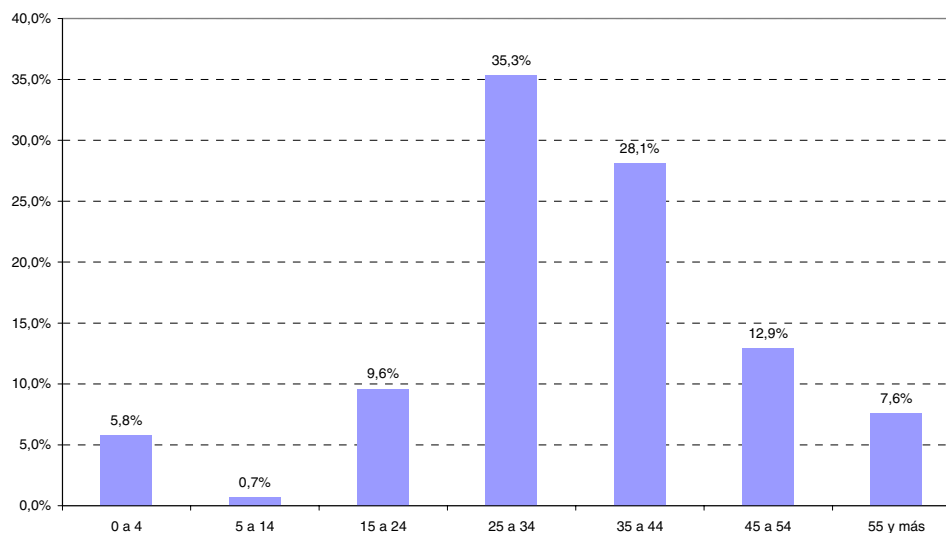
Gráfico 12
FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH EN PAÍSES MIEMBROS DEL
CENTRO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL CARIBE (CAREC), 1982-2000



Fuente: B. Camara, "An overview of the AIDS/HIV/STD situation in the Caribbean", *The Caribbean AIDS Epidemic*, Glenford Howe y Alan Cobley (eds.), Mona, University of the West Indies Press, 2000.

Los jóvenes son muy vulnerables al VIH, como se observa en el gráfico 13. Los datos sobre los países miembros del Centro de Epidemiología del Caribe correspondientes al período 1982-2000 indican que poco más del 70% de los casos de SIDA fueron diagnosticados a personas de 15 a 44 años de edad y que un 50% se concentraba en el grupo etario de 25 a 34 años.

Gráfico 13
CASOS CONSIGNADOS DE SIDA POR GRUPO DE EDAD EN PAÍSES MIEMBROS DEL CENTRO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL CARIBE (CAREC), 1982-2000 a/

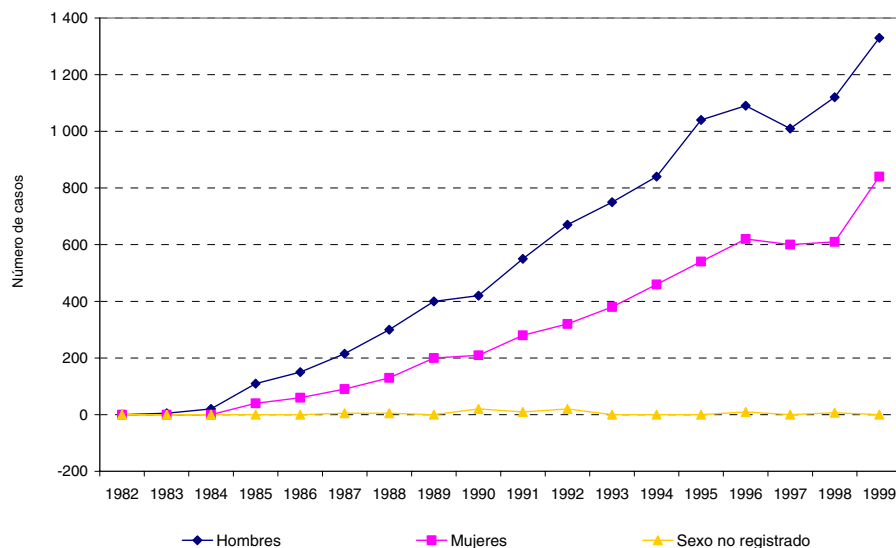


Fuente: B. Camara, "An overview of the AIDS/HIV/STD situation in the Caribbean", *The Caribbean AIDS Epidemia*, Glenford Howe y Alan Copley (eds.), Mona, University of the West Indies Press, 2000.

a/ Los países miembros del CAREC son Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago (<http://www.carec.org/about/index.html>).

La epidemia ha adquirido un nuevo carácter, hasta llegar a ser principalmente heterosexual; por ello, la tasa de infección entre mujeres se ha acelerado, por el acortamiento de la brecha entre el número de casos de nuevas infecciones entre hombres y mujeres. El Caribe tiene una de las tasas más altas de SIDA entre mujeres en el continente americano y en algunos países el incremento medio anual entre mujeres ha duplicado al de los hombres (véase el gráfico 14).

Gráfico 14
CASOS DE SIDA CONSIGNADOS EN PAÍSES MIEMBROS DEL CENTRO EPIDEMIOLÓGICO DEL CARIBE (CAREC), 1982-1999



Fuente: Compilada a partir de datos de los Epidemiological Fact Sheets. PAHO/WHO/UNAIDS (2001).

También hay variaciones significativas en las tendencias de infección entre los dos géneros, en distintos grupos de edad. En efecto, las mujeres de entre 15-19 años y 20-24 años exhiben una vulnerabilidad creciente con respecto a los hombres de los mismos grupos. En algunos casos, la proporción de hombres respecto de las mujeres en el grupo de 15 a 19 años se ha invertido drásticamente y las mujeres tienen ahora una probabilidad de infección entre tres y siete veces mayor que los hombres de la misma edad.

Salud reproductiva y sexual, los derechos y el VIH/SIDA

La inequidad de género, el acceso a la salud reproductiva, derechos y las implicaciones para el VIH/SIDA

No obstante las garantías de derechos humanos que figuran en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing, en cuanto a los derechos a la salud sexual y reproductiva, la realidad indica que las mujeres en general carecen de autonomía para tomar decisiones sobre sus cuerpos, su sexualidad y su fertilidad. En la mayoría de las sociedades se observa la acción de poderosas fuerzas que pugnan en los ámbitos de la regulación y el control de su cuerpo, en general en virtud de conceptos de género ampliamente difundidos, vinculados a ideas y creencias sobre feminidad y masculinidad. El control de las mujeres sobre su cuerpo es fundamental en esta construcción de género. Dicha construcción ha permitido que los esposos, el Estado y demás instituciones de la sociedad se haya apropiado de los derechos de

las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva. Es esta construcción y el mismo conjunto de supuestos los que subyacen a la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre sus cuerpos. Incrustada en esta ideología se encuentra también la idea de que los hombres se hacen cargo de las decisiones sobre cuándo, dónde y cómo el acto sexual tendrá lugar. Se espera que las mujeres cedan dicha autoridad y por eso tienen poca fuerza para negociar temas de sexo.

Las nociones aceptadas sobre la sexualidad masculina y femenina también imponen limitaciones a las mujeres en el goce de sus derechos sexuales y reproductivos. Las niñas y las mujeres están condicionadas hacia la monogamia y su sexualidad está protegida dentro de la familia y supervisada por otras estructuras dentro de la sociedad tales como la comunidad, la religión y la ley. Por un lado, la sociedad caribeña, como muchas otras sociedades, privilegia a los niños y a los hombres mediante la valorización de su virilidad hiperactiva y su capacidad sexual masculina. La capacidad de las mujeres de salvaguardar sus derechos sexuales y reproductivos se erosiona aún más por los conceptos de monogamia y de procreación, sobre los que se basa el concepto de matrimonio en el Caribe. Como tal, el acto sexual dentro del matrimonio se estima seguro, independientemente de que así sea, y por ello no se suele practicar las técnicas de sexo seguro entre esposos. Por consiguiente, la monogamia no necesariamente protege a las mujeres de la infección con el VIH.

La procreación como expectativa cultural es un factor cómplice en la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección del VIH. Los roles tradicionales de la esposa y madre se encuentran profundamente internalizados y se les atribuye un valor cultural muy alto. Tener hijos también permite a la mujer obtener beneficios y reconocimiento sociales y a veces es el único camino abierto para ellas. Este factor contribuye en particular a los embarazos adolescentes.

No se conoce de manera precisa la medida en que las mujeres del Caribe pueden negociar prácticas sexuales más seguras o rechazar contactos sexuales, y se requiere mucha investigación al respecto, tomando en cuenta grupos de edad, clases sociales, etnicidad y afiliación religiosa, entre otros factores determinantes. También se necesita más investigación para determinar en qué medida las mujeres en relaciones de corto plazo o casuales puedan insistir en prácticas de sexo seguro.

Pobreza, salud y derechos sexuales y reproductivos y el VIH/SIDA

Las mujeres en situaciones de pobreza o de dependencia económica tienen menores posibilidades de negociar temas de sexualidad. Esto se desprende de diversos estudios realizados en la subregión. Aunque tanto los hombres como las mujeres se ven afectados por la pobreza, las mujeres la padecen de maneras específicas debido a las inequidades de

género. La organización de las sociedades caribeñas, como muchas otras, está basada en la diferenciación de género, de tal forma que el peso del trabajo en casa y el cuidado de los niños, entre otras responsabilidades domésticas, continúa recayendo en las mujeres. Probablemente este es el principal factor que expone a las mujeres pobres a la infección con el VIH. La pobreza y la falta de oportunidades de empleo, por ejemplo, han obligado a mujeres y niñas hacia el trabajo sexual directo o indirecto, como estrategia de sobrevivencia. Tal vez para la mayoría de las mujeres que trabajan en el comercio sexual, su vulnerabilidad ante el VIH tiene su raíz en la pobreza, relacionada a las inequidades sistémicas de clase y género, tal como lo han demostrado distintos estudios en la subregión.

La violencia basada en género, el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el VIH/SIDA

La violencia basada en género es otra manifestación de la inequidad de género que afecta a la capacidad de las mujeres de proteger su salud sexual y reproductiva. La relación entre violencia doméstica y la vulnerabilidad a la infección de VIH muchas veces es indirecta y las mujeres en estas situaciones probablemente tienen menores posibilidades de negociar prácticas de sexo seguro. También hay evidencia que sugiere que el abuso sexual de menores es con frecuencia un precursor de la prostitución de niñas o puede ser un precursor de un comportamiento sexual que aumenta los riesgos de transmisión. El tráfico de mujeres y niñas y la violencia que experimentan también incrementa la vulnerabilidad a la infección con VIH.

Adolescentes, acceso a salud sexual y reproductiva, y el VIH/SIDA

Los jóvenes constituyen el componente de mayor crecimiento en cuanto a infecciones nuevas con VIH/SIDA. En toda la región, las mujeres en este grupo son cada vez más vulnerables a la infección. Diversos estudios han mostrado que los jóvenes en el Caribe se inician sexualmente a una edad relativamente temprana, y a los 18 años la gran mayoría de los jóvenes caribeños ya han tenido su primer encuentro sexual. El uso de condones entre adolescentes en la subregión ha sido reportado como bajo y los niveles de concientización sobre el VIH/SIDA no parecen haber tenido un impacto significativo en el uso de condones entre adolescentes. El inicio temprano de las relaciones sexuales también ha emergido como indicador predictivo del estatus de VIH-1 entre las mujeres. Los factores biológicos también pueden contribuir a explicar la creciente vulnerabilidad de las jóvenes. La evidencia reciente sugiere que niñas jóvenes mantienen sexo con hombres mayores en intercambio por dinero para satisfacer necesidades materiales, un fenómeno llamado “sexo transaccional”. Este fenómeno existe en toda la región. El desempleo y la pobreza también pueden ser factores que impulsan al sexo entre niñas jóvenes y hombres mayores. No es poco común en el Caribe que las mujeres adopten un patrón de relaciones seriadas con el propósito de asegurarse el apoyo financiero para sus hijos.

Aunque puedan haber otros factores que impulsan a la actividad sexual de adolescentes hombres y mujeres, el género y las relaciones de género juegan un papel clave en como éstas se expresan. De todas maneras se requiere más investigación por clase social, religión, nivel educacional y etnicidad para lograr una comprensión más profunda de la vulnerabilidad de los y las adolescentes al VIH/SIDA.

Los esfuerzos por detener y comenzar a revertir la epidemia en el Caribe deben orientarse a los factores estructurales y culturales subyacentes que sostienen la inequidad de género, por lo que este tema debe destacarse como un componente fundamental de todas las políticas y programas del VIH/SIDA y en todos los sectores.

LA AGENDA SOCIAL. POLÍTICAS Y PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA, 2005

En el capítulo V se examina la situación de la salud y los programas de atención correspondientes de los países latinoamericanos, sobre la base de la información extraída de las respuestas entregadas por 17 ministerios de salud a la encuesta que la CEPAL efectuó sobre el tema.

De la información surge un panorama bastante heterogéneo en cuanto a la capacidad de los gobiernos de hacer frente a los problemas de salud de su población. En la mayoría de los países se mencionan las dificultades de financiamiento y gestión para atender las necesidades de salud. Asimismo, la desigualdad en materia de atención de la salud tiene su origen no tanto en factores de accesibilidad sociocultural y geográfica sino principalmente en desigualdades en los ingresos, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de salud de la población.

Las reformas del sistema de la salud en América Latina

Desde los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector de la salud en casi todos los países latinoamericanos, que tienden a favorecer la participación del sector privado en la gestión del financiamiento público y en la provisión de los servicios, reduciendo la intervención del Estado. En esta línea, en las últimas décadas se han creado en varios países administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención de los más pobres. Sin embargo, este proceso se desarrolló con el convencimiento de que era necesario fortalecer la capacidad reguladora de los Estados para garantizar la provisión universal de un paquete básico de prestaciones a toda la población. Otro aspecto común a las reformas en los distintos países fue la descentralización de los establecimientos públicos, la separación entre el financiamiento y la provisión de los servicios públicos, la introducción de contratos entre ambos y el impulso a la participación social.

Según señalan las autoridades que respondieron el cuestionario enviado por la CEPAL, en varios países se ha avanzado en esta dirección, al definir planes nacionales y objetivos sanitarios que implican la reestructuración de la política nacional de salud y de políticas específicas. Se trata de reformas a los sistemas de la salud, a los sistemas generales de seguridad social en salud y a los modelos de atención integral.

Sin embargo, los países no han introducido los cambios legislativos al mismo ritmo. Gracias a estas transformaciones, se han ampliado las funciones de los ministerios de salud a fin de abarcar temáticas medioambientales y se han creado comisiones asesoras de especialidades médicas y comisiones evaluadoras de proyectos. En algunos casos, los cambios de los modelos de gestión han consistido en la terciarización de servicios de apoyo en algunos hospitales de la red pública (vigilancia, alimentación, limpieza) y en incentivos a la participación de los gobiernos subnacionales y municipales en la resolución de la problemática de salud de la población. Otros cambios legislativos apuntan a la modificación de la normativa de organización y funcionamiento de los servicios, la búsqueda de consensos entre el sector privado y público y la transformación de las exigencias, competencias y recursos para la prestación de servicios. En estas iniciativas se aprecia la preocupación por asegurar la cobertura básica universal de la salud, que en el caso de algunos países se ha ratificado con declaraciones explícitas de compromiso en cuanto a acceso, cobertura y garantías básicas de salud para la población.

La percepción de las autoridades de los problemas de salud

Entre los principales problemas de salud señalados por las autoridades se encuentran la alta morbilidad infantil, las enfermedades infecciosas de transmisión vectorial, las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones y muertes por causas externas. La diversidad de prioridades en los problemas indicados depende de la cobertura y calidad de la salud en los países y de la etapa de la transición demográfica y epidemiológica en que se encuentran (véase el cuadro 5).

Entre los principales problemas de atención sanitaria que destacaron las autoridades de los países de la región, figuran diversos temas referentes a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los sistemas de salud. Dichos problemas no afectan de la misma forma a los diferentes sectores de la población. Casi todas las autoridades encuestadas concuerdan en que no afectan a los sectores de ingresos medios y altos, que tienen mayor capacidad de pago y mayor acceso a los servicios especializados públicos y al sector privado (planes, seguros de salud, afiliación a la seguridad social).

Cuadro 5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD
 EN ORDEN DE IMPORTANCIA**

Países	Problemas de salud		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardíaca)	Tumores malignos (tráquea, bronquios y pulmón)	Enfermedades del sistema respiratorio (insuficiencia respiratoria aguda)
Bolivia	Mortalidad maternoinfantil	Enfermedades crónicas infecciosas	Desnutrición
Brasil	Dolencias no transmisibles	Dolencias infecciosas transmisibles	Lesiones por causas externas
Chile	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas	Accidentes y violencia	Trastornos de salud mental
Colombia	Enfermedades crónicas y degenerativas	Lesiones por causas externas intencionales y no intencionales	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial Enfermedades de transmisión sexual
Costa Rica	Enfermedades del sistema circulatorio	Tumores	Lesiones por causas externas (violencia)
Ecuador	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades degenerativas crónicas	Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA
El Salvador	Enfermedades infecciosas	Lesiones por causas externas	Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles
Guatemala	Mortalidad maternoinfantil	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades nutricionales
Honduras	Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes
Nicaragua	Mortalidad maternoinfantil y perinatal	Enfermedades de transmisión vectorial e infecciosas	Enfermedades crónicas
Panamá	Enfermedades crónicas	Enfermedades de transmisión sexual	
Paraguay	Enfermedades prevenibles que afectan a grupos vulnerables	Enfermedades degenerativas crónicas	Enfermedades emergentes, accidentes de tránsito y violencia
Perú	Mortalidad materna e infantil elevadas	Enfermedades transmisibles y crónicas	Malnutrición materna e infantil
	Enfermedades infecciosas		Mortalidad materna
Uruguay	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Accidentes
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Accidentes de tránsito y violencia	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades asociadas al cáncer

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los Ministerios de Salud de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud 2005.

Políticas y programas nacionales de salud

En la mayoría de los países de la región aumentó el nivel del gasto público asignado al sector salud, en el marco de una agenda regional de reformas que ha incluido el mejoramiento de la equidad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones. Sin embargo, muchos países de la región destinan a la salud una fracción todavía muy baja del total del gasto público.

En la actualidad, si bien los países están avanzando hacia la creación de una canasta básica universal de servicios de salud explícita y garantizada, las autoridades de la salud constatan que siguen existiendo desigualdades en diferentes ámbitos.

Debido a la falta de coordinación y articulación entre el sector público y privado en la prestación de los servicios de salud, la cobertura que ofrecen es sumamente heterogénea, lo que no permite conformar una visión común y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en el acceso y la utilización de los servicios. Otros problemas son la indefinición del modelo de prestaciones, la falta de recursos asignados a la prevención, la amplia variabilidad en la calidad de los servicios y la debilidad de la planificación de recursos humanos y de la regulación de tecnologías.

Finalmente, si bien en los países latinoamericanos existe una oferta programática que intenta responder a los distintos grupos de edad para atender los problemas específicos de salud, falta incorporar programas que apunten a aquellos factores extrasectoriales que impactan en el nivel de salud de la población: programas de cuidado del ambiente, mejora de la calidad de la vivienda, de educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, que contribuyan a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud. Otro aspecto se refiere a la distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico, que exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental.